



**HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PARIS NORD VAL DE SEINE**

Beaujon | Bichat - Claude Bernard | Bretonneau | Louis-Mourier | Charles Richet

Quelles interactions entre les Unités Cognitivo-comportementales et le reste de la filière Alzheimer

olivier.drunat@aphp.fr

Contexte de création

Le troisième plan Alzheimer 2008-2012

- ▶ « Axe d'amélioration de l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée »
- ▶ **Mesure 17: Identifier au sein des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) existants des unités de réhabilitation cognitivo-comportementale**

Objectif : «120 structures sur trois ans »

CIRCULAIRE N°DHOS/O2/O1/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012

Cahier des charges de l'UCC

- ▶ SSR spécialisé pour des patients présentant des troubles du comportement (TC) productifs dans le cadre d'une Maladie d'Alzheimer ou une Maladie Apparentée (MAMA)
- ▶ Unité identifiée de 10 à 12 lits
- ▶ Structure appelée à développer les connaissances et à générer ses propres référentiels

Critères d'orientation

Patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée présentant l'ensemble des caractéristiques suivantes :

- ▶ Mobilité : patients valides
- ▶ Agressivité, troubles du comportement productifs (hyperémotivité, hallucinations, troubles moteurs, agitation, troubles du sommeil graves)
- ▶ Provenance essentiellement le domicile ou un EHPAD

CIRCULAIRE du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012

Nature des soins

« Un programme d'activités structuré et adapté peut conduire à une réduction de 20% de ces troubles »

avec :

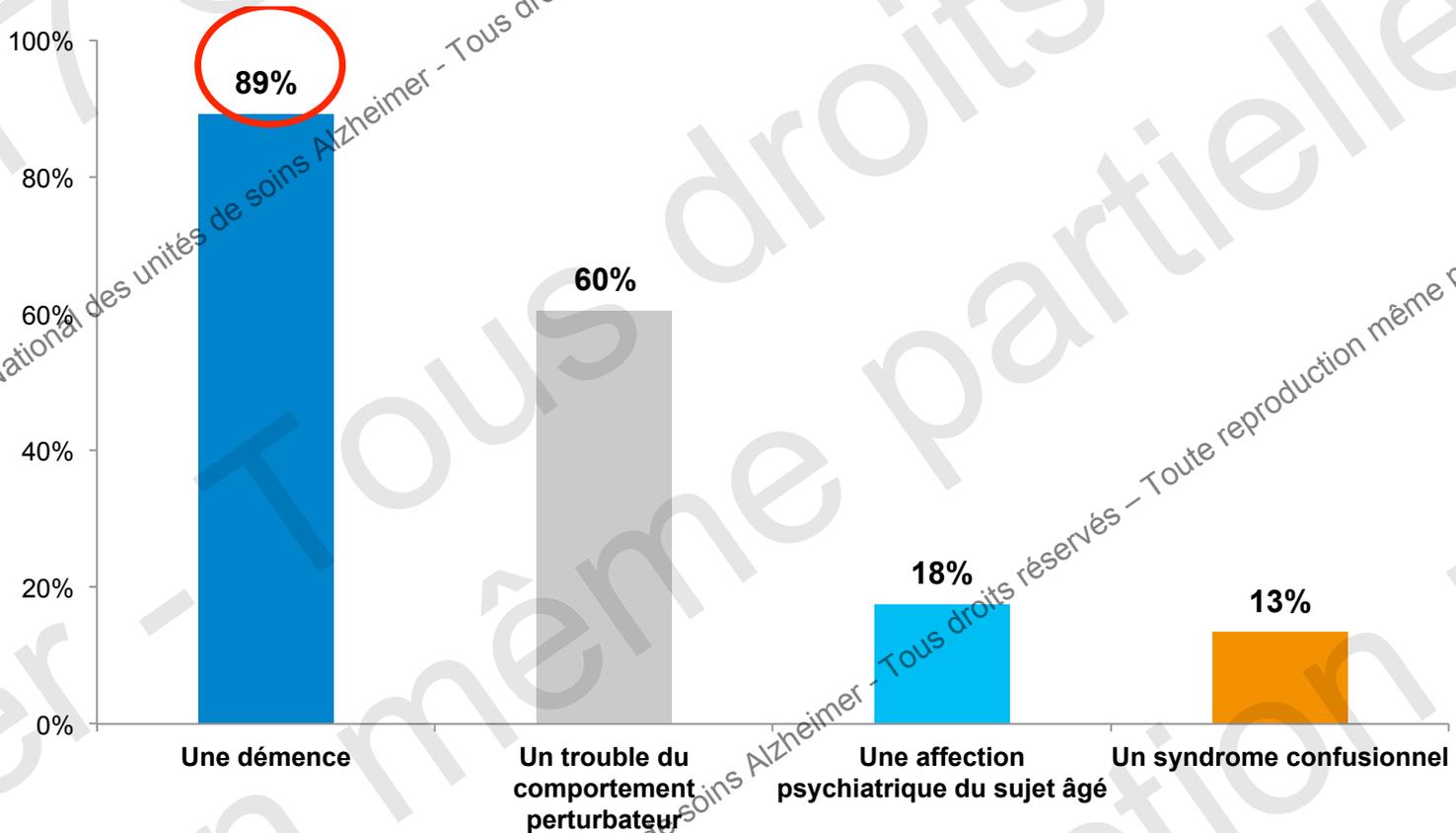
- diminution de l'utilisation de l'utilisation des psychotropes sédatifs et de la contention
- mise en place de stratégies compensatoires des déficits
- soins préventifs d'une situation de crise en dehors de l'indication d'une hospitalisation
- maintien voire amélioration de l'adaptation aux actes de la vie quotidienne

CIRCULAIRE du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012

Enquête DGOS/SFGG : typologie des patients accueillis

• 72 UCC, 801 lits

• Sur les 20 derniers de patients accueillis



Nature des soins

« Un programme d'activités structuré et adapté peut conduire à une réduction de 20% de ces troubles »

avec :

- diminution de l'utilisation de l'utilisation des psychotropes sédatifs et de la contention
- mise en place de stratégies compensatoires des déficits
- soins préventifs d'une situation de crise en dehors de l'indication d'une hospitalisation
- maintien voire amélioration de l'adaptation aux actes de la vie quotidienne

CIRCULAIRE du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012

L'UCC est une unité SSR

- ▶ L'entrée directe à partir des urgences n'est pas une voie d'entrée habituelle
- ▶ Comme le préconise la HAS, devant des troubles du comportement perturbateurs, un bilan à la recherche d'une cause somatique s'impose, qui relève d'une hospitalisation en court séjour.
- ▶ L'UCC est basée sur une Tarification SSR (moyens humains et plateau technique) et il est préconisé dans le cahier des charges une admission « après un bilan médical approprié ».

Mesure n°17 plan Alzheimer 2008-2012
Création d'UCC : Contexte et enjeux

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs

RECOMMANDATIONS

Mai 2009

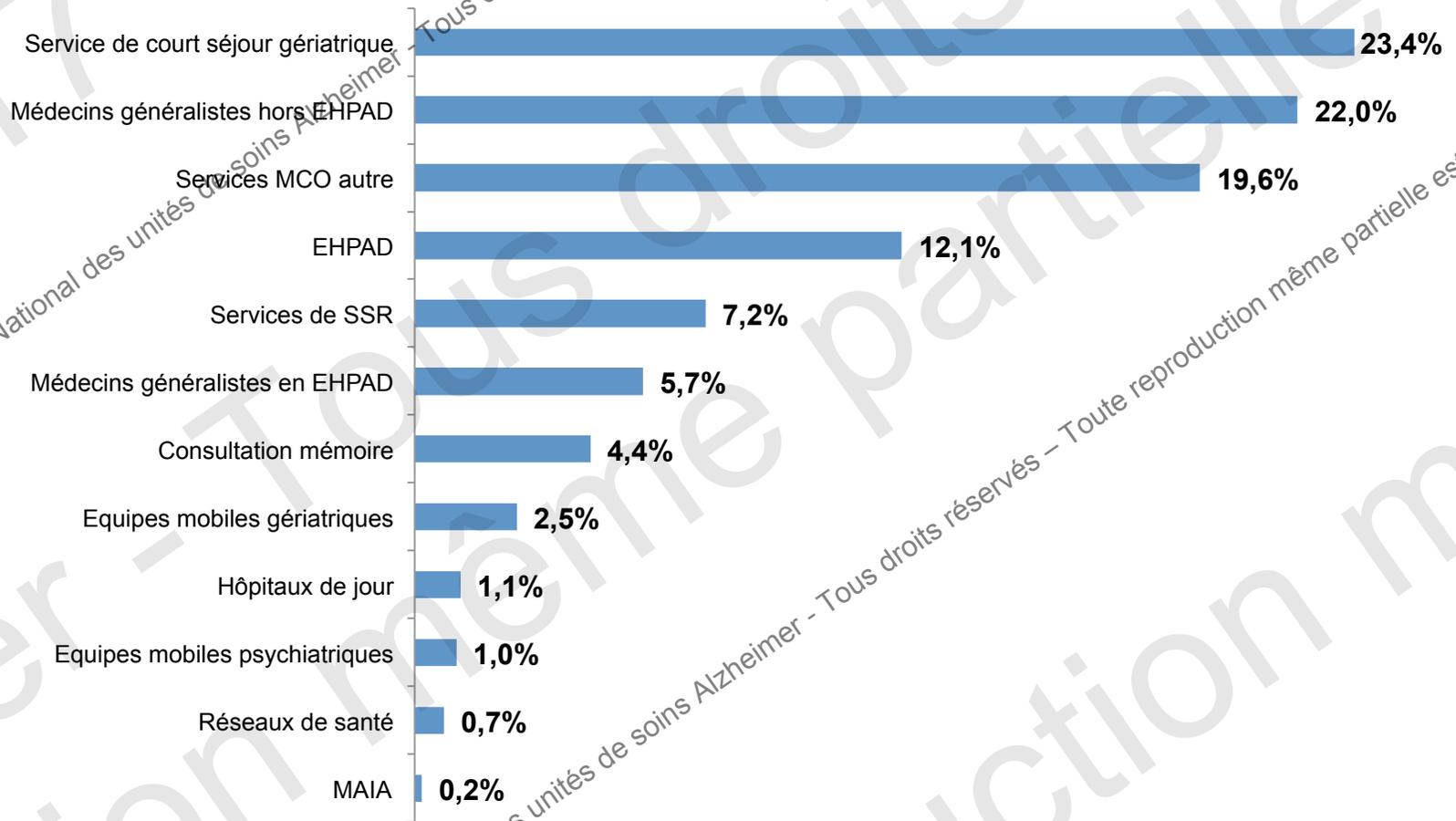
Place des UCC dans la filière hospitalière

- ▶ **En aval** des structures MCO non spécialisées pour ce type de patients
- ▶ **En aval direct** des services d'urgence après éventuellement avis des équipes mobiles de gériatrie
- ▶ **En amont de** structures d'hébergement (EHPAD, PASA, UHR) et/ou de relais à domicile adaptés à la prise en charge de patients instables (ESAD, HAD, SSIAD).

Enquête DGOS – SFGG : provenance des patients

• Base : 62 UCC

Plus de 40 % des patients proviennent d'unités MCO gériatriques ou autres



L'UCC, un maillon nouveau dans le parcours de santé

▶ L'UCC est un recours pour :

- les médecins généralistes (1/3 des entrées en UCC)
- les médecins coordonnateurs d'EHPAD
- les consultations mémoire et les hôpitaux de jour
- les équipes mobiles gériatriques extrahospitalières
- les Comités Locaux de Coordination (CLIC)
- les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)
- les plateformes de répit

▶ Un maillon supplémentaire dans la prise en soins de la maladie d'Alzheimer, qui est un modèle de maladie chronique évolutive

Comment optimiser les admissions ?

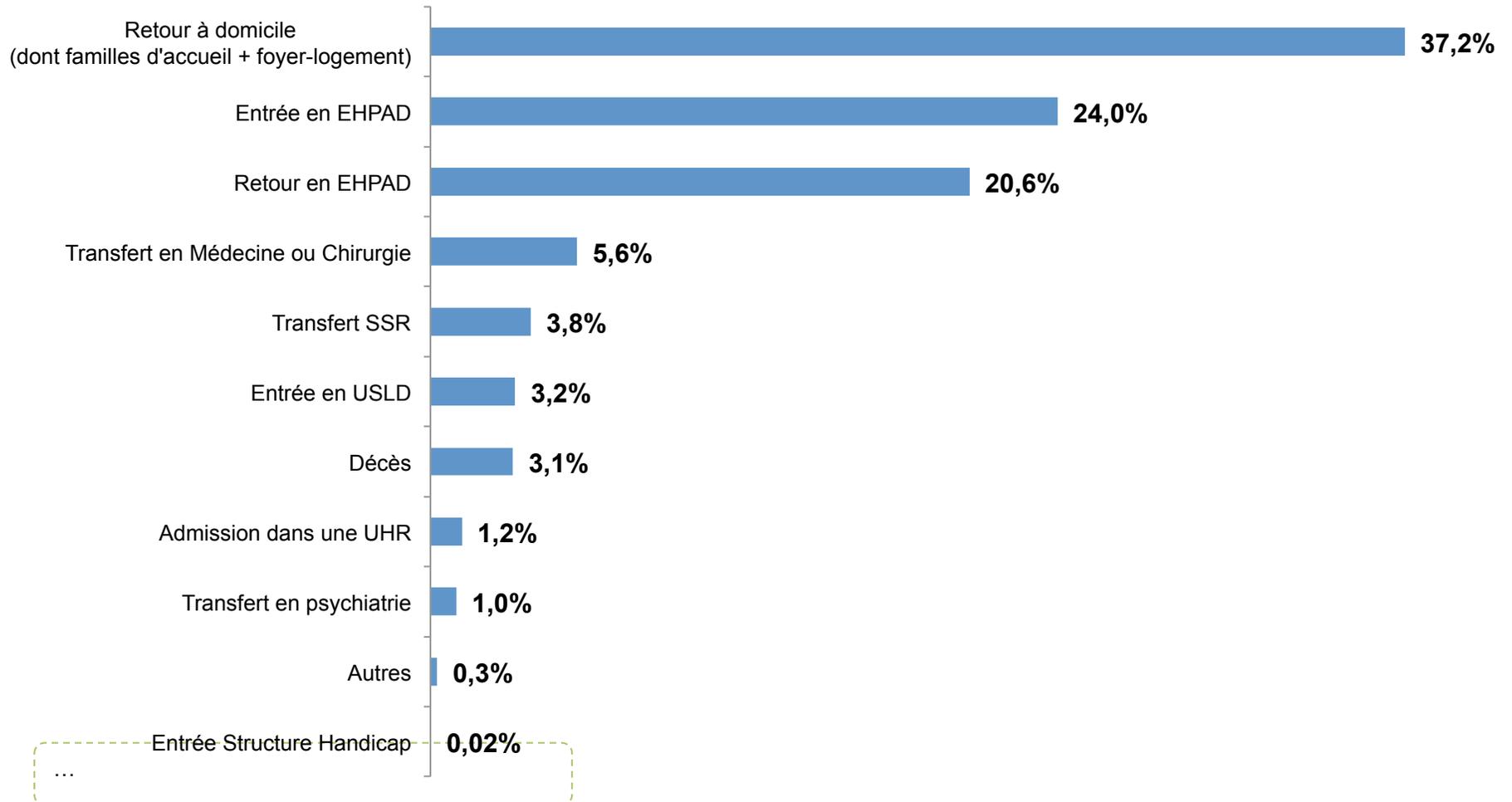
- Consultation d'entrée systématique
- Dossier d'admission spécifique (éventuellement via le logiciel Trajectoire)
- Commission pluri-disciplinaire d'admission
- Consultation « Comportement » de semi urgence
- Equipe mobile gériatrique intra ou extra hospitalière (exemple de l'EMMA de Lyon)
- Filière gériatrique habituelle (court séjour/ SSR) ou spécialisée (court séjour Alzheimer/ UCC)

Le délai de réponse doit être rapide pour répondre à l'urgence de la situation.

Enquête DGOS – SFGG : mode de sortie des patients

• Données sur 67 UCC

58 % des patients retournent à leur domicile antérieur



Les partenaires privilégiés de la sortie

- ▶ **Le retour à domicile (ou en EHPAD) est le mode de sortie majoritaire**
- ▶ **Le projet de sortie est établi dans une démarche éthique intégrée dans le projet de soin** prenant en considération
 - ▶ les souhaits des patients et des familles,
 - ▶ et la collaboration avec le réseau médico-social.
- ▶ Plus de 80 % des UCC interrogées en 2011 déclarent pouvoir avoir des difficultés pour organiser la sortie
- ▶ **Les structures telles que les UHR, les HDJ SSR, les accueils de jour et les services de soins à domicile sont des maillons essentiels de l'aval.**

Comment réussir la sortie d'UCC ?

- Lien avec les partenaires extérieurs : SSIAD, MAIA, accueil de jour, plate-forme de répit....
- Transmission d'informations pertinentes à l'aide de documents spécifiques
- Accompagnement de la sortie par l'équipe de l'UCC
- Suivi par une équipe mobile extrahospitalière
- Suivi téléphonique par l'UCC à intervalle régulier
- Suivi en consultation

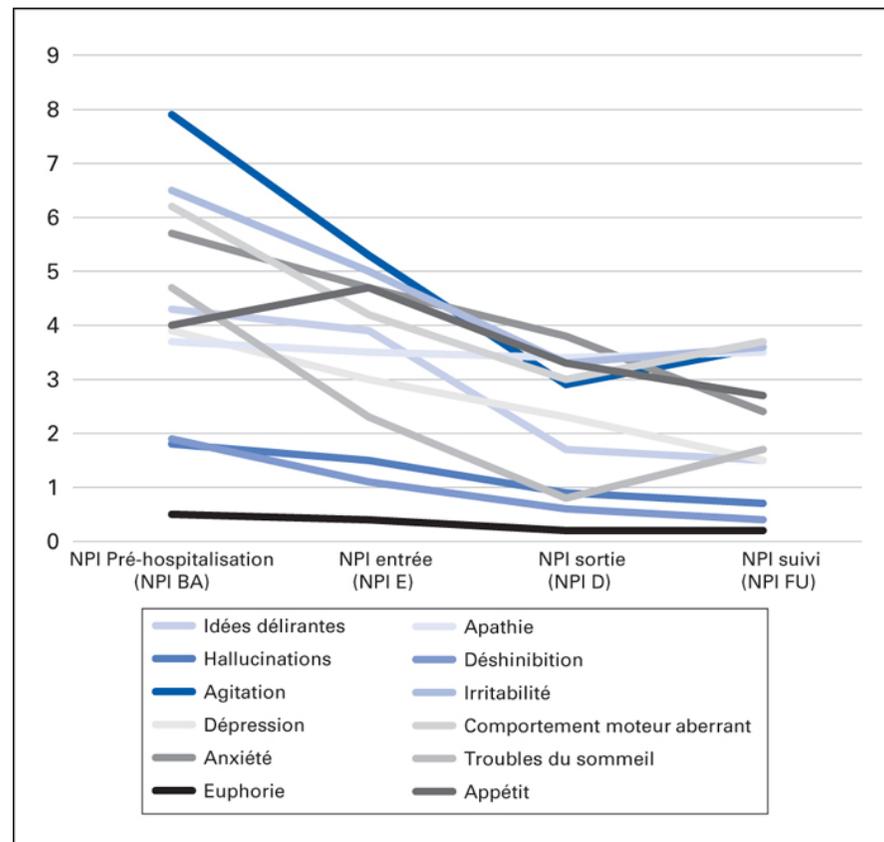
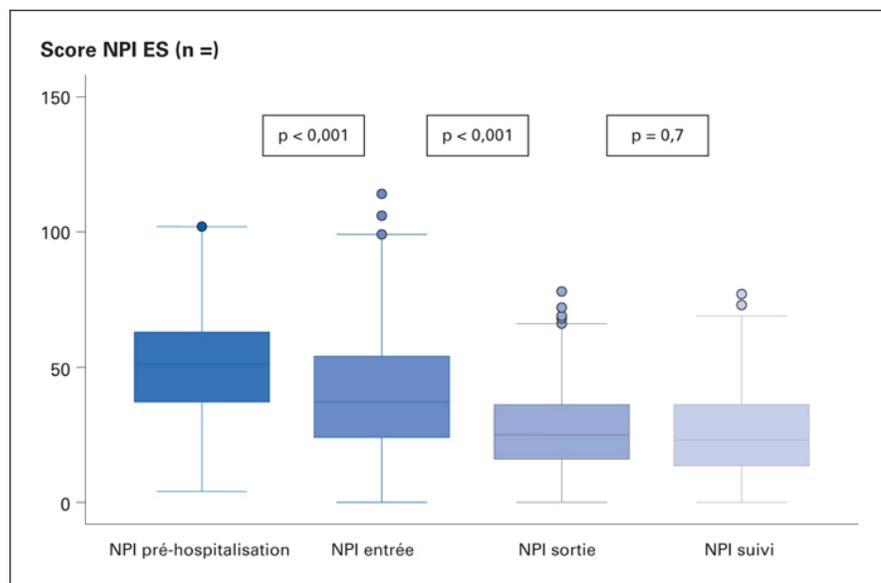
➔ **Objectif : éviter les ré hospitalisations**

Facteurs de réadmission à 3 mois

10 % d'une population de 235 patients, 83 ans d'âge moyen sont ré hospitalisés dans les 3 mois après sortie de l'UCC

Variables	Odds-ratio	IC 95 %	P
Présence de SCPD comportementaux	3,18	[1,32;7,65]	0,0009
Associations NLP-AD	4,77	[1,35;16,83]	0,01
DMS	0,94	[0,9;0,99]	0,01

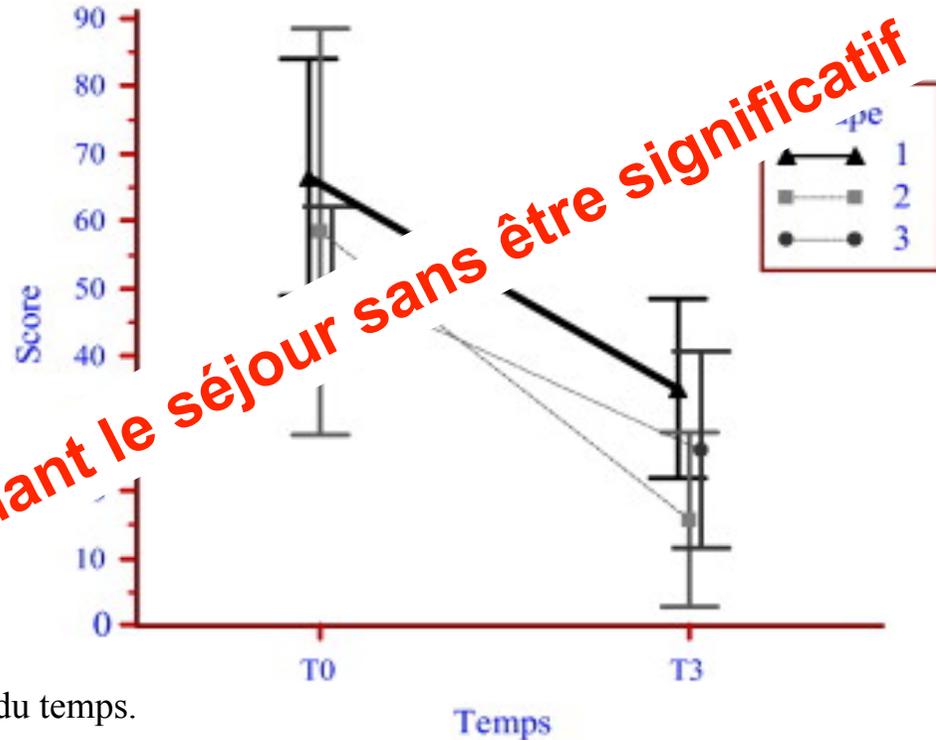
Etude prospective, 199 patients, 80 ans d'âge moyen, DMS de 39,9 jours



Le taux de ré hospitalisation à 1 mois est de 8,5 % et à 3 mois de 20,1 %. Sans lien statistique avec âge, sexe, NPI d'entrée et de sortie, durée d'hospitalisation, nombre de traitements psychotropes, ADL d'entrée et de sortie).

Efficacité à deux semaines après la sortie

28 patients, 80 ans d'âge moyen



Variation du NPI-ES en fonction du groupe et du temps.

T0 : entrée en unité cognitive-comportementale

T3 : deux semaines après la sortie de l'unité cognitive-comportementale ;

groupe 1 : entrée domicile – sortie domicile

groupe 2 : entrée institution – sortie institution

groupe 3 : entrée domicile – sortie institution.

F. Delphin-Combe. *Revue Neurologique* Volume 169, Issues 6–7, June–July 2013, Pages 490-494

Propositions pour le retour à domicile

- ▶ Suivi en consultation mémoire ou en hôpital de jour
 - ▶ Demande ou Réévaluation de l'APA → mise en place d'aides à domicile (problème du délai)
 - ▶ Structures de répit : accueil de jour, hébergement temporaire, plate-forme de répit
 - ▶ Equipe spécialisée Alzheimer à domicile (ESAD)
 - ▶ Réseau de soin
 - ▶ Education thérapeutique de l'aidant
- insérer le patient dans une filière de soin**

Préparation du retour ou de l'admission en EHPAD

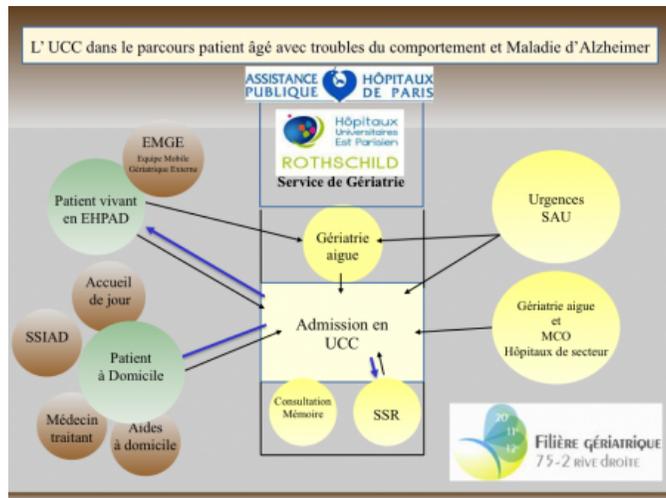
- ▶ Contact téléphonique entre les 2 équipes soignantes
 - ▶ Visite de l'équipe soignante d'EHPAD ou de l'UHR en UCC pour échange autour de la PEC du malade, éventuellement en présence de la famille
 - ▶ Date fixée conjointement avec l'EHPAD
 - ▶ Documents de liaison précis
 - ▶ Transfert de compétences
 - ▶ Programme de télé expertise
- **accompagner l'EHPAD dans la prise en soin du patient**

L'UCC n'est pas

- **Une unité de psychiatrie** pour les pathologies psychiatriques du sujet âgé
- **Un lieu de diagnostic des syndromes confusionnels**, qui nécessitent une unité d'hospitalisation aigue
- **Une unité de bilan étiologique des syndromes démentiels**
- **Une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR)**, qui accueille des malades présentant des TC chroniques dans le cadre d'une MAMA

L'UCC structure le parcours patient

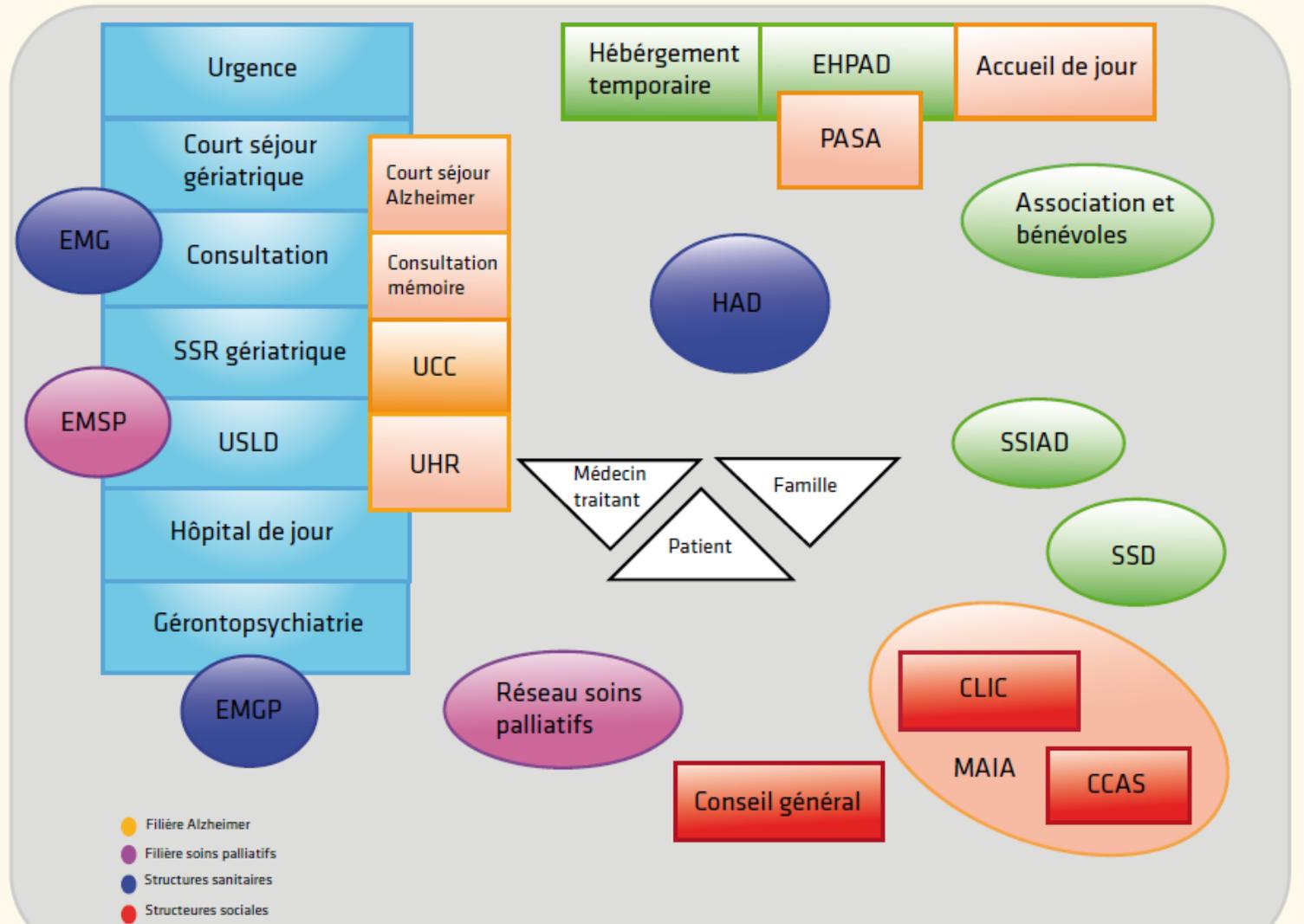
- Un maillon de la filière hospitalière notamment gériatrique



Les UCC : un "petit coin de paradis" pour les malades d'Alzheimer ?
Par Iris Joussem Science et Avenir nov 2016.

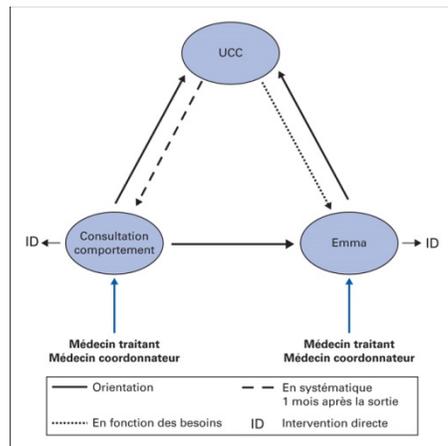
L'UCC structure le parcours patient

- Vers une filière hospitalière des troubles du comportement



L'UCC structure le parcours patient

- Une base opérationnelle pour un travail de liaison dans tout l'hôpital



F. Delphin-CombeGer. Psychol Neuropsychiatr Vieil 2016; 11 (4):416-22

L'UCC structure le parcours patient

- Une structure sanitaire spécialisée dans la gestion des psychotropes et des approches éco-psycho-sociales / formation
- Une place a mieux structurer avec la Psychiatrie de la Personne Agée