

# 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 et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

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

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<sup>e</sup> et 14<sup>e</sup> 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<sup>ère</sup> phase, Evaluation et observation

Evaluation	Acteurs	Outils
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entretien aidants naturels/ professionnels</li> <li>➤ Examen somatique</li> <li>➤ Analyse des ordonnances</li> <li>➤ Programmation des examens paracliniques</li> <li>➤ Evaluation des soins nécessaires</li> </ul>	Médecin	Biologie, ECG, radiographie(s) Imagerie cérébrale (TDM/IRM + TEP) +/- EEG +/- PL
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entretien d'entrée avec patient et famille</li> <li>➤ Evaluation des soins nécessaires</li> </ul>	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<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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

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

évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

# 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

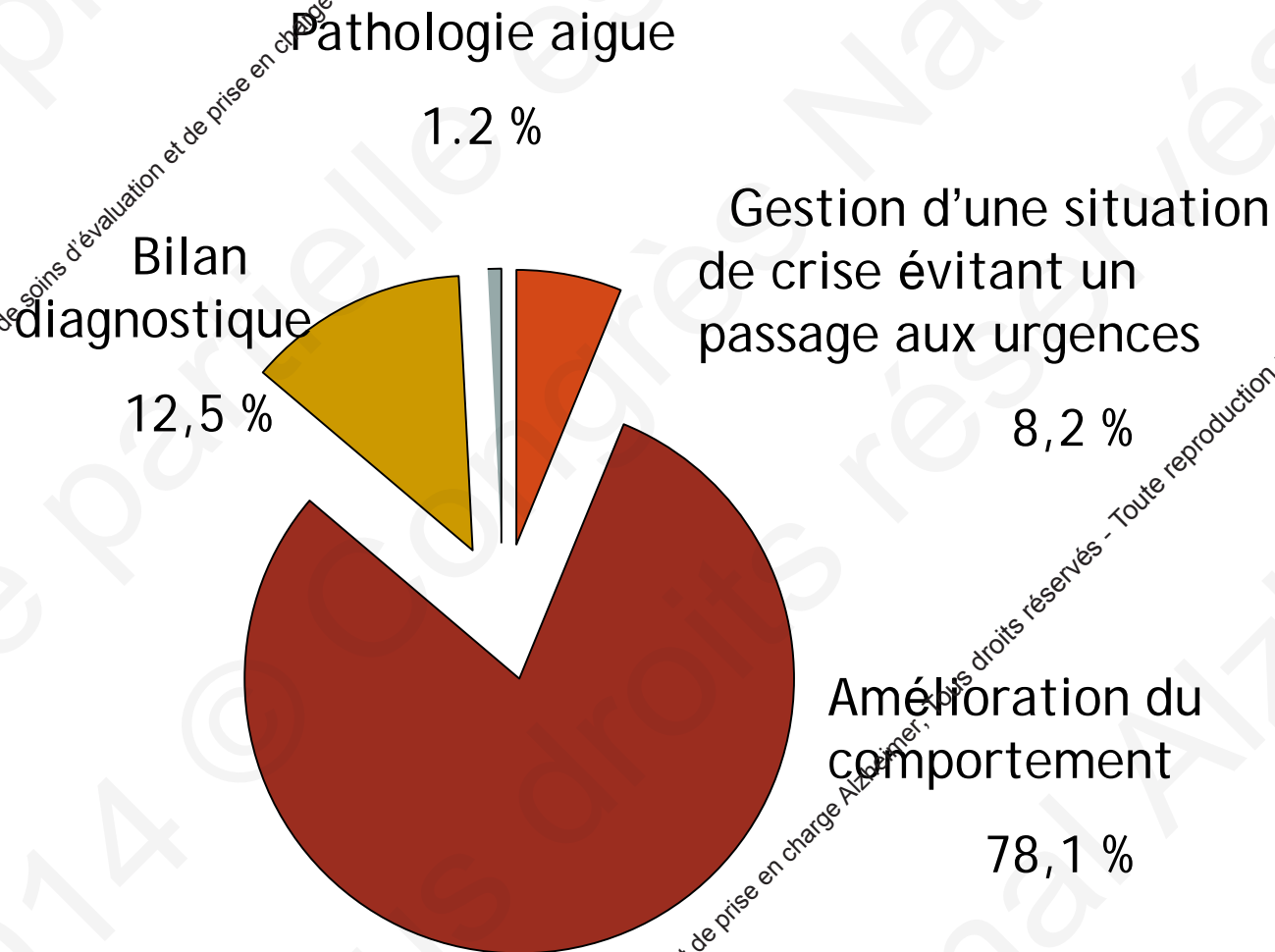
Type de démences à l'admission	
• Alzheimer/mixte	73 %
• DCL	19 %
• DLFT/DFT	7 %
• Autre	1 %
NPI (Fréquence X gravité)	48 (19,2)
MMSE	13,4 (6,8)

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

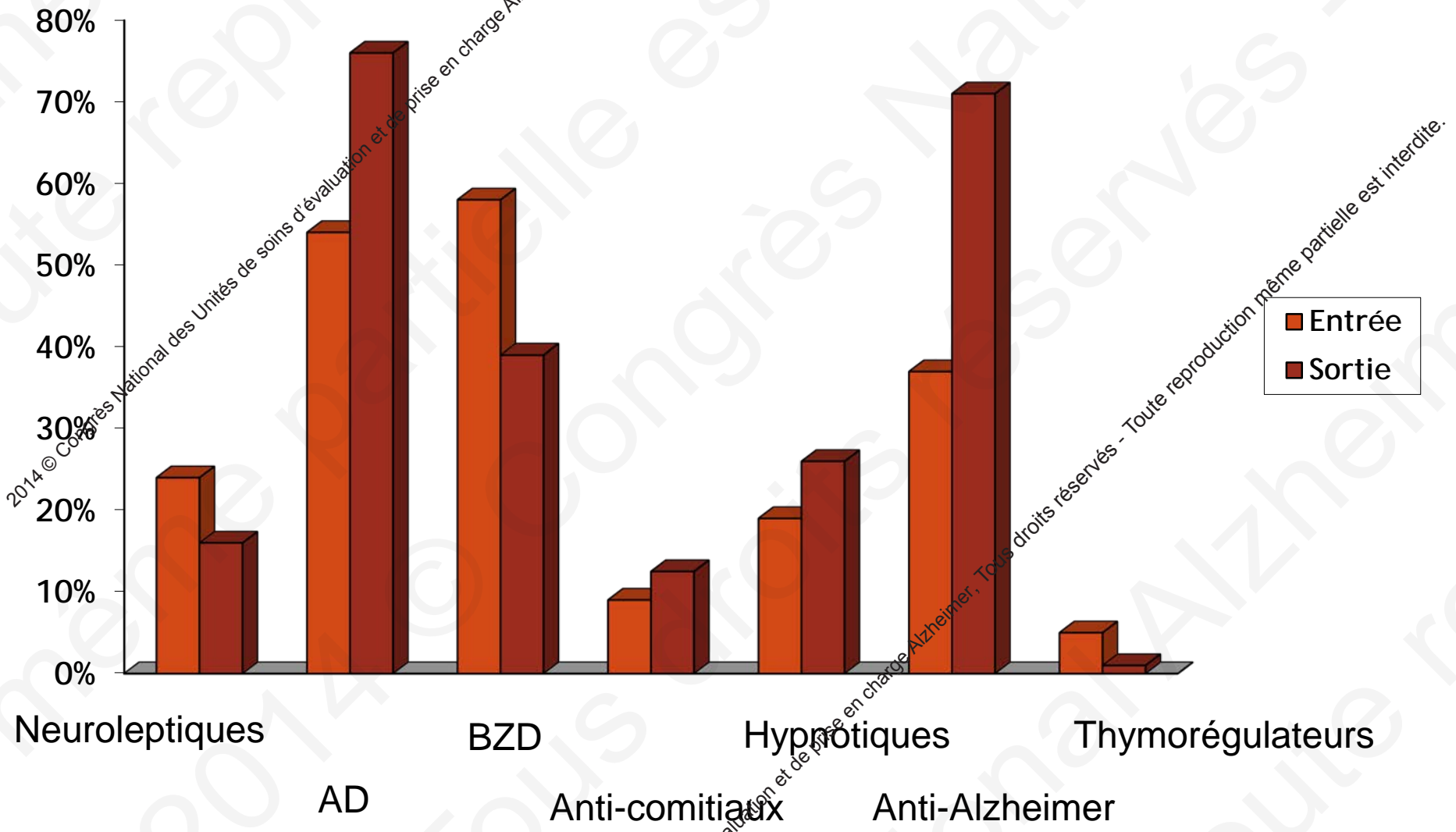
# Adressage des patients

<b>UGA/court séjour gériatrique</b>	29 %
<b>Services de SSR</b>	18 %
Service de MCO non gériatrique	7 %
<b>Consultations Mémoire</b>	15 %
Médecins Généralistes	2 %
<b>EHPAD</b>	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 %

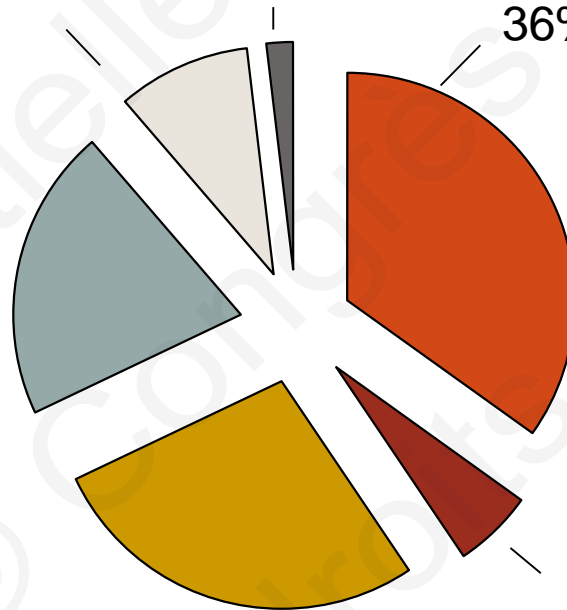
Dont 5% UHR

Entrée EHPAD

29%

Retour EHPAD  
d'origine

7%



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

2014 © Congrès National 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 - TO

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.