

Leçons à tirer du rapport d'activité d'une UCC: expérience de l'UCC de l'Hôpital Broca

Hermine Lenoir

Unité Cognitivo-Comportementale

CMRR Broca, Paris XIII

(Pôle de Gériatrie - Pr. A.S. Rigaud)

Hôpital Broca



Fait partie des Hôpitaux universitaires Paris Centre:
Broca, La collégiale, La Rochefoucauld, Cochin,
Hôtel Dieu

Pôle de Gériatrie :
(Chef de Pôle, Pr A.S. Rigaud)

| | |
|-------------|-----|
| CMRR | |
| HDJ | 10 |
| GA | 35 |
| SSR | 133 |
| Dont UCC | 13 |
| SLD | 390 |
| Dont UHR | 14 |

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

Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

UCC de Broca

- Création 15/01/2013
- Unité fermée
- Capacité d'accueil : 13 patients (7 chambres seules, 3 doubles)
- Espace de déambulation
- Salle à manger/réunion-animation
- Bureau - Espace Snoezelen (en cours)
- Petit salon
- Salle de soins

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

est interdite. Toute reproduction même partielle est interdite.

UCC Broca: Personnel

| Personnel | ETP Jour | ETP Nuit |
|-----------------------|----------|-----------|
| Médecin gériatre | 1 | Astreinte |
| Médecin psychiatre | 0,3 | - |
| Interne | 0,6 | Garde |
| Cadre de santé PM | 0,5 | Garde |
| IDE | 2 | 2 |
| Aide-soignante | 4,5 | 3 |
| ASHQ | 0,5 | - |
| Psychologue clinicien | 0,3 | - |
| Ergothérapeute | 0,5 | - |
| Psychomotricien | 0,2 | - |
| Kinésithérapeute | 1,5 | - |
| Orthophoniste | 0,3 | - |
| Diététicien | 0,3 | - |
| Assistante sociale | 0,5 | - |
| Animatrice | 0,2 | - |

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

Toute reproduction même partielle est interdite.

Critères d'admission

- Age \geq 70 ans
- Filière gériatrique 75-3 prioritaire
- Secteur (6 premiers arr. + 13^e et 14^e arr. Paris)
- Typologie du patient: valide, SPC perturbateurs
- Adéquation de la demande
- Objectifs de prise en charge demandés

Modulation selon:

- Typologie des patients déjà présents
- Ressources humaines/charges de soins
- Compatibilité potentielle entre les patients

Séjour en UCC:

1^{ère} phase, Evaluation et observation

| Evaluation | Acteurs | Outils |
|--|---------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Entretien aidants naturels/ professionnels ➤ Examen somatique ➤ Analyse des ordonnances ➤ Programmation des examens paracliniques ➤ Evaluation des soins nécessaires | Médecin | Biologie, ECG, radiographie(s) Imagerie cérébrale (TDM/IRM + TEP) +/- EEG +/- PL |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Entretien d'entrée avec patient et famille ➤ Evaluation des soins nécessaires | IDE, AS, ASG, Kiné, Diet, orthophonie | Bilan fonctionnel kiné Douleur/plaie/Nutrition Soins d'hygiène Troubles déglutition |
| Evaluation cognitive | Médecin | MMSE, MIS, Horloge, BREF, SIB |
| | Orthophoniste | Evaluation cognitive exhaustive (+ souvent après régression des SPC) |
| Evaluation psychologique | Psychologue | Entretien semi structurée/libre - GDS/Pichot |

Séjour en UCC:

1^{ère} phase, Evaluation et observation

| Evaluation | Acteurs | Outils |
|--|---|---|
| Evaluation de l'autonomie | Médecin, ergo | IADL, ADL, |
| Evaluation rééducative pour thérapie non médicamenteuse | Psychomot., ergo., psychologue | Bilan psychomoteur Praxies, fonctions exécutives, motricité fine, grossies, orientation... |
| Evaluation sociale | Médecin, assistante sociale | Dossier de vie sociale , ALD , Mesure de protection , APA, GIR |
| Observation du comportement | Tous les acteurs de l'équipe et surtout les AS, IDE, ASG | Transmissions ciblées (ACTIPIDOS) NPI-ES, EPADE |

Séjour en UCC: 2^{ème} phase, synthèse et projet de soins collaboratifs

- Assurer la continuité des soins de base et des complications de la maladie (IDE, AS)
- Evaluation du diagnostic de la maladie cognitive et du traitement (but: rapport bénéfice/risque favorable, réduction des neuroleptiques)
- Rééducation physique (Kinésithérapie, psychomotricité)
- Mise en place des activités de réhabilitation fonctionnelle multi et interdisciplinaire (ateliers musicothérapie, psychothérapie, art-thérapie, poésie, atelier cuisine, esthétique, gérontechnologie)
- Avancée du projet social (Médecin, assistante sociale, famille) : entretien systématique

3^{ème} phase: observation et évaluation des actions entreprises

- Réunion de synthèse hebdomadaire : mise en commun des observations, Évaluation de l'impact positif ou négatif des traitements/activités
- Evolution de l'état somatique, nutritionnel, fonctionnel, cognitif, et comportemental
- Réévaluation des besoins, d'adéquation état du malade/l'unité, du projet de soins et du projet social

4^{ème} phase: préparation à la sortie et élaboration d'un plan de liaison pour l'équipe relais

- Communication sur les actions entreprises, résultats obtenus, conseils de prise en charge
- Communication avec la famille
- Education thérapeutique informelle et orientation vers programmes d'interventions psychosociales des aidants (Entr-Aidants, France Alzheimer)
- Psychothérapie de soutien aidants, consultation « Fragilité des aidants »
- CRH pour le médecin traitant/ médecin coordonnateur d'EHPAD
- Consultation de suivi à un mois

UCC Broca bilan d'activité

période 15/01/2013 - 30/09/2014

| | |
|---|----------------------------|
| Admissions | 191 |
| Délai entre demande et admission | 5,2 jours |
| DMS | 42 jours |
| Age moyen | 83 ans |
| Sexe ratio | 44 % Hommes 56 % Femmes |
| Diagnostic de démence (et étiologie) posé avant l'admission | 52 % |
| Maladie psychiatrique sans démence confirmée | 19 % |

Le statut cognitif et comportemental des malades à l'admission

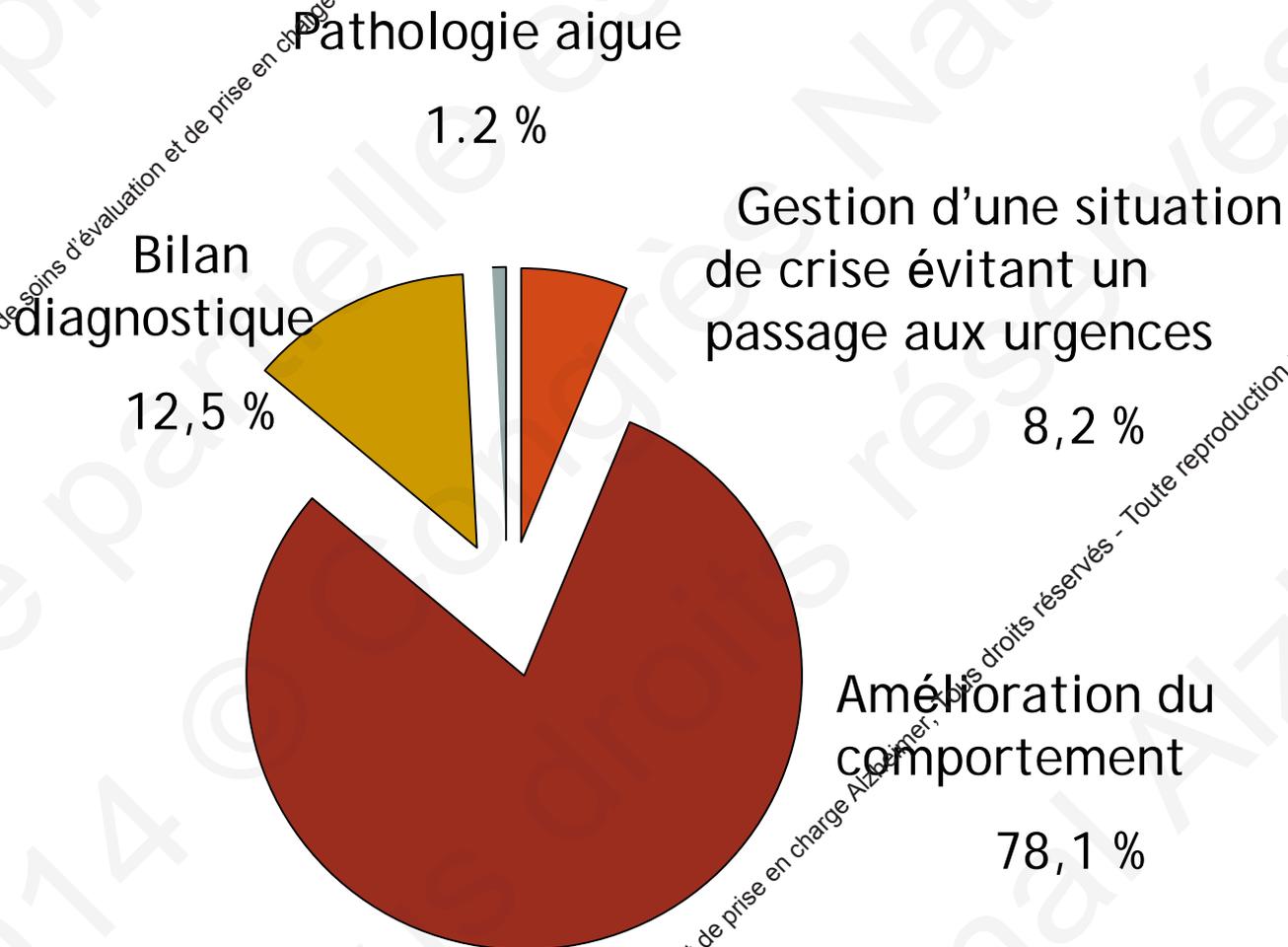
| | |
|--------------------------------|------------|
| Type de démences à l'admission | |
| • Alzheimer/mixte | 73 % |
| • DCL | 19 % |
| • DLFT/DFT | 7 % |
| • Autre | 1 % |
| NPI (Fréquence X gravité) | 48 (19,2) |
| MMSE | 13,4 (6,8) |

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

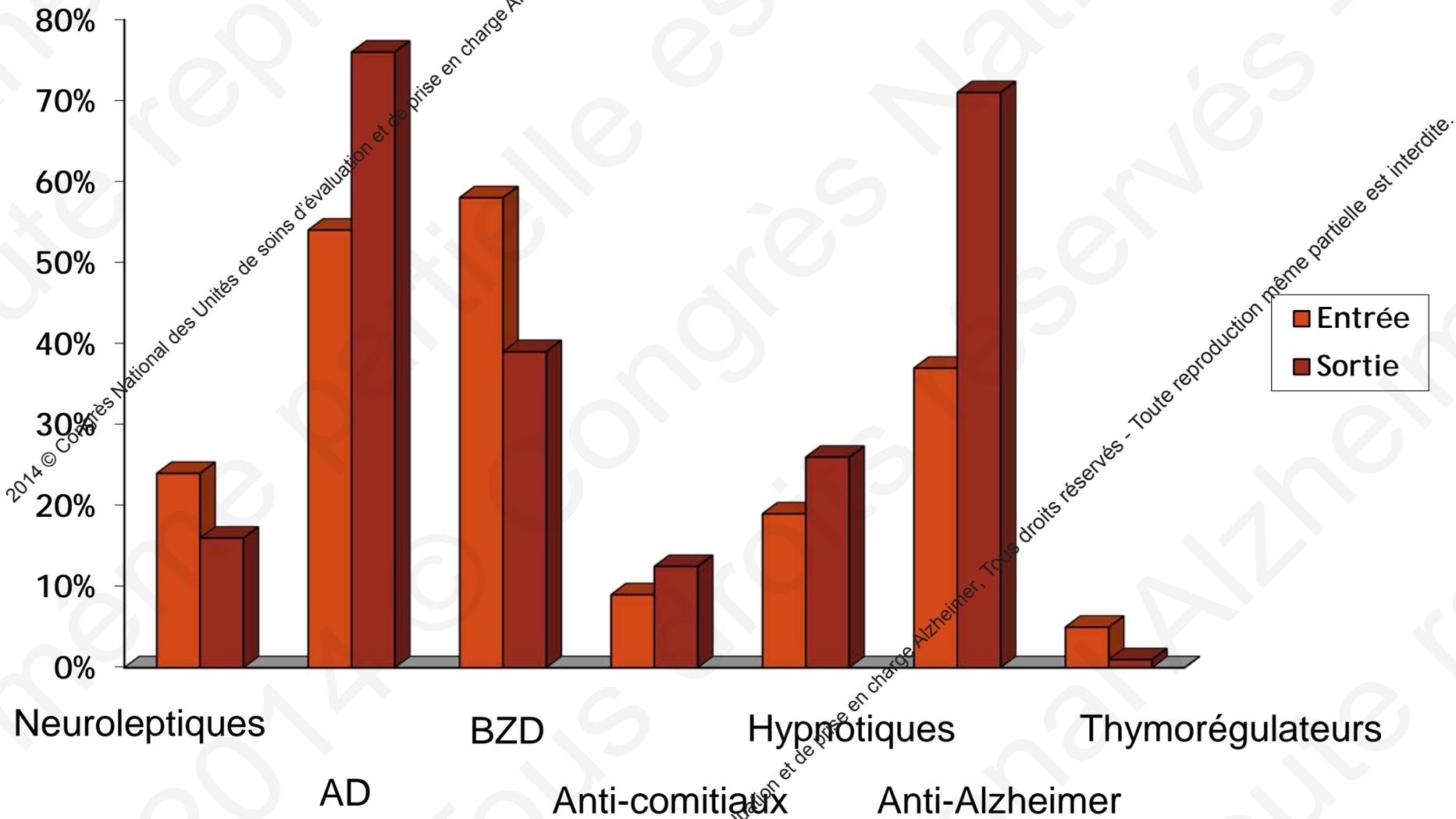
Adressage des patients

| | |
|-------------------------------------|------|
| UGA/court séjour gériatrique | 29 % |
| Services de SSR | 18 % |
| Service de MCO non gériatrique | 7 % |
| Consultations Mémoire | 15 % |
| Médecins Généralistes | 2 % |
| EHPAD | 10 % |
| Equipes Mobiles Gériatriques | 7 % |
| Réseaux de santé/MAIA | 10 % |
| Equipes Mobiles Psychiatriques/CMP | 2 % |

Motifs d'admission à l'UCC



Evolution des prescriptions de psychotropes en cours du séjour



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

Toute reproduction même partielle est interdite.

Destination à la sortie

Médecine/chirurgie : 7%

dont 2 % complications chutes

Décès

2 %

RAD

36%

USLD 19 %

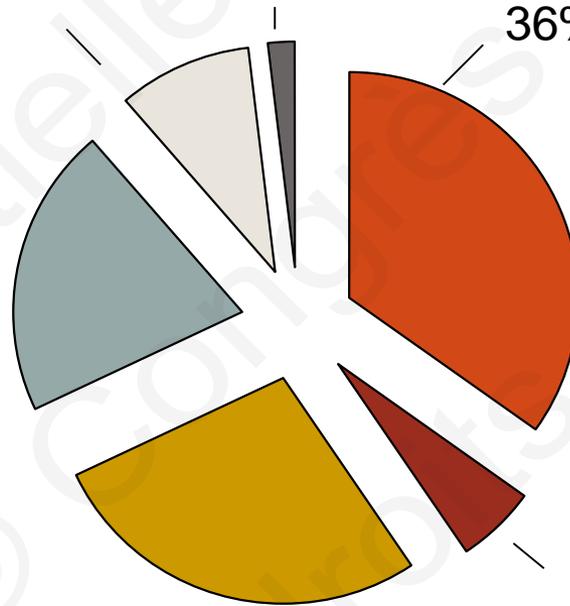
Dont 5% UHR

Entrée EHPAD

29%

Retour EHPAD
d'origine

7 %



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

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

Taux d'échec: ré-hospitalisation à l'UCC pour non contrôle des SPCD

- < 1 mois après la sortie: 1%

- < 3 mois après la sortie: 2,6 %

Facteurs d'échec:

- Durée de séjour < 21 jours

- Aidant principal fragile (Fried) et/ou souffrant de troubles cognitifs

- Plan d'aides humaines au domicile non fonctionnel (absence de coordination/mise en échec par l'aidant)

- Pas de corrélation avec ADL, IADL, NPI, CIRS à la sortie

Freins à l'accomplissement de la mission de l'unité

- 1) Manque du personnel paramédical (nuit)
- 2) Réticence de certains aidants de reprendre le patient à domicile malgré diminution significative des SPCD (épuisement): près de 18% des malades
- 3) Absence de jardin thérapeutique accentuant le sentiment d'huis clos
- 4) 3 Chambres doubles rendant difficile le recrutement des malades et leur cohabitation

2014 © Cordes Nationales Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - TOU
évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Freins à l'accomplissement de la mission de l'unité

- 5) Examens complémentaires fréquemment refusés par les malades (échec imagerie 68%)
- 6) difficultés pour trouver des places d'EHPAD/USLD/UHR
- et 7) dans un certain nombre de cas l'inadéquation du malade admis dans l'unité lorsque l'admission était basée sur dossier papier ou simple entretien téléphonique.

Conclusions

- Séjours qui devraient être ni trop court (taux d'échec), ni trop long (désolidarisation des aidants, perte d'autonomie fonctionnelle malades)
- Nécessité de consultations/HDJ de préadmission (bilan de démence, juger de la pertinence de l'hospitalisation en UCC)
- Nécessité de structuration des liens avec des CMP/psychiatrie, les MAIA, et les EHPAD pour fluidifier l'aval, garantir la continuité des soins, profiter de l'expertise interdisciplinaire
- Nécessité de l'éducation thérapeutique des familles et des aidants professionnels d'aval, aussi bien au domicile qu'en EHPAD/USLD.