



**HAL**  
open science

## Traitements antiparkinsoniens oraux, les pratiques infirmières en Ehpad

Stéphanie Mazé, Aline Corvol, Manon Auffret

► **To cite this version:**

Stéphanie Mazé, Aline Corvol, Manon Auffret. Traitements antiparkinsoniens oraux, les pratiques infirmières en Ehpad. Soins Gérontologie, 2022, 27 (153), 10.1016/j.sger.2021.11.006 . hal-03595955

**HAL Id: hal-03595955**

**<https://hal.science/hal-03595955v1>**

Submitted on 22 Jul 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

## Dochead dossier

### Sous-dochead La recherche en soins

#### thérapeutique

#### Traitements antiparkinsoniens oraux, les pratiques infirmières en Ehpad

**Stéphanie Mazé<sup>a,\*</sup>**

Infirmière en pratique avancée en médecine physique et réadaptation

**Aline Corvol<sup>a</sup>**

Maître de conférences universitaire-praticien hospitalier, coordinatrice pédagogique du diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée à l'université Rennes 1

**Manon Auffret<sup>b,c</sup>**

PharmD, PhD, docteure en pharmacie et chercheuse postdoctorale

<sup>a</sup> Centre hospitalier universitaire de Rennes, site Pontchaillou, 2 rue Henri-le-Guilloux – 35033 Rennes cedex 9, France

<sup>b</sup> EA 4712 Comportement et noyaux gris centraux, université de Rennes 1, 2 avenue du Professeur-Léon-Bernard, 35043 Rennes cedex

<sup>c</sup> Institut des neurosciences cliniques de Rennes, 1 rue Anatole-le-Braz, 35700 Rennes, France

*\* Auteur correspondant.*

*Adresse e-mail : stephanie.maze@chu-rennes.fr (S. Mazé).*

## Résumé

Complexe, chronique et d'évolution péjorative, la maladie de Parkinson nécessite un schéma thérapeutique personnalisé, centré sur l'administration régulière des traitements. La gestion de ces derniers peut s'avérer délicate dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, en particulier lorsque l'administration orale s'avère difficile. Une enquête préliminaire a été menée afin de dresser un état des lieux des pratiques infirmières dans ces établissements.

© 2021

**Mots clés** – administration thérapeutique ; Ehpad ; maladie de Parkinson ; pratique infirmière

## Summary à traduire

© 2021

## Keywords à traduire et à placer dans l'ordre alphabétique

La maladie de Parkinson (MP) se caractérise par la destruction chronique et irréversible des neurones dopaminergiques de la substance noire. La carence dopaminergique qui s'ensuit dans les circuits

cérébraux moteurs, associatifs et limbiques conduit à une grande variété de symptômes moteurs (ex : triade parkinsonienne) et non moteurs (douleurs, fatigue, troubles digestifs, etc.). Les traitements de la MP reposent donc essentiellement sur la correction du déficit dopaminergique, par administration (1) de lévodopa (précurseur de la dopamine), (2) d'inhibiteurs enzymatiques et/ou (3) d'agonistes dopaminergiques. L'administration par voie orale reste privilégiée [1]. En l'absence d'un traitement curatif, la poursuite des processus neurodégénératifs entraîne inévitablement une aggravation des symptômes et l'augmentation consécutive du nombre de prises médicamenteuses [2]. La gestion de ces dernières au quotidien devient alors un enjeu majeur pour le contrôle des symptômes et le maintien d'une qualité de vie. Une récente étude menée par l'association France Parkinson a ainsi mis en évidence que les patients rencontraient d'importantes difficultés en lien avec leurs thérapeutiques tout au long du parcours de vie, difficultés entraînant parfois des ruptures de soins [3]. Face à ce constat se pose la question de la gestion de la continuité des soins en institution, et notamment dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad). La pratique infirmière dans ces établissements n'étant *a priori* pas documentée dans la littérature, une enquête préliminaire a été menée dans des établissements bretons afin de réaliser un état des lieux des pratiques entourant l'administration des traitements antiparkinsoniens en Ehpad.

## **T1 Matériel et méthode**

Cette étude combinait une approche complémentaire mixte quantitative et qualitative, reposant pour l'une sur un recueil objectif de données (questionnaires) et, pour l'autre, sur une démarche descriptive et compréhensive (entretiens) [4]. Compte tenu de la prévalence de la pathologie parmi les résidents en Ehpad [5] et partant du postulat que tous les Ehpad accueillent au moins un résident atteint de la MP, des infirmières diplômées d'État (IDE), considérées comme les actrices principales dans l'administration des traitements, et des infirmières de coordination (Idec), aux missions diversifiées, ont été interrogées.

## **T2 Résultats**

Au total, 18 IDE et 8 Idec exerçant dans 8 Ehpad privés (3) ou publics (5) ont été interrogées. Les résultats principaux des questionnaires ( $n = 18$ ) et entretiens ( $n = 8$ ) sont présentés ci-après.

### **T2 Questionnaires auprès des infirmières diplômées d'État**

#### **T3 Administration des traitements**

Les thérapeutiques sont administrées aux résidents aussi bien par les aides-soignantes (48 %) que par les IDE (49 %). Si toutes les IDE reconnaissent l'importance de la ponctualité d'administration sur l'efficacité des traitements antiparkinsoniens, 11 % d'entre elles affirment ne pas parvenir à la respecter, du fait de contraintes liées essentiellement à l'organisation des services.

Des difficultés relatives à l'administration des thérapeutiques médicamenteuses sont rapportées par 89 % des IDE (*figure 1*). Les attitudes varient devant ces difficultés (*figure 2*) : comprimés écrasés ou administrés avec l'alimentation, prises décalées aux heures des repas/collations, voire absence d'administration.

#### **T3 Prise en charge des patients**

Des difficultés sont également rapportées face à la prise en charge *globale* des patients parkinsoniens, en particulier dans la communication avec les patients et dans le soulagement de

symptômes ressentis comme particulièrement inconfortables ou gênants (douleurs, dyskinésies, fluctuations thymiques).

La grande majorité des IDE estiment avoir besoin de plus de temps pour améliorer la prise en charge (53 % “oui” et 42 % “plutôt oui”), et de formations spécifiques (16 % “oui” et 69 % “plutôt oui”). Quelque 67 % d’entre eux estiment avoir besoin de ressources professionnelles supplémentaires.

### **T3 Recours aux professionnels**

L’ensemble des ressources disponibles existantes (internes comme externes à l’établissement) est peu connu (*figures 3a et 3b*) et peu utilisées : 67 % déclarent avoir sollicité les médecins généralistes, 33 % le médecin coordinateur et 41 % des infirmières ont indiqué avoir recours à des spécialistes (neurologues ou gériatres). Les IDE mettent par ailleurs en avant un manque de soutien de la part des médecins généralistes et des neurologues face aux difficultés rencontrées en pratique quotidienne.

### **T2 Entretiens auprès des Idec**

#### **T3 Administration des traitements**

Les organisations étant variables entre établissements et secteurs, l’administration des traitements diffère selon la répartition de la charge de travail des soignants. Bien que conscients de l’importance du respect des horaires stricts, les soignants, selon les Idec, auraient une plus grande facilité à les donner en dehors des repas, là où l’activité est moindre.

Les Idec estiment que les administrations médicamenteuses sont amenées à être décalées pour diverses raisons : phases de blocage, respect du rythme de sommeil du patient, ou encore prises médicamenteuses calquées sur les horaires du repas. Les Idec soulignent par ailleurs que les traitements sont parfois écrasés, voire non administrés, chez les patients présentant la maladie à un stade avancé, avec en particulier des troubles de la déglutition et/ou d’endormissement/somnolence.

#### **T3 Prise en charge des patients**

Globalement, les Idec reconnaissent que l’inobservance des traitements entraîne pour le résident une dégradation de la qualité de vie et la réapparition de symptômes spécifiques, moteurs (tels que la lenteur des mouvements, le *freezing*) comme non moteurs. Ces derniers ont un impact péjoratif sur l’organisation et la continuité des soins, comme le soulignait une Idec : « *C’est un cercle vicieux, parce que s’il n’a pas sa dose, il ne va pas être bien... parce qu’il va être endormi.* » Les soins sont alors différés – voire omis, le temps disponible des soignants par patient étant limité en Ehpad. Au stade avancé, les Idec déplorent également un manque de soutien des équipes et une appréhension par rapport aux risques de fausses routes.

Cependant, la MP demeure encore méconnue de certains soignants (« *ce sont des tremblements et voilà ça se résume un peu à ça* »), tout comme les spécificités des traitements (« *on n’est pas à une demi-heure, trois quarts d’heure près* »), ce qui s’avère particulièrement délétère dans la prise en charge et le suivi du patient.

#### **T3 Recours aux professionnels**

Le principal recours mentionné par les Idec est, comme pour les IDE, le médecin généraliste – ou, lorsqu’il est présent, le médecin coordinateur qui apporte ses compétences gériatologiques. Le suivi par un neurologue est plus rare (une fois par an environ) et ne concerne pas tous les résidents.



## **T1 Discussion**

### **T2 Importance des horaires fixes pour l'administration des traitements antiparkinsoniens**

IDE et Idec reconnaissent l'importance d'administrer les traitements antiparkinsoniens à des horaires fixes, ainsi que l'impact du non-respect du schéma thérapeutique. Malheureusement, toutes soulignent que les contraintes organisationnelles sont les obstacles majeurs à une prise en charge adaptée et individualisée des résidents atteints de la MP. Ce constat révèle les failles d'organisation et surtout le manque de coordination pourtant nécessaire à la qualité et à la continuité des soins. En dehors des repas, la gestion des traitements est facilitée par une charge de travail moindre et des systèmes de rappels, type alarmes. Les institutions doivent évoluer autant que possible vers une approche individualisée, plus attentive aux besoins spécifiques des résidents, en les incluant autant que possible à la démarche de soins (*empowerment*), dans un souci de maintien de l'autonomie et de préservation de la qualité de vie.

### **T2 Spécificités de la maladie de Parkinson**

On le voit, les difficultés et les questionnements naissent principalement lorsque la maladie se présente à un stade évolué et qu'apparaissent les troubles de déglutition et de vigilance, rendant la voie orale peu ou pas accessible. Les fausses routes, notamment, sont l'une des difficultés majeures rencontrées en Ehpad. L'appréhension des soignants est légitime, compte tenu du risque de pneumopathies d'inhalation, voire de décès consécutifs à de telles fausses routes [6]. Des solutions existent : des alternatives à la voie orale sont en effet disponibles dans la MP. Discutées au cas par cas en lien avec une expertise neurologique, elles pourraient s'avérer particulièrement pertinentes en Ehpad : stylo et pompe à apomorphine en administration sous-cutanée (Apokinin<sup>®</sup>, Dopaceptin<sup>®</sup>), patch transdermique de rotigotine (Neupro<sup>®</sup>) ou encore sonde (naso-)jéjunale de Duodopa<sup>®</sup>. L'utilisation de sondes nasogastriques (risque de dysphagie, invasivité) et l'administration de lévodopa avec des repas riches en protéines (compétition entre acides aminés) sont en revanche à éviter.

Les professionnelles soulignent par ailleurs le manque de formation face à la complexité des symptômes et la spécificité des thérapeutiques de la MP, qui les empêche de mettre en œuvre une prise en soins qualitative et efficiente. Ces résultats concordent avec la littérature internationale, qui met en évidence que les infirmières non spécialisées n'ont pas nécessairement les connaissances suffisantes pour gérer efficacement les médicaments contre la MP [7]. Pourtant, des solutions existent et peuvent être mises en œuvre pour compenser ces déficits. On peut notamment citer le staff pluridisciplinaire, le recours à l'expertise des centres experts ou les formations dédiées aux Ehpad organisées par l'association France Parkinson.

Cette étude révèle par ailleurs les réserves des IDE et Idec envers les médecins lorsque le patient se trouve à un stade avancé de la maladie : elles se sentent insuffisamment soutenues, se plaignant d'avoir peu de réponses, ce qui engendre une absence de solutions pour les résidents, et est source d'anxiété pour elles. Le manque d'interconnaissance nuit à la collaboration et la coopération entre les équipes intra- et extra-Ehpad. Le parcours de soins élaboré par la Haute Autorité de santé (HAS) pour la MP n'est visiblement pas toujours connu de l'équipe pluridisciplinaire et/ou mis en application. S'il est indiqué de faire appel à un neurologue expérimenté [8], les spécialistes sont peu connus, et encore moins sollicités, de même que d'autres ressources existantes, comme notamment les équipes ou structures en lien avec les soins palliatifs (hospitalisation à domicile [HAD], Équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs [Emasp] ou unité de soins palliatifs [USP]), qui

pourraient pourtant permettre de répondre à de nombreuses interrogations sur la pathologie et les traitements. De même, les pharmaciens d'officine, garants de la sécurité et de la dispensation médicamenteuse au sein des Ehpad, ont un rôle de conseil auprès des soignants qui mérite d'être développé. Une harmonisation permettrait une prise en soins optimale.

## **T2 Place de l'infirmière en pratique avancée**

Le déploiement de l'infirmière en pratique avancée (IPA), qui s'organise en France depuis juillet 2018, apparaît comme une réponse légitime auprès de cette population nécessitant une prise en charge complexe et de longue durée [9,10] Personne-ressource ayant une approche multidimensionnelle des soins, l'IPA pourrait ainsi évaluer l'état de santé des résidents en relais de consultations médicales et organiser les parcours de soins et de santé en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés. En exerçant son leadership clinique, elle contribuerait à améliorer les pratiques professionnelles.

La pratique infirmière en gériatrie n'est pas reconnue à ce jour. Pourtant, dans des situations gériatriques complexes, son intervention prendrait tout son sens, du fait de sa connaissance approfondie des spécificités des médicaments et du secteur gériatrique.

## **T1 Limites et critique de la méthode**

Menée au printemps 2020, cette étude multicentrique est en deçà des perspectives initialement envisagées du fait de la situation sanitaire qui a limité la disponibilité des participants, les Ehpad ayant été particulièrement impactés par la pandémie de Covid-19. Elle peut cependant être considérée comme une analyse préliminaire qui sera poursuivie ultérieurement, avec une représentation plus large et homogène des Ehpad. Une analyse plus approfondie serait intéressante. Enfin, il serait nécessaire d'ouvrir cette étude à d'autres professionnels tels que les aides-soignantes (car dans la moitié des cas, ce sont elles qui administrent les traitements) ou les médecins généralistes, mais également aux patients parkinsoniens eux-mêmes.

## **T1 Conclusion**

Bien que préliminaire, cette étude met en lumière l'existence de différents obstacles à un accompagnement de qualité des patients parkinsoniens en Ehpad, en particulier en ce qui concerne l'administration des thérapeutiques. Les IPA formées à la MP ont un rôle majeur à jouer dans la prise en charge des résidents, car elles pourraient apporter leurs compétences cliniques, de leadership et contribuer ainsi à l'amélioration des pratiques professionnelles.

Au total, la MP est une pathologie complexe qui impose de passer d'une logique de soins à une logique de parcours, encourageant l'interprofessionnalité et l'interconnaissance dans un objectif de continuité de soins.

## **Déclaration de liens d'intérêts**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## **Références**

- [1] Stegemann S, Gosch M, Breitzkreutz J. Swallowing dysfunction and dysphagia is an unrecognized challenge for oral drug therapy. *Int J Pharm* 2012;430(1-2):197-206.

[2] Leoni O, Martignoni E, Cosentino M, et al. Drug prescribing patterns in Parkinson's disease: a pharmacoepidemiological survey in a cohort of ambulatory patients. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2002;11(2):149-57.

[3] France Parkinson. Les ruptures de soins dans la maladie de Parkinson. CAP PARK.

Comprendre, agir, prévenir. Résultats et analyses du questionnaire. 2015.

[www.franceparkinson.fr/wp-content/uploads/2016/10/Journ%C3%A9e-Mondiale-2015-rupture-de-soins.pdf](http://www.franceparkinson.fr/wp-content/uploads/2016/10/Journ%C3%A9e-Mondiale-2015-rupture-de-soins.pdf).

[4] Fielding N, Schreier M. Introduction: on the compatibility between qualitative and quantitative research methods. *Forum Qual Soc Res* 2001;2(1):4.

[5] Agence régionale de santé Bretagne. Les rapports de l'ARS Bretagne. Maladies neurodégénératives : état des lieux quantitatif en Bretagne en 2016. 22 mars 2017. [www.bretagne.ars.sante.fr/maladies-neurodegeneratives-etat-des-lieux-quantitatif-en-bretagne-en-2016](http://www.bretagne.ars.sante.fr/maladies-neurodegeneratives-etat-des-lieux-quantitatif-en-bretagne-en-2016).

[6] Low V, Ben-Shlomo Y, Coward E, et al. Measuring the burden and mortality of hospitalisation in Parkinson's disease: a cross-sectional analysis of the English hospital episodes statistics database 2009-2013. *Parkinsonism Relat Disord* 2015;21(5):449-54.

[7] Chenoweth L, Sheriff J, McAnally L, Tait F. Impact of the Parkinson's disease medication protocol program on nurses' knowledge and management of Parkinson's disease medicines in acute and aged care settings. *Nurse Educ Today* 2013;33(5):458-64.

[8] Haute Autorité de santé. Guide parcours de soins. Maladie de Parkinson. Septembre 2016. [www.has-sante.fr/jcms/c\\_1242645/fr/guide-parcours-de-soins-maladie-de-parkinson](http://www.has-sante.fr/jcms/c_1242645/fr/guide-parcours-de-soins-maladie-de-parkinson).

[9] Conseil international des infirmières. 2008.

[10] Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. [www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115](http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115).

Figure1\_Mazé.jpg

© S. Mazé

**Figure 1. Difficultés rencontrées lors de l'administration des traitements antiparkinsoniens.**

Figure2\_Mazé.jpg

© S. Mazé

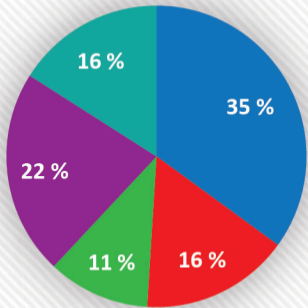
**Figure 2. Conduite des infirmières diplômées d'État en cas de difficultés de l'administration des traitements antiparkinsoniens.**

Figure3ab\_Mazé.jpg

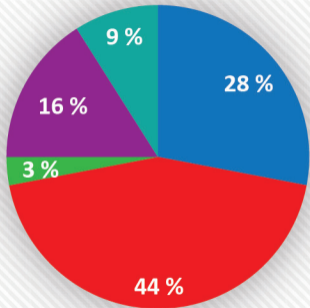
© S. Mazé

**Figure 3a. Ressources professionnelles connues par les infirmières.**

**Figure 3b. Ressources professionnelles sollicitées par les infirmières.**



- Fausses routes
- Refus de soins
- Trouble de la vigilance
- Forme galénique non adaptée
- Autres



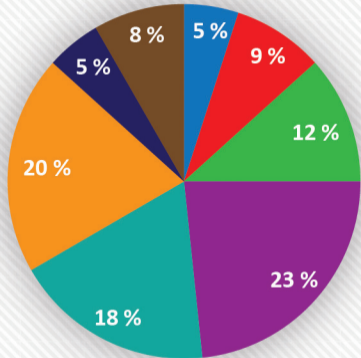
■ Les médicaments sont écrasés

■ Les médicaments sont pris avec de l'alimentation

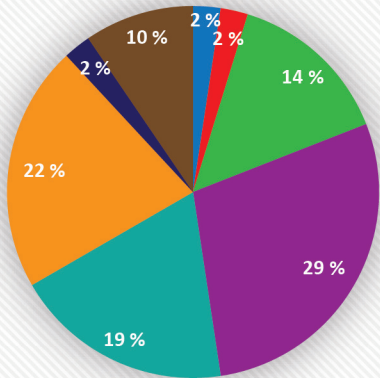
■ Les médicaments ne sont pas donnés

■ Les médicaments sont décalés aux heures de repas/collations

■ Autres



- Hospitalisation à domicile
- Équipe mobile de soins palliatifs
- Médecin coordinateur
- Médecin généraliste
- Gériatre
- Neurologue
- Infirmière de coordination
- Autres



- Hospitalisation à domicile
- Équipe mobile de soins palliatifs
- Médecin coordinateur
- Médecin généraliste
- Gériatre
- Neurologue
- Infirmière de coordination
- Autres