

Les critères des Unité Spécifiques Alzheimer : TABLE RONDE

Dr Aquino Jean Pierre



Dr Binot Ingrid



État des lieux en 2008

- **En EHPAD : 33 à 43 % de patients déments :**
 - 54% refusent les patients avec des SPCD, 60% refusent ceux « à risque de fugue ».
 - SPCD les plus fréquents = SPCD « perturbateurs » : agressivité, comportements moteurs aberrants, déambulation.
 - Absence de formation spécifique : facteur de risque d'épuisement et de maltraitance.
 - SPCD = Facteur de risque d'hospitalisations itératives : passage aux urgences dans 1 cas sur 2 = ↗ escarre, confusion, dépendance iatrogène, décès.

Les unités spécifiques Alzheimer

Consensus de 2008 : 5 critères pour définir une unité spécifique Alzheimer

- **Une population ciblée** : patients souffrant de **maladie d'Alzheimer** ou **syndrome apparenté** compliqué(e) de **symptômes psycho comportementaux** dits « **productifs** », « **gênants** » ou « **perturbateurs** ».
- **Un personnel en nombre suffisant, qualifié, volontaire, formé et soutenu.**
- **Un projet de soin spécifique et un projet de vie personnalisés.**
- **Une participation de la famille et un programme d'aides aux aidants.**
- **Un environnement architectural adapté et indépendant du reste de la structure**

Critères Unités Spécifiques Alzheimer Île-de-France

Préconisation ARS Île-de-France

Définition de critères d'entrée des résidents et des modalités de prise en charge, éventuellement de sortie, en fonction de l'évolution de la maladie, et modalités d'information des familles/proches sur les conditions de fonctionnement de ces unités (et notamment celles liées à la sortie).

Description des modalités de prise en charge et des activités par groupes homogènes de soins.

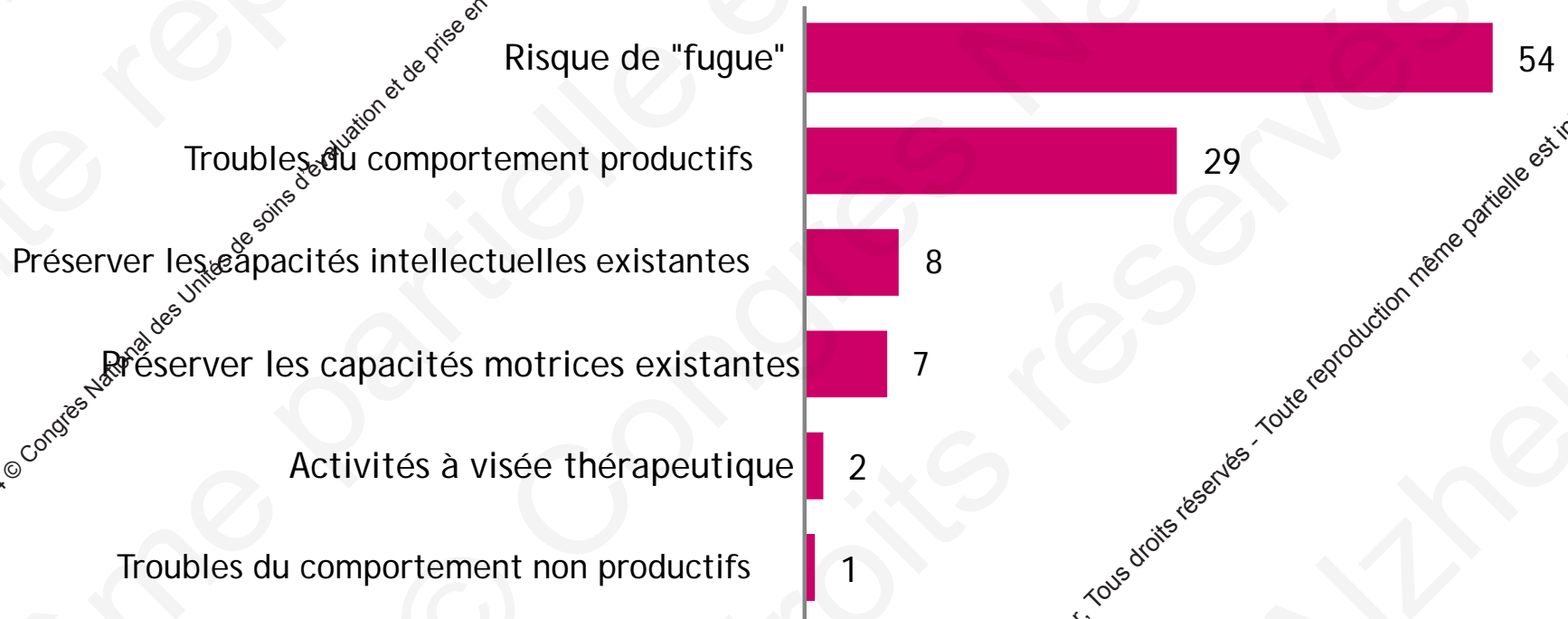
Dans un environnement architectural adapté, en particulier pour pouvoir organiser des activités communes.

Définition d'un plan de formation spécifique pour tous les professionnels qui exercent au quotidien auprès des malades d'Alzheimer au sein de l'unité spécifique et hors de cette unité.

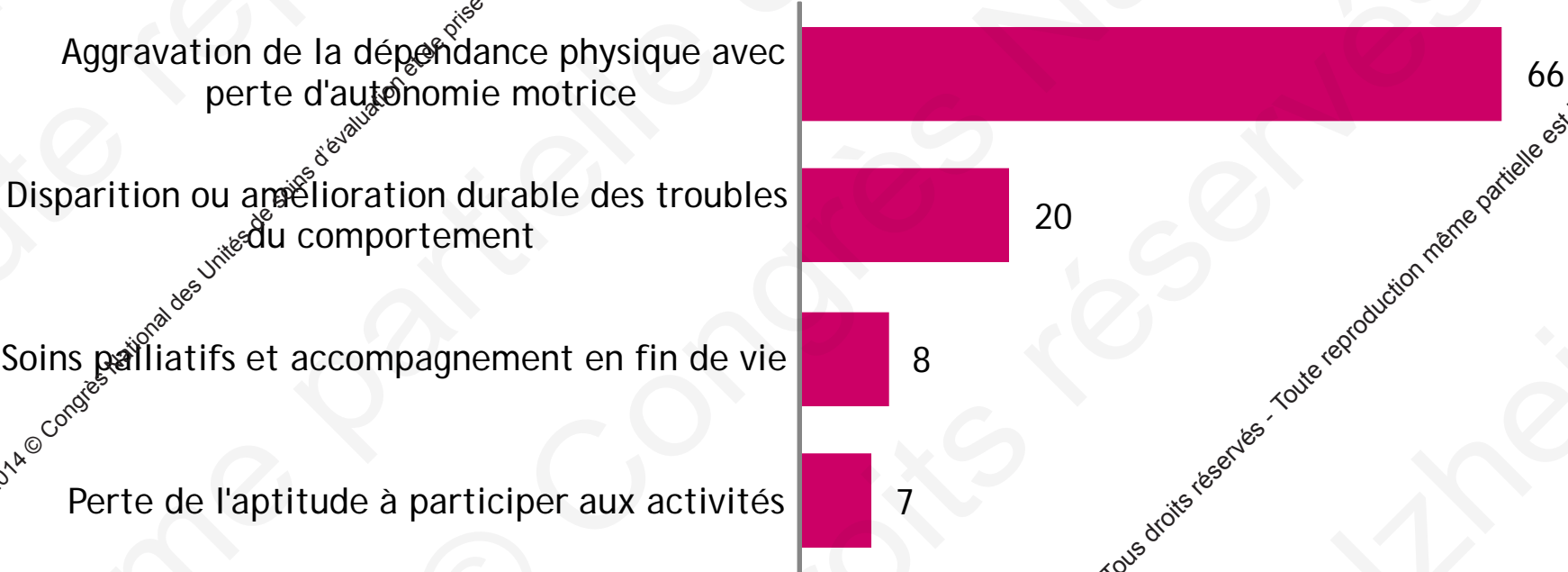
Pour les autres résidents de l'EHPAD qui ne sont pas hébergés dans l'unité spécifique, définition des modalités de prise en charge et des activités prévues pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

L'ensemble de ces points doit être formalisé dans le projet d'établissement.

Premier critère d'entrée dans l'unité spécifique Alzheimer



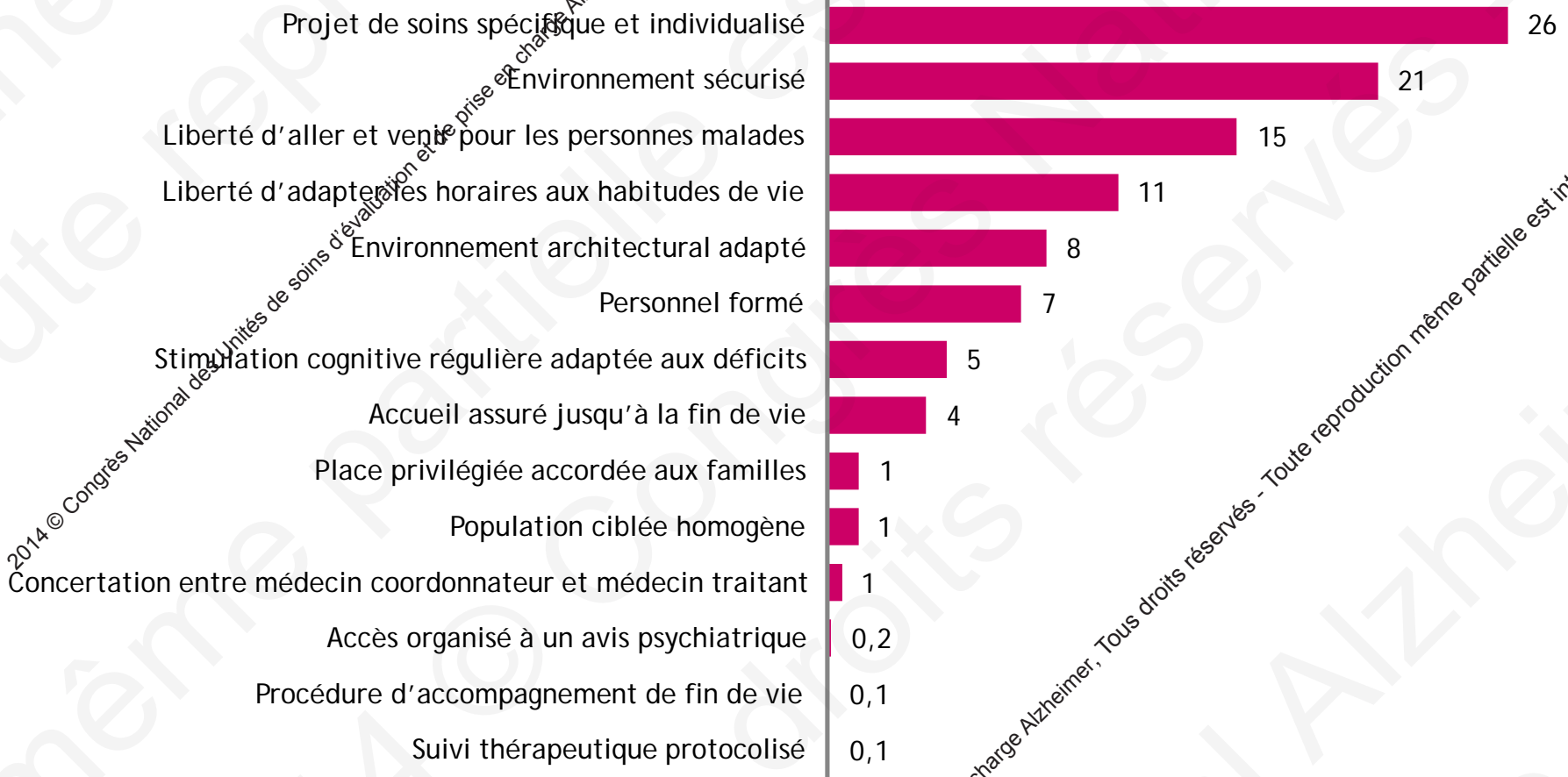
Premier critère de sortie de l'unité spécifique Alzheimer



2014 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés.

Toute reproduction même partielle est interdite.

Critère le plus déterminant caractérisant les unités spécifiques Alzheimer



Discussion

- Commentaires.
- Faut-il modifier ces critères ?
- Avez-vous reçu des recommandations/préconisations pour la mise en place unités spécifiques ALZ ?
- Faut-il définir un cahier des charges pour les unités spécifiques ALZ ?

Population cible

- Diagnostic de maladie d'Alzheimer ou syndrome apparenté **documenté** (diagnostic DSM IV, NINCDS-ADRDA).
- Présentant des **SPCD** :
 - « **productifs** » ou « **gênants** » (agitation psychomotrice, troubles du sommeil, agressivité verbale ou physique),
 - **sévères** et/ou dont la persistance compromet la **qualité de vie** du patient et **sa sécurité**,
 - **non compatibles avec le maintien dans l'unité traditionnelle de l'EHPAD.**

2014 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Personnel soignant

- Les soignants doivent être **en nombre suffisant, qualifiés, motivés, volontaires et soutenus.**
- **Formation théorique et pratique obligatoire et continue.**
 - **Savoirs être et faire spécifiques.**
 - Meilleure tolérance des SPCD : réactions plus adaptées.
 - Diminution du stress → augmente la satisfaction → diminution du turn-over des équipes → pérennisation des savoirs.
- **Multidisciplinarité** : assistant de soin en gerontologie, psychologue (aidants : groupe de parole), psychomotricien, ergothérapeute, diététicien, animateurs d'activités sensorielles, orthophoniste, kiné, dentiste, podologue.

Projet de soin spécifique et personnalisé

- Basé sur **une évaluation gériatrique standardisée** initiale et répétée (**visite de pré-admission / rôle du médecin coordonnateur**).
- **Evaluer les capacités préservées du patient, cibler ses besoins, connaître ses préférences.**
- **OBJECTIFS :**
 - **Favoriser l'autonomie** (à la toilette, à l'habillage, prise alimentaire autonome et l'accès libre aux toilettes).
 - **Lutter contre la dénutrition.**
 - **Prévenir et prendre en charge les SPCD : mettre en place les mesures non pharmacologiques** (relation patient-aidant, actions environnementales, actions psycho-sociales).
 - **Considérations éthiques** (secteur « sécurisé », contentions physiques).

2014 © Congrès Nationaux des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Relation avec l'entourage

- Lien avec les aidants → maintien du lien ouvert vers l'extérieur.
- Implication de la famille dans le projet de vie → amélioration qualité relationnelle avec les soignants.
- Culpabilité de l'aidant face à l'institutionnalisation → renforcer la communication pour un soutien actif (information sur la maladie, sur le lieu de vie et participation aux projets).
- Identifier les aidants qui préfèrent rester en retrait pour privilégier une relation d'affect et de soutien.

Un environnement adapté

- Environnement rassurant : max 14 résidents (améliorer interactions, créer du lien, éviter la surstimulation liée au nombre).
- Ouvert sur l'extérieur : jardins, parcs.
- Sécurité des patients : optimisation architecturale « parcours de déambulation » (pas de couloir rectiligne).
- Facilitant pour les soignants (salle de soin proche des chambres).
- Faciliter les conduites autonomes (barres de soutien, frigos pour favoriser l'auto-alimentation).
- Respectant l'intimité du patient.
- Faciliter l'orientation: vue sur l'extérieur, personnalisation du mobilier.