

*Rencontres Scientifiques sur l'Autonomie
Paris, 12 février 2009*

Atelier 10

L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER L'EXPERIENCE DU QUOTIDIEN

R. Gonthier

COGNITIF
mémoire, jugement
langage, praxie
gnosies

COMPORTEMENTAL
anxiété, apathie
désinhibition, agressivité
hallucination, euphorie
dépression, délire

SOMATIQUE
comorbidité
s. extrapyramidal
myoclonie, nutrition
tr. sensoriel

**Polymorphisme
du handicap**

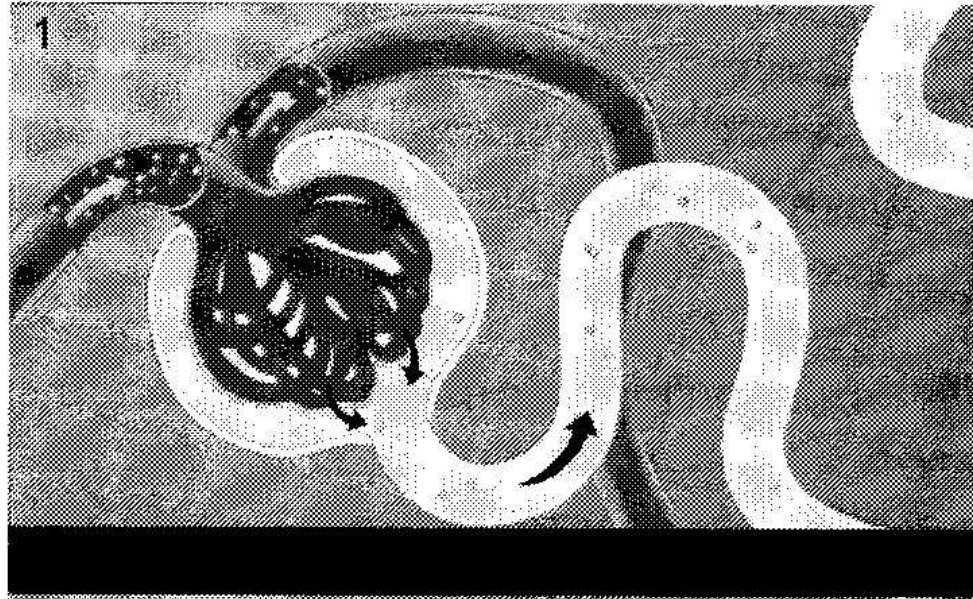
CE SONT SOUVENT LES MEMES SUJETS QUI ONT EN PLUS D'UNE MALADIE D'ALZHEIMER

- ▶ Une maculopathie liée à l'âge de type DMLA (à 80 ans et plus > 30 %)
- ▶ Une surdité de perception bilatérale avec perte de plus 40 dB à 2000 Hz de type presbyacousie (à 80 ans et plus > 40 %)
- ▶ Une anosmie (à 80 ans et plus > 15 %)
- ▶ Une perte de l'habilité somesthésique et de la proprioception (à 80 ans et plus 40 % avec perte de la sensibilité au diapason)
- ▶ Des lésions cérébrovasculaires avec lésions ischémiques de la substance blanche (leucoaraïose) ou des infarctus et hémorragies anciens ou récents
- ▶ Des lésions ischémiques coronariennes et rénales souvent silencieuses

ALTERATION DES STRUCTURES MICROVASCULAIRES RENALES LORS DE L'HYPERTENSION

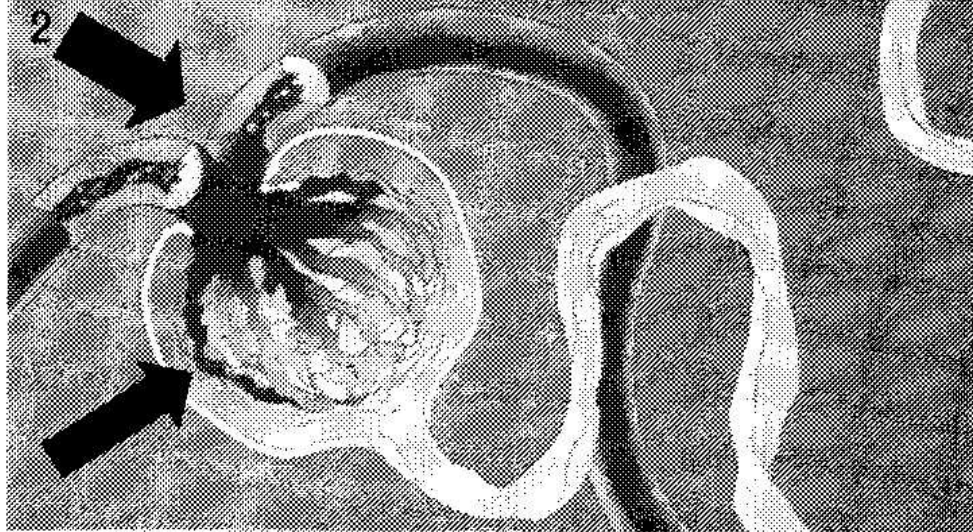
1. Normotendu

Epaississement de la
médias avec diminution
de la lumière



2. Hypertendu

Raréfaction capillaire



Selon Mourad J Hypertension 2006 ; 24 Suppl 5

D'OÙ LES POLYMORPHISMES DES DEFICIENCES AVEC NOTAMMENT

- ▶ **Perte des cellules de l'épithélium pigmentaire, des cellules ciliées de l'organe de Corti, des cellules sensorielles vestibulaires, ralentissement de la transmission synaptique, dégénérescence neuronale**
- ▶ **Baisse des capacités d'autorégulation du débit sanguin cérébral avec risque particulier pour les régions sous-corticales** *[Pantoni Stroke 1997]*
- ▶ **Risque iatrogène spécifique dans le cadre**
 - ▶ **De l'insuffisance rénale chronique par NAS : accumulation de médicaments**
 - ▶ **De l'hypotension orthostatique dans le cadre de l'élévation de la pression pulsée (coexistence systolique élevée, diastolique basse, chute tensionnelle intermittente)**

EXEMPLE D'ASSOCIATION : DEFICIENCE VISUELLE ET AUDITIVE / ALZHEIMER

- ▶ **Enquête transversale par PMSI - Sélection des sujets de 65 ans et plus ayant eu au moins une hospitalisation en 2004 - 2005**

CHU Saint-Etienne		Déficit visuel et / ou auditif (H 34 - 35 - 90)	
2005		⊖	⊕
Alzheimer			156
(G 30-)	⊖	10291	(1,5 %)
			44
	⊕	449	(8,9 %)

EXEMPLE D'ASSOCIATION : DEFICIENCE VISUELLE ET AUDITIVE / ALZHEIMER

- ▶ **Les déficits visuels et / ou auditifs sont plus fréquents chez les MA que chez les autres patients de 65 ans et plus.**
- ▶ **La sous déclaration et le mauvais repérage sont la règle.**
- ▶ **L'étude longitudinale de Maastricht avec 6 ans de suivi : sur-risque de troubles cognitifs si déficience sensorielle *[Valentijn JAGS 2005].***

ETUDE PROSPECTIVE CHEZ LES SUJETS AVEC UNE MA DE 80 ANS ET PLUS VIVANT A DOMICILE ET HOSPITALISES

▶ *Caractéristiques sociodémographiques*

Age moyen	87 ± 4,9
Sexe : femme	78 %
MMS moyen	15,8 ± 5,7
Niveau scolaire	
Certificat d'Etudes au plus	79 %
De milieu urbain	77 %
Entourage : isolement	7 %
Atteinte d'un ou plus IADL	94 %

HANDICAPS CONSTATES

▶ **Aucun** : **7 %**

▶ **Polyhandicap** : **69 %**

dont en particulier

▶ **Visuel** : **61 %**

▶ **Auditif** : **67 %**

▶ **Locomotion** : **59 %**

▶ **Déglutition** : **38 %**

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Nombre de médicaments

Moyenne	5,4 ± 1,5
Mini - Maxi	1 / j - 19 / j
% < 5 / j	42
% 5 à 10 / j	43
% > 10 / j	15

Nombre d'ordonnances

% à une	82
% à deux	14
% à trois et plus	4

CONSTATS FAITS LORS DE L'ENTREE A L'HOPITAL

45 % d'entre eux avec erreur d'observance
(10 avec 2 types d'erreur)

Oubli	53 %
Erreur de posologie	11 %
Erreur d'horaire ou anarchie	13 %
Refus	19 %
Divers	4 %

37 % des hospitalisations dues à des effets
indésirables médicamenteux (critère OMS)
soit 30 hospitalisations sur les 82 analysées

21 % (17 / 80) des hospitalisations évitables

PRISE EN COMPTE DES HANDICAPS

Aide matérielle au traitement %

aucune	61
pilulier pour journée	18
semainier	21

Aide personnelle au traitement %

aucune	31
famille	44
IDE	23

Entourage paramédical %

aucune aide	28
aide ménagère (AM)	21
AM + IDE	28

LE PROCESSUS DE DECISION DE COMPENSATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DOIT TENIR COMPTE

- ▶ ***De l'impossibilité*** de recueillir facilement l'expression de la volonté du patient (avis de l'entourage ?)
- ▶ ***De l'opposition fréquente et non volontaire*** pour collaborer à la mise en œuvre d'un plan d'aide
- ▶ ***De l'efficacité transitoire de certains soins***
 - ▶ Antibiothérapie (fausses routes)
 - ▶ Renutrition (cachexie peu réductible)
 - ▶ Transfusions itératives (myélodysplasie)
 - ▶ Rééducation à la marche (apraxie non réductible)
 - ▶ Hydratation (problème de déglutition)

LES DIFFICULTES AU QUOTIDIEN

- ▶ **En 2008, sur 1288 RV de consultation externe, 191 (15 %) oublis des RV ou refus**
- ▶ **En 2008, en unité de NPG (Age moyen 79 ans - MMS moyen 17 / 30 - DMS 31 j)**
 - ▶ **↗ hospitalisations sur la demande d'un tiers**
 - ▶ **↗ patients errant dans la rue**
 - ▶ **↗ situations de crise familiale et en refus de soins**

PISTES D'AMELIORATION

- ▶ **Le diagnostic précoce de la MA est certes indispensable, mais le traitement médicamenteux anti Alzheimer ne peut suffire.**
- ▶ **Le projet de soin ne doit pas méconnaître le polyhandicap avec la "*résistance*" des patients et de leur famille.**
- ▶ **La mise en œuvre d'une équipe mobile (hôpital - domicile) de prise en charge de la précarité cognitive est une tentative pour améliorer le suivi.**