

# Quelles interactions entre les consultations mémoire et les EHPAD ?

Pr Marc VERNY

Centre de gériatrie, CMRR Paris sud et DHU FAST

Hôpital Pitié-Salpêtrière



## Déclaration de liens d'intérêts

<b>Conflit d'intérêt</b>	
Intérêts financiers dans une entreprise	Néant
Propriétaire, dirigeant, employé, participation à un organe décisionnel d'une entreprise	Néant
Autres activités régulières dans une entreprise	Néant
Essais cliniques : en qualité de co-investigateur, expérimentateur non principal, collaborateur à l'étude	PHRC ConfuRiv (Ttt et placebo fournis par Novartis) Investigateur Etude REFLEX Novartis
Interventions ponctuelles : rapports d'expertise	Néant
Interventions ponctuelles : activités de conseil	Board démente Novartis Board démente Eisai
Conférences : invitations en qualité d'intervenant	NDEG Novartis janv 2010, janv 2012, oct 2013 EUGMS Formation « jeunes pousses » Janssen
Conférences : invitations en qualité d'auditeur (frais de déplacement et d'hébergement pris en charge par une entreprise)	CIFGG Nice oct 2010 (Novartis), JASFGG nov 2014 (Sanofi)
Versements substantiels au budget d'une institution dont vous êtes responsable	Néant
Proches parents salariés dans les entreprises visées ci-dessous	Néant
Autres (à préciser)	Remboursement de frais de déplacement EPU Besançon Laboratoire LUNDBECK

# Que peut-on imaginer comme relation entre EHPAD et consultation mémoire ?

Missions des EHPAD : accompagner les personnes fragiles et vulnérables et préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin.

Personnes âgées fragiles et vulnérables = fréquente atteinte cognitive !?...

# Que peut-on imaginer comme relation entre EHPAD et consultation mémoire ?

## Cahier des charges des consultations mémoire

Affirmer le tble mnésique, **diagnostiquer avec fiabilité** synd démentiel et type de démence

Identifier les **situations complexes** justifiant le recours au CMRR

Participer à la **formation des professionnels** impliqués dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles démentiels (généralistes, personnels des services de soins...)

# Lien « institutionnel » entre EHPAD et consultation mémoire ?

Passes notamment par la **filière gériatrique** et les conventions passées dans ce cadre avec les EHPAD

# Questions abordées dans cet exposé !

Profil de population en EHPAD ?

Type de difficultés rencontrées par les EHPAD

Intérêts et bénéfices au diagnostic des troubles cognitifs en EHPAD ?

Quels recours des EHPAD aux consultations mémoire ?

## DESCRIPTIVE STUDY OF NURSING HOME RESIDENTS FROM THE REHPA NETWORK

Y. ROLLAND<sup>1,2</sup>, G. ABELLAN VAN KAN<sup>1</sup>, S. HERMABESSIERE<sup>1</sup>, S. GERARD<sup>1</sup>,  
S. GUYONNET-GILLETTE<sup>1,2</sup>, B. VELLAS<sup>1,2</sup>

### Characteristics of the residents\*

Variables	n = 4896	
Sex (% female)	4848	3587 (73.9)
Age at admission (mean, SD**)	4841	81.3 (10.1)
by age group (n, %)		
<65		386 (8.0)
65-75		557 (11.5)
75-85	4841	1976 (40.8)
85-95		1726 (35.6)
>95		196 (4.0)
Age at time of survey (mean, SD)	4890	85.7 (8.8)

### Comorbidities and polymedication

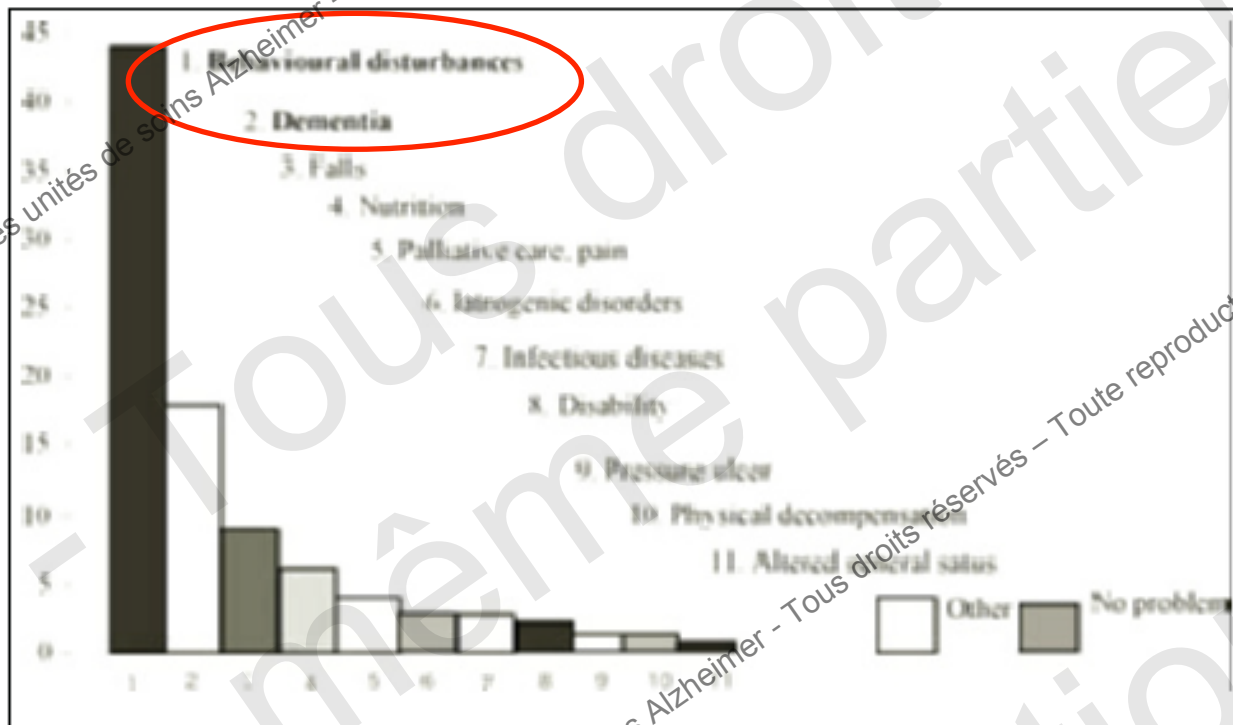
Comorbidities	
Myocardial infarction	8.8%
Arterial hypertension	54.4%
Diabetes	8.7%
Dementia	43.5%
Hemiplegia	7.1%
Metastatic cancer	1.5%
Zona	1.1%
Epilepsy	5.2%
Depression	40.0%
Osteoporosis	14.8%
Progressive cancer	4.6%
Charlson index	1.6
Age-weighted Charlson index	5.7
Medications	
Mean number of different medications/day	6.8

Prévalence en pop générale  
d'environ 35% pour les 85 ans  
et plus dans PAQUID !

Probable sous estimation !

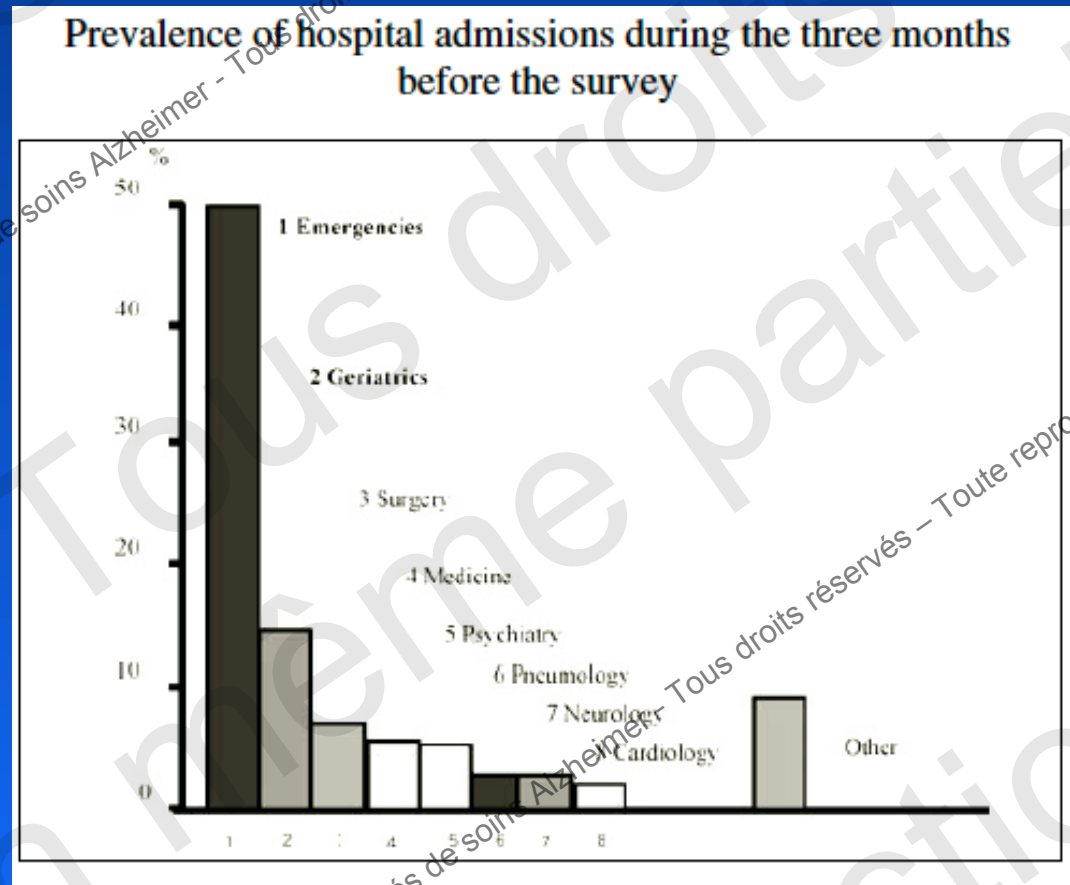
# 4 principaux problèmes en EHPAD fortement liés à la démence

Principal medical problems confronting coordinating physicians in the nursing home setting





Et de nombreuses hospitalisations (15% des résidents sur les 3 mois précédents) dont 50% en urgence...



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Exploring the prevalence and variance of cognitive impairment, pain, neuropsychiatric symptoms and ADL dependency among persons living in nursing homes; a cross-sectional study



Sabine Björk<sup>1\*</sup>, Christina Juthberg<sup>1</sup>, Marie Lindkvist<sup>2,3</sup>, Anders Wimo<sup>4</sup>, Per-Olof Sandman<sup>1,5,6</sup>, Bengt Winblad<sup>4</sup> and David Edvardsson<sup>1,7</sup>

Données issues d'une étude transversale provenant de **188 EHPAD suédois** sélectionnés au hasard recueillies.

Total de **4831 résidents** évalués pour les fonctions cognitives et ADL, la douleur et les symptômes neuropsychiatriques.

# Prévalence de la douleur, des tbles cognitifs et symptômes neuropsychiatriques

	% (n)	95 % CI	Missing (n)
ADL dependent	56.3 (2526)	54.9–57.8	347
Pain	47.9 (2103)	46.4–49.4	441
Cognitive impairment	66.6 (2827)	65.2–68.0	586
Mild	37.7 (1067)	36.0–39.5	–
Moderate	38.6 (1092)	36.8–40.4	–
Severe	23.6 (668)	22.1–25.2	–
Neuropsychiatric symptom, any	92.0 (4309)	91.2–92.8	146

Tbles cognitifs dans près de 70% et TPCD dans plus de 90% des cas

# Current prevalence of dementia, depression and behavioural problems in the older adult care home sector: the South East London Care Home Survey

ROBERT STEWART<sup>1</sup>, MATTHEW HOTOPE<sup>1</sup>, MICHAEL DEWEY<sup>2</sup>, CLIVE BALLARD<sup>3</sup>, JATINDER BISLA<sup>1</sup>, MARIA CALEM<sup>1</sup>, VIOLA FAHMY<sup>4</sup>, JO HOCKLEY<sup>5</sup>, JULIE KINLEY<sup>5</sup>, HYWEL PEARCE<sup>4</sup>, ANOOP SARAF<sup>4</sup>, AYSHA BEGUM<sup>2</sup>

Age and Ageing 2014; **43**: 562–567

Enquête menée dans **15 établissements** du sud-est de Londres choisis au hasard.

Démence : diagnostics à partir de sources multiples. Dépression diag avec l'échelle de de Cornell et les pb psycho-comportementaux (NPI).

Participants: **301 résidents** avec un âge moyen de **83,5 +/-9,8 ans** dont 66% de femmes

# 4 EHPAD, 5 résidences pour PA, 5 résidences d'« infirmes mentaux âgés »

	Residential ( <i>n</i> = 86)	Residential EMI ( <i>n</i> = 89)	Nursing ( <i>n</i> = 126)
Dementia (CDR 1–3) <i>n</i> (%)	48 (55.8)	81 (91.0)	97 (77.0)
CDR 0.5–3 <i>n</i> (%)	66 (76.7)	84 (94.4)	112 (88.9)
Dementia severity <i>n</i> (%)			
No dementia (CDR 0)	20 (23.3)	5 (5.6)	14 (11.1)
Questionable (CDR 0.5)	18 (20.9)	3 (3.4)	15 (11.9)
Mild (CDR 1)	14 (16.3)	6 (6.7)	10 (7.9)
Moderate (CDR 2)	17 (19.8)	29 (32.6)	28 (22.2)
Severe (CDR 3)	17 (19.8)	46 (51.7)	59 (46.8)
NPI carer impact (binary) <i>n</i> (%)	41 (47.7)	46 (32.3)	65 (52.0)
Medication use <i>n</i> (%)			
Dementia treatment	10 (11.6)	10 (11.4)	8 (6.4)
Anti-depressant	22 (25.6)	22 (25.0)	52 (41.3)
Anti-psychotic	6 (7.0)	30 (34.1)	24 (19.1)
(excluding PRN-only)	6 (7.0)	27 (30.3)	21 (16.7)

## Improving the Quality of Care of Long-Stay Nursing Home Residents in France

Yves Rolland, PhD,<sup>\*†</sup> Celine Mathieu, MS,<sup>‡</sup> Christine Beau, MD,<sup>§</sup> Françoise Cayla, MD,<sup>‡</sup> Catherine Bouget, PhD,<sup>§</sup> Bruno Vellas, PhD,<sup>\*†</sup> and Philippe de Souto Barreto<sup>\*†</sup>

J Am Geriatr Soc 64:193–199, 2016.

Objectifs étude IQUARE : examiner les effets d'une intervention globale comprenant un accompagnement professionnel et l'éducation du personnel des EHPAD sur des indicateurs de qualité (IQ), le déclin fonctionnel et les transferts aux SAU des résidents

## 175 EHPAD soit 6275 résidents

Etude multicentrique contrôlée non randomisée avec un suivi de 18 mois.

EHPAD alloués à un audit qualité et à une intervention de retour (**groupe contrôle : 90 EHPAD**, 3.258 résidents) ou à l'audit qualité et l'intervention de rétroaction ainsi que des réunions de travail collaboratif entre un gériatre d'hôpital et le personnel de EHPAD (**groupe expérimental : 85 EHPAD**, 3.017 résidents).

# Résultats

IQ des EHPAD faibles et taux annuel de transfert au SAU élevé (~ 20%) similaire dans les 2 groupes.

Intervention : **effet positif** significatif sur l'évaluation du **risque d'escarre, la dépression, la douleur et prévalence des transferts au SAU.**

**Aucun effet** significatif : déclin fonctionnel et pas d'amélioration du nbre de résidents avec **évaluation cognitive standardisée** parmi ceux identifiés avec des **tbls cognitifs** (sans diagnostic formalisé de démence dans les dossiers médicaux)

Rolland et al. JAGS 2016



## En résumé

Nombreux cas prévalents de démence dans les EHPAD

**Nombreux cas non diagnostiqués** et souvent sans diagnostic étiologique si repérés

Démence, troubles psycho-comportementaux, chutes et dénutrition : préoccupations majeures des EHPAD

**Ensemble pouvant justifier d'un recours régulier aux consultations mémoire**

# Recours des EHPAD pour consultation mémoire gériatrique GHPS

Comptabilisation des HdJ pour des patients en EHPAD  
sur 10 premiers mois 2017 : 17/290 soit **0,6% !...**

2 suivis de patients déjà pris en charge (aggravation)

2 bilans initiaux de Tbles cog demandés lors hospit pour  
FESP avec entrée en EHPAD ensuite...

**5 bilans de tbles cog/comport demandés par EHPAD** : 1  
découverte de méta céréb, 1 MdP aggravée par NLTQ, 1  
dém sévère (MA?) avec adaptation Tit pour cris, 1 2<sup>ème</sup>  
avis MA aggravation rapide = DCL + épil, 1 suite à 3  
confusions en 4 ans TNCL vascul

# Recours des EHPAD pour consultation mémoire gériatrique GHPS

8 autres bilans demandés par médecins du service suite à une consultation motivée par :

- 3 **post hospit** pour I card (MA débutante), péritonite encéphalopathie au Keppra), chutes multiples (PSP),
- 2 **bilans épilepsie** (DV + adenom hypoph; DCL)
- 1 **sd parkinsonien** : DCL
- 1 **bilan de chutes** : DCL

# Quels liens EHPAD et consultations mémoires selon la BNA ?

Nbre nouveaux patients envoyés par un EHPAD (1ère consultation dans une CM) par rapport au nombre total de patients sur 1 année.

Année	% envoyés par EHPAD
2009	0,738
2010	1,107
2011	1,33
2012	1,28
2013	1,265
2014	1,048
2015	0,901
2016	0,925
2017	0,772

Chiffres  
transmis par  
Mr Chevrier

Il faut beaucoup d'expériences pour éviter les pièges !



Et identifier les tbles cognitifs !

# Messages !

Des **besoins potentiels importants** des  
EHPAD

MAIS

Très **faible recours**

Ds notre expérience diagnostics utiles

Adaptations thérapeutiques !...

Bilan à proposer lors des visites

d'admission ??? Travail avec la filière !...

# Mais peut-être d'autres solutions ?

