



Groupe UCC

Liens entre UCC et HDJ, notamment dans la prévention et gestion des situations de crise

L. Volpe-Gillot (Paris) et J-M Michel (Colmar)

Congrès des unités de soins Alzheimer
Issy les Moulineaux, 12 Décembre 2018



HDJ : lieu de prevention et de gestion des crises

Enquête nationale APHJPA 2017 : 55 HDJ répondeurs

- **Ouverture sur la ville et liens avec la filière mémoire**
 - **86% ont un accès direct possible en HDJ MCO (vs 46% en 2013),**
 - 22% ont un questionnaire formalisé accessible aux médecins extérieurs
 - **Adresseurs (sur 440 séjours) :**
 - **45% médecin traitant (vs 38% en 2008),**
 - **29% médecin de cs mémoire (vs 50%),**
 - 14% gériatre hors cs mémoire
 - **Indications : 66% mémoire (67% en 2008) , 14% évaluation gériatrique (16%),**
 - 43% des séjours contiennent des actions d'information/éducation **vs 53% (/440 séjours)**
- **Liens entre HDJ MCO et SSR : in situ dans 60% des cas**

HDJ : Intégration et filières gériatrique et mémoire

Congrès APHJPA Paris 2017

liens	HDJ MCO (29)		HDJ SSR (26)	
	% In situ	% Au total	% In situ	% Au total
Court séjour Alzheimer	34	34	20	28
UCC	39	53	40	56
HDJ SSR/ MCO	62	62		61
CM proximité	62	65	61	77
CMRR	14	86		81
Filière gériatrique labellisée	62	69	46	65
CLIC		52		54
MAIA		83		77
Réseau gérontologique		62		81
Réseau géronto-psychiatrique		21		27

**Réponses sur
53 HDJ**

**Liens UCC à
renforcer ?**

Oui pour

32% des hdj MCO

44% des hdj SSR

**Liens naturels avec la cs mémoire, les filières intra et extra hospitalières
et autres structures spécialisées dans la gestion de crise**

Contexte

Problématiques

Existe-t-il des liens « structurels » dans les filières de soins prenant en charge des patients ayant une pathologie neuro-cognitive en crise ?

Quelle est la perception des HDJ et UCC de leur rôle dans la prévention et la prise en charge des situations de crise ?

Quelle est la place des liens éventuels entre UCC et HDJ dans le parcours de soins des patients présentant des troubles neurocognitifs majeurs ?

Cette place et ces liens sont-ils susceptibles d'évoluer ?

Méthodologie

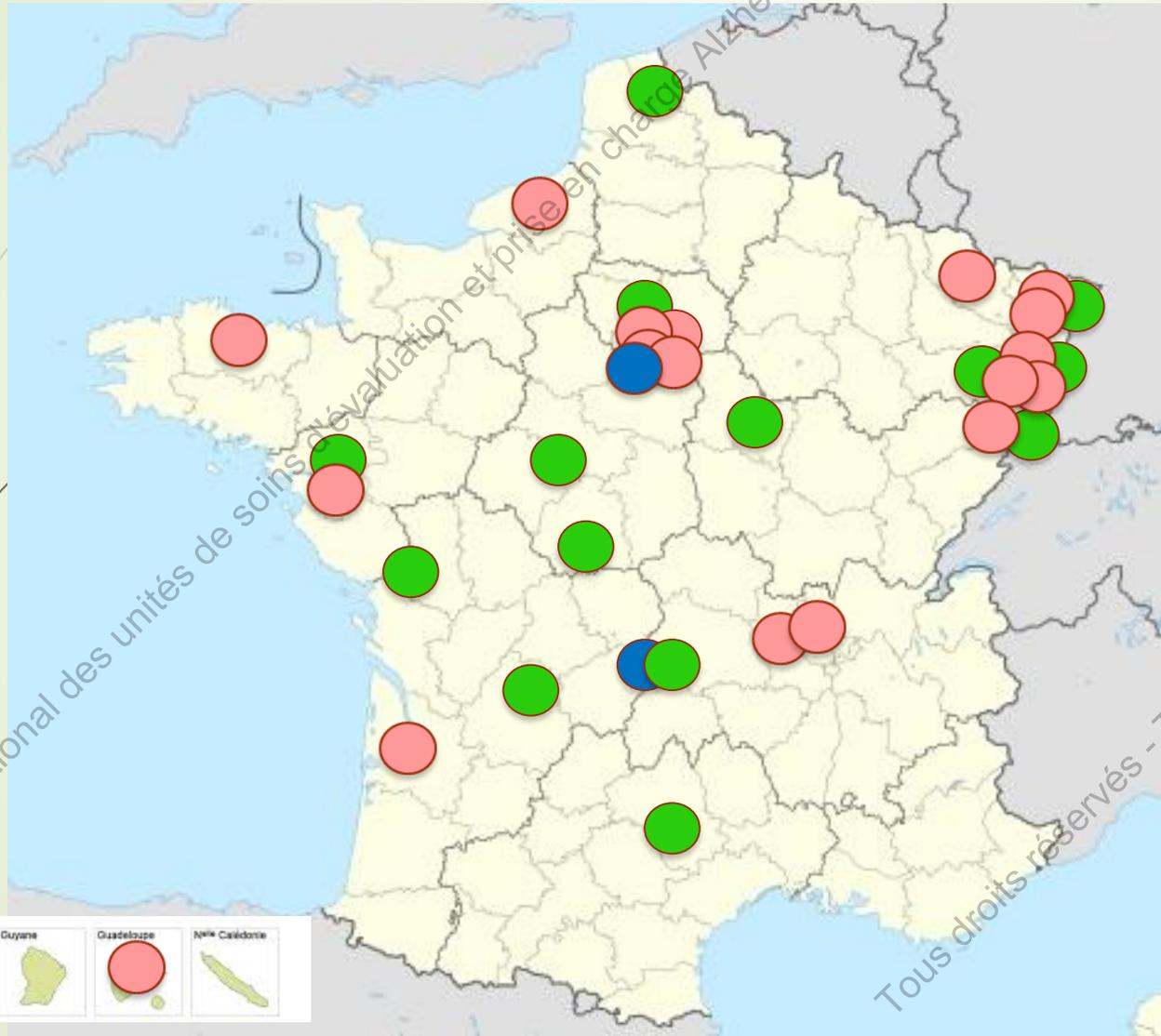
Enquête double adressée aux HDJ et UCC

Questionnaire

- sur les liens avec les autres structures,
- la perception de leur rôle dans la gestion des situations de crise,
- les adressages de patients d'une structure à l'autre
 - les intérêts et les limites

Focus sur les UCC

Liens UCC-HdJ: enquête auprès des HDJ et UCC



**15 UCC ou CS Alzheimer
30 HDJ**

16 MCO, 14 SSR, 259 places
respectivement 83 + 176,
en moy 5,2 pl/MCO, 12,6/SSR



UCC



Court Séjour Alzheimer



HDJ

Répartition géographique des UCC-CSA, HDJ ayant participé à l'enquête

2016 © Congrès National des unités de soins d'évaluation et prise en charge Alzheimer - Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle et strictement interdite

Enquête 2018 auprès des HDJ : Résultats

- **100% avec un MCO gériatrique** (60% en interne)
- 97% avec un SSR gériatrique (76% en interne)
- **73% avec une UCC (vs 53% en 2017)**, 68% en interne
- **37% avec un “court séjour Alzheimer”** (50% en interne)
- **80% avec une équipe mobile**
- **93% avec une CMP et/ou CMRR** (43% en interne)
- 64% avec une filière gériatrique (61% en interne)
- 57 avec un CLIC
- **87% avec une MAIA**
- **97% avec UHR et/ou UVP**
- **70% avec un réseau gériatrique** , 43% un réseau géronto-psy

**HDJ très intégrés et liens forts avec les structures gérant les crises
En intra et en extra-hospitalier
Des liens importants avec les UCC, et place du court séjour Alzheimer**

Adressage en HDJ pour prise en charge situation de crise ou à risque de crise

Pourcentage de patients adressés en HDJ dans le cadre de la prévention et la prise en charge de situations de crise ?
38,4%

- 16 réponses, 81% des HDJ MCO, Grande variabilité : 10 à 100%

➤ Principaux motifs d'adressage HDJ MCO

- **94%** Perte d'autonomie avec difficultés à domicile
- **87%** Troubles de l'humeur et/ou du comportement
- **62%** Aggravation rapide de troubles cognitifs
- 44% troubles de la marche et/ou de l'équilibre et /ou chutes à répétition

➤ Principaux motifs d'adressage SSR

- **92%** Perte d'autonomie avec difficultés à domicile
- **61%** Troubles de l'humeur et/ou du comportement
- 38% Aggravation rapide de troubles cognitifs
- 31% non acceptation de la maladie et/ou des aides
- 31% troubles de la marche et/ou de l'équilibre et /ou chutes à répétition
- 31% soutien des aidants

43,1% MG
27% Cs mémoire
8,9% hospi gériatrique
6,8% EMG
2% MAIA
1,6% Med Co

Adressage HDJ vers UCC ou court séjour Alzheimer

- **50% des HDJ MCO et 43% des HDJ SSR adressent des patients en UCC et/ou court séjour Alzheimer**
 - Par contre faible pourcentage de l'ensemble des séjours en HDJ :
 - **5% environ UCC,**
 - **10% en court séjour Alzheimer ou neuro-gériatrie**
 - **Profil des patients adressés par l'HDJ MCO ou SSR**
 - Troubles cognitifs modérés à sévères, le plus souvent documentés
 - Très largement en raison de troubles du comportement entraînant des situations de crise à domicile (y compris ehpad)
 - Épuisement des aidants entraînant une situation à risque au domicile
 - Décompensation d'une pathologie psychiatrique non diagnostiquée
 - Le plus souvent initialement adressés par le médecin généraliste à l'HDJ, mais aussi demande des familles et aidants non familiaux

Adressage des UCC ou Cs Alzheimer vers HDJ

- ▶ **13% des unités d'UCC ou court séjour Alzheimer adressent des patients en HDJ MCO au décours de l'hospitalisation**
 - ▶ Le pourcentage de patients est très variable mais faible : environ 5%
 - ▶ Patients ayant des troubles cognitifs sévères, pas toujours préalablement documentés
- ▶ **Adressage de patients vers HDJ SSR**
 - ▶ Au décours pour la première fois : environ 5%
 - ▶ Ou retour en HDJ SSR après une prise en charge initiale : environ 5%
 - ▶ Troubles cognitifs sévères
 - ▶ Troubles du comportement insuffisamment maîtrisés et soutien des aidants
 - ▶ Contrôle à distance du projet médico-psycho-social

Liens UCC-HdJ: la perception des HDJ

facteurs limitants

- **UCC difficile d'accès**
 - géographiquement
 - du fait de la saturation (pas de place, manque de réactivité)
 - du fait de difficultés pour les situations aiguës
- **Gériatrie aiguë**
 - difficile d'accès pour les moins de 70 ans et/ou troubles du comportement
 - Professionnels en gériatrie pas toujours (bien)formés en psycho-gériatrie
- **Limites de l'hospitalisation en psychiatrie** : accès et prise en charge
- **Emergence et Intérêt des unités aiguës (court séjour Alzheimer ou de neuro-gériatrie)** ayant
 - les caractéristiques architecturales des UCC avec sécurisation des accès
 - la réactivité et l'accès aux plateaux techniques nécessaires (problèmes somatiques)
 - mais pas toujours les moyens humains (nombre, formation) (cf pas de label)

Conclusion 1

- En dépit des grandes variabilités inter-centre, l'HDJ est considéré comme un lieu de prévention et de gestion des situations de crise
- Les EMG, MAIA, et médecins Co s'en servent peu, le MG et la consultation mémoire sont les principaux adresseurs
- **Il y a de liens très fréquents entre HDJ (MCO et SSR) et UCC, mais relativement peu d'adressage de patients**
- **Y a-t-il des différences dans la patientèle des 2 types d'unités ?**
 - Place de l'HDJ dans l'anticipation des situations de crises
 - Patients inscrits ou pas dans une filière de diagnostic et de prise en charge
 - Patients et aidants attachés à une prise en charge ambulatoire ou au contraire l'ayant dépassée
 - Patients à des stades différents (stade cognitif et/ou comportemental)
- **La capacité des UCC à répondre aux situations de crise est-elle trop limitée ?**
- **Emergence d'unités de court séjour Alzheimer**

Enquête auprès des UCC : Profils des unités et des patients

- **Capacité moyenne 11,5 lits**
- **Durée moyenne de séjour**
UCC: 51 jours (26 – 104) CS Alzheimer: 10,5 jours
- **MMSE**
MMSE moyen: 14 (7 unités – 558 patients)
% MMSE irréalisables: 37% (10 unités)
- **% admissions sans diagnostic: 12 %** (11 unités)
- **Accès plateaux techniques** (imagerie, EEG, bio): 100 %
Consultations spécialisées, accès centre recherche clinique

Intégration et filières

- Intégration dans une filière gériatrique: 93 %
- Liens avec les structures de la filière Alzheimer

CS Alzheimer	UHR	UVP	MAIA	Réseau gérontogique	Réseau géronto-psy	EMG	CMRR	CMP	HdJ	Autres
5	9	7	11	6	6	10	12	7	8	AdJ Plat. répit

- **62 % des UCC ont des liens avec un HdJ**
 - 75 % des HdJ sont situés dans le même CH
 - 50 % sont situés dans un CMRR
 - **Typologie des HdJ : MCO 100 % SSR 50 % Gérontopsy 25 %**

Adressage en UCC et prise en charge situation de crise ou à risque de crise

49% crises à domicile + 23% crises en EHPAD

Décompensation somatique	Troubles cognitifs	Décompensation autonomie	Décompensation état général	PEC comorbidité	Épuisement aidants
7,5	11	3	2,5	2	12,3

24 % adressés par Gériatre hospi classique
21,5% par Médecin traitant, 20% par Méd CO EHPAD

CS Mémoire	EMG	Neurologue	Psychiatre	Spécialiste autre	MAIA	réseaux	Services sociaux	Autres
10,5	4,75	1,5	2	2,5	4,5	1,2	0,7	9

Adressage HDJ vers UCC ou court séjour Alzheimer

➤ 100% des UCC ont reçu des patients adressés par l'HDJ

➤ mais faible pourcentage : **5,6** (1% - 20 %)

➤ Typologie des HdJ qui adressent:

MCO: 87,5 % SSR: 12,5 % Gériatopsy: 25 %

➤ Profil des patients adressés en majorité:

✓ Maladie d'Alzheimer: 78 %

✓ Démence fronto-temporale: 11 %

✓ Maladie avec corps de Lewy: 11 %

➤ 30 % connus d'une MAIA

Motifs d'adressage aux UCC par les HdJ

Décompensation des troubles cognitifs	87,5 %
Épuisement des aidants entraînant une situation à risque à domicile	62,5 % *
Prise en charge d'une pathologie somatique, cause possible ou probable de la décompensation	50 %
Troubles du comportement entraînant une situation de crise ou à risque de crise, au domicile	37,5 % *
Décompensation de l'autonomie et de l'activité motrice	25 %

Adressage des patients à l'HdJ à la fin de la PEC en UCC

- **62 %** des UCC ont adressé des patients à l'HdJ
- **2,8 %** des patients admis dans ces UCC (0,5 % – 15 %)
- Typologie des patients adressés: MA, DCL
- Motifs d'adressage

Suivi	50 %
Adaptation thérapeutique	25 %
Problématiques médico-sociales	12,5 %
Comorbidités justifiant d'une évaluation	12,5 %
Nécessité d'une rééducation et/ou d'une réadaptation	12,5 %
Troubles du comportement non maîtrisés	0 %
Établir un bilan diagnostique	0 %

Liens UCC-HdJ: la perception des UCC

Pensez-vous que ces liens avec l'HdJ devraient être renforcés ?

OUI 31 %

- Patient encore instable à suivre
- Réduire les hospitalisations en UCC
- Réduire le risque de sédation au domicile
- Suivi des recommandations, des PEC non médicamenteuses et des traitements instaurés en UCC

NON 69 %

- Filière déjà optimisée
- Absence d'HdJ dans le secteur
- Suivi en consultation mémoire ou CMRR
- **Nombreux patients en UCC ne relèvent plus d'une PEC en HdJ**

La perception des UCC

Selon leur expérience, la prise en charge en HdJ :

influence sur le maintien à domicile	77 %
évite des ré-hospitalisation dans l'unité	30 %
permet de diminuer la durée de l'hospitalisation en UCC	15 %

Freins dans l'utilisation de l'hôpital de jour comme moyen de prévention des décompensations comportementales ?

- Absence d'HdJ dans la filière
- HdJ ne disposant pas des compétences spécifiques
- Méconnaissance des structures spécialisées par le monde médical et médico-social
- Délai long de PEC en HdJ
- Opposition de certains patients à venir en HdJ

Conclusion 2

Le renforcement d'un partenariat HdJ –UCC dans la prévention et la gestion des crises pourrait sembler logique mais les freins sont nombreux

- Absence de structure disponible dans certains territoires (HdJ et/ou UCC)
- Délai de prise en charge parfois long (HdJ et UCC)
- Les patients admis en UCC sont souvent à un stade **avancé** de la maladie et restant instables, souvent institutionnalisés au décours ou en attente d'une entrée en institution, le retour à domicile n'étant plus envisageable:
 - **le rôle de recours de l'UCC est-il souvent utilisé trop tardivement ?**
- Place de l'HdJ (MCO-SSR) dans **la filière d'aval** reconnue (adaptation thérapeutique, suivi des recommandations et des aidants...) mais pertinence limitée et organisation difficile vu le profil des patients venant des UCC
- Place majeure de l'HdJ **en amont** dans la prévention et la gestion des crises (PEC binôme patient-aidant), et le bilan étiologique des états démentiels

Hôpitaux de jour

Remerciements

UCC/Cs Alzheimer

PASDELOUP Isabelle, Tréguier (22)
AH SOUNE Marie-Françoise, Gradignan (33)
TERRAT Catherine, St Etienne (42)
YVAIN Fabienne, St Nazaire (44)
RETTEL Sophie, Thionville (57)
MARTIN-HUNYADI Catherine, Strasbourg (67)
ASTIER Christine, Strasbourg (67)
MICHEI Jean-Marc, Colmar (68)
DERAJINSKI Anna, Mulhouse (68)
WYMANN Alette, Ribeauvillé (68)
VERNAUDON Julien, Lyon (69)
GREFFARD Sandrine, Paris (75)
VOLPE—GILLOT Lisette, Paris (75)
LEVASSEUR Caroline, Roen (76)
KUNDIG Brigitte et PETIT-JEAN Marie-Pierre, Bavilliers (90)
GALBRUN Evelyne, Draveil (91)
GUIDEZ Louis, Champcueil (91)
CHIMONT-TIBOUT Isabelle, Basse Terre (97)

BERNARD-BOURZEIX Laurence, Limoges
DUMAS Eric, Périgueux
GOURDEAU_NAUCHE Florence, Brive
LALWANI-BENABID Djamilia , Mulhouse
LEBERT Florence, Bailleul
MOUGUE-NGADEU Louisa, Sens
PERISSE Jérémie, Strasbourg
PHILIBERT Bénédicte, La Roche/Yon
POCARD Bruno, Epinal
RIPAULT-CESBRON Héliette, Tours
SAIDLITZ Pascal, Toulouse
SAHEL Caroline, Nantes
VOLPE-GILLOT Lisette PISSAREVA Iana , Paris
WENDLING Catherine, Colmar