



# Les particularités de la prise en charge de la Maladie d'Alzheimer dans les unités spécialisées

[olivier.drunat@brt.aphp.fr](mailto:olivier.drunat@brt.aphp.fr)

# Avant propos

- Unité hospitalière
- Donnée PMND 2018 (V2)
- Révision 2019 du cahier des charges des UCC

2019 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et prise en charge  
réservés - Toute reproduction même partielle est strictement interdite

# LES UNITES DE SOINS ALZHEIMER

1991 : Initialisation d'une étude par le National Institute on Aging / NIH afin de préciser l'état des lieux des « *SPECIAL CARE UNITS* »

Définition d'une typologie des SCU

GOLD DT et al, *The Gerontologist*, 1991 ; 31 : 467- 75 / cinq critères

# LES UNITES DE SOINS ALZHEIMER

## LES 5 CRITERES

### . LA POPULATION

Ne concerne que des malades affectés par la maladie d'Alzheimer, les démences apparentées et les démences vasculaires.

### . L'ARCHITECTURE

Eviter les « fugues » et les accidents

Autoriser les déambulations

Favoriser le confort des malades (couleur, éclairage, acoustique...).

# LES UNITES DE SOINS ALZHEIMER

## . LES PROFESSIONNELS

Personnel formé et spécialisé  
Appétant et compétent

## . LES FAMILLES

Informées et formées  
Associées aux fonctionnements de l'unité

## . LE PROJET DE SOINS

Spécifique  
Selon les bonnes pratiques cliniques

# Unité Cognitivo-Comportementale

2019 © Congrès National des unités de soins d'évaluation et prise en charge  
réservés - Toute reproduction même partielle est strictement interdite

# Contexte de création

## Le troisième plan Alzheimer 2008-2012

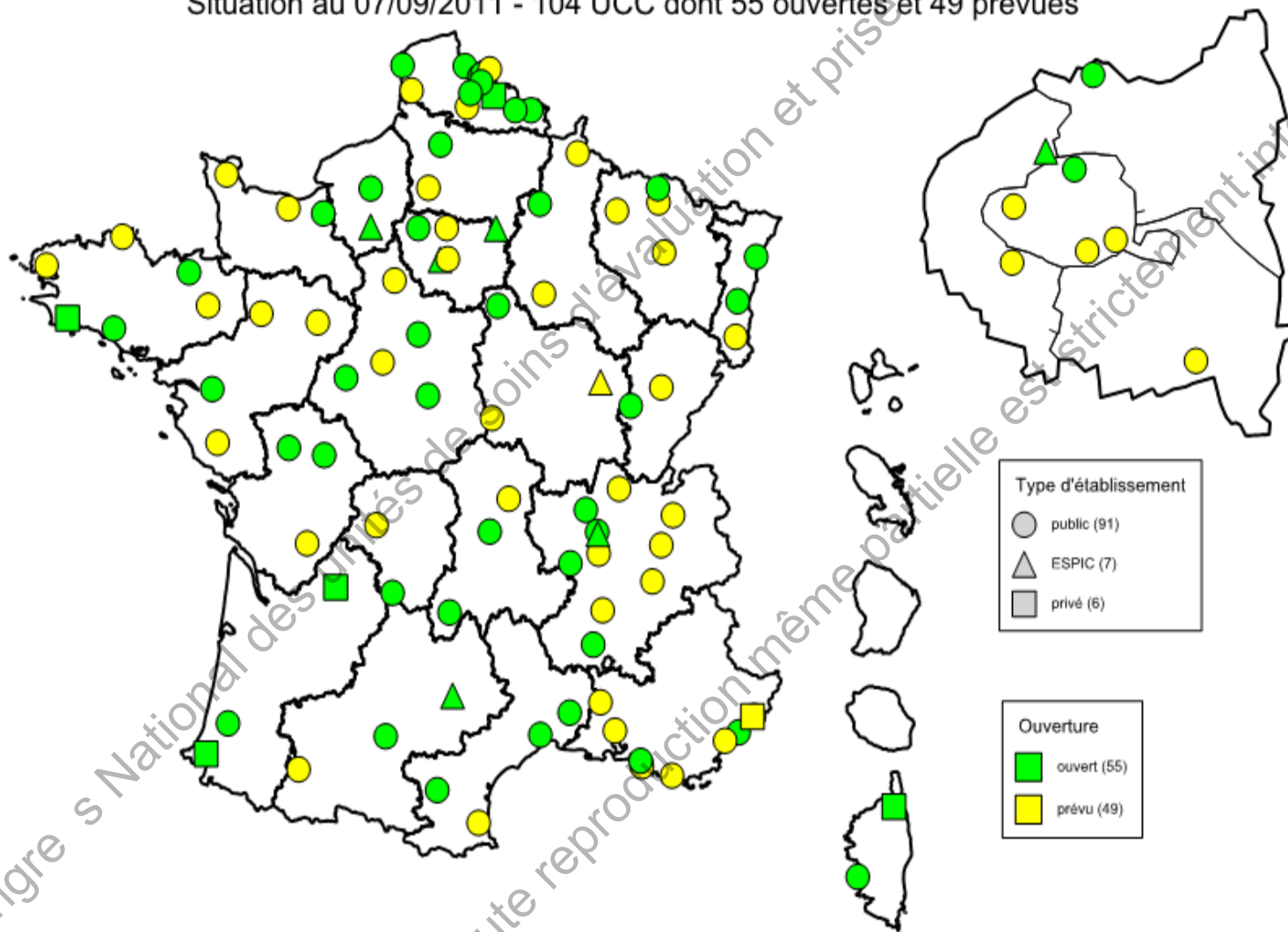
- « Axe d'amélioration de l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée »
- Mesure 17 : Identifier au sein des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) existants des unités de réhabilitation cognitivo-comportementale

Objectif : « 120 structures sur trois ans »

Réalisation 55 en 2011, 72 en 2013, 109 en 2016 et 134 en 2018 (sur 143 autorisées)

# Plan Alzheimer - Unités Cognitivo-Comportementales (UCC)

Situation au 07/09/2011 - 104 UCC dont 55 ouvertes et 49 prévues



Source : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé / DGOS R4 & USID 2011



# Cahier des charges de l'UCC

- SSR spécialisé pour des patients présentant des troubles du comportement productifs dans le cadre d'une Maladie d'Alzheimer ou une Maladie Apparentée (MAMA)
- Unité identifiée de 10 à 12 lits
- Sont définis les critères d'orientation, la nature des soins, les ressources humaines et les considérations architecturales et matérielles
- Structure appelée à développer les connaissances et à **générer ses propres référentiels**

# Architecture

- Enquête par Ministère PMND du 13 sept au 28 oct 2018
- Réponse par 60 % des UUC
- Le recensement n'est pas simple
- Beaucoup de changements (turn over des personnels / fermeture !)

# Etat des lieux

- La grande majorité des UCC sont en CH général (qq CHU et SSR privés)
- Les 2/3 ont été créés depuis un SSR gériatrique
- 86 % sont inscrites dans une filière gériatrique
- 79 % sans lien formalisé avec la psychiatrie (le plus souvent un psychiatre référent consultant)
- 25 % sans aucun lien formalisé y compris UHR ou EHPAD

*Enquête 2018 par Ministère PMND du 13 IX au 28 X 2018: 60 % de réponses exploitées*

# Architecture

	Chambres individuelles exclusives	Chambre d'apaisement	salle ergothérapie- cuisine thérapeutique	Salle de vie ou espace de convivialité	Accès à un espace extérieur (jardin, terrasse)	salle multi-dimensionnelle	Balnéothérapie	Dispositifs techniques et de contrôle des accès	Autres
vide	4	4	4	4	4	4	4	4	4
non	13	57	20	0	12	31	66	3	42
oui	73	29	66	86	74	55	20	83	44

Plusieurs UCC semblent manquer d'une part significative des aménagements. Quand existent des aménagements complémentaires, ils sont en majorité orientés vers la « sécurité ».

# Patientelle

- 54 % de femme
- 75 % de patients ont plus de 75 ans
- 44 % proviennent du domicile avec aidant
- Motif entrée: SCPD 86 % (1/3 aigu et 2/3 chronique)
- Délai d'attente: 11,5 jours (principal motif de refus admission: pas de place)
- DMS: 40,85 + 16,6 jours
- 44 % des sorties vers les EHPAD

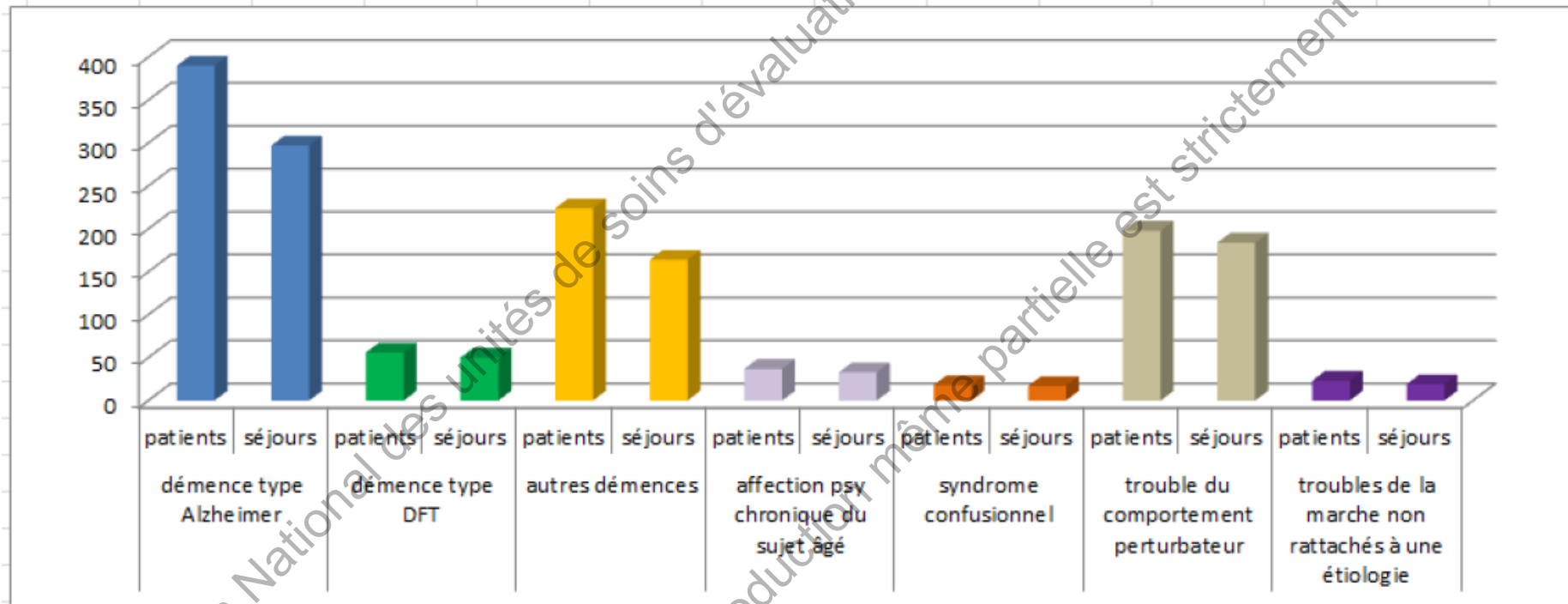
# Evaluation métrique

## Les échelles

Aucune échelle n'a été imposée afin de ne pas bloquer les UCC dans la poursuite de l'enquête. Les réponses les plus nombreuses concernent MMSE et NPI ES.

	MMSE moyen	MNA moyen	NPI famille moyen	NPI ES (équipe soignante)	IADL	Echelle Cohen Mansfield
nbval	75	22	17	62	29	11
moyenne	10,45	14,39	36,94	33,39	4,00	62,57
médiane	10	17,235	44	34,25	2,5	49
écart type	3,60	6,93	20,36	14,57	5,75	49,82

# Répartition par pathologie des personnes présentes le jour de l'enquête



En ordonnée : nombre de patients et nombre de séjours

# Objectifs de prise en charge

Le décompte s'applique aux personnes présentes le jour de l'enquête. Il était demandé de ne compter chaque personne présente qu'une fois.

Trois motifs sont plus présents : gestion d'une situation de crise, amélioration du comportement et attente d'une place en institution.

	gest. sit de crise	amélior du comportt	bilan diag	rééval thérapeutique	pathol aigue	répit aidants	orga devenir	indiv institut.	attente place	rééval	autre
nbval	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	74
total	197	254	39	121	38	58	62	54	178	69	13
%	18,2	23,5	3,6	11,2	3,5	5,4	5,7	5,0	16,4	6,4	1,2



# Adressage

Quatre modes d'adressage sont plus fréquents :

- court séjour gériatrique (mutation du même établissement)
- EHPAD
- médecin généraliste
- MCO d'un autre établissement

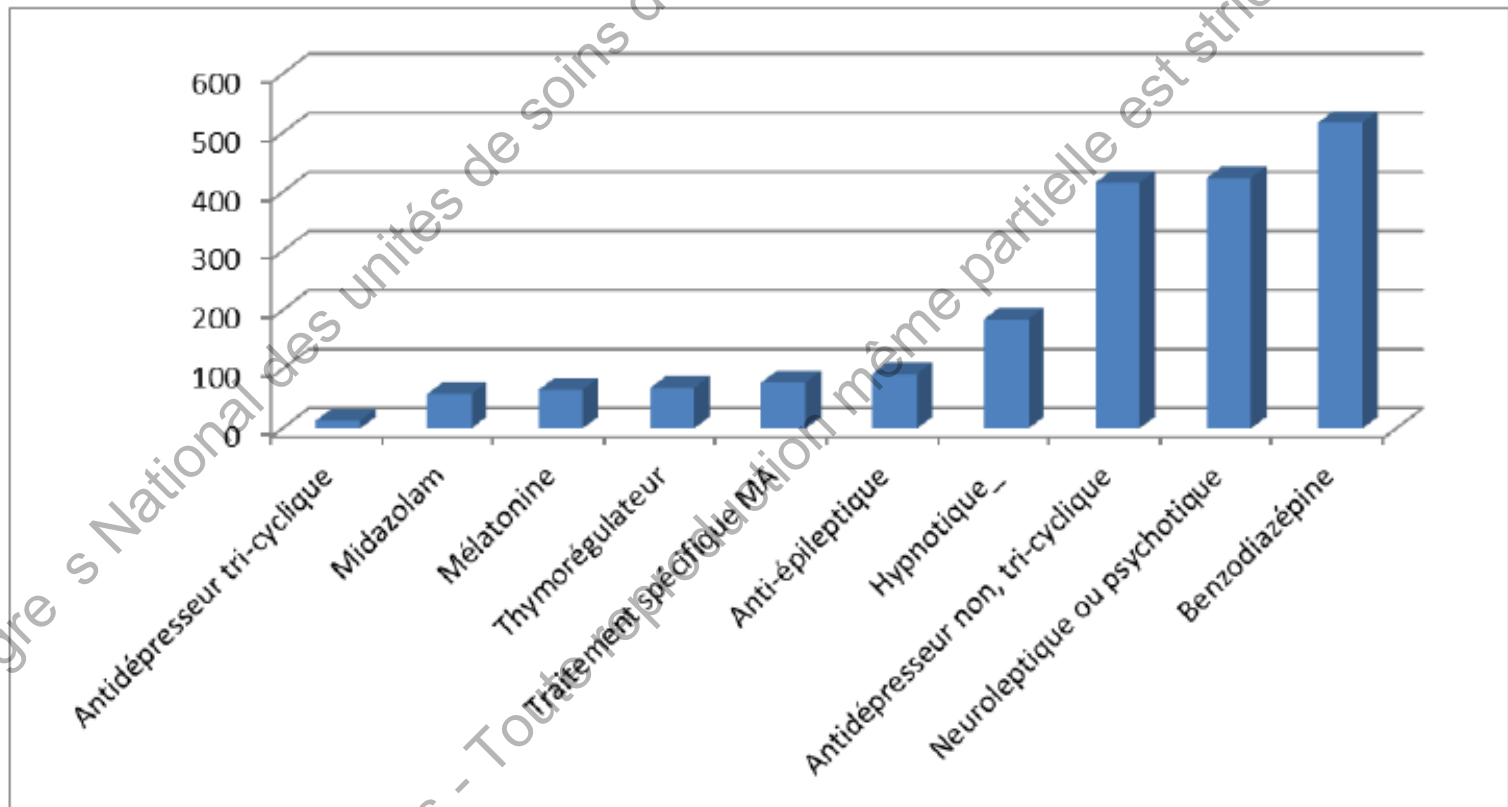
	SCSG_MME	SCSG_AE	MCO_A	SSR_AUTRE_QUE_UCC	CM_CMRR	MG	EHPAD	EMG	EMGP	SP	RS	G_MAJA	Autre
nbval	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
total	179	84	99	80	34	125	143	12	6	28	5	24	28
% total	21,13	9,92	11,69	9,45	4,01	14,76	16,88	1,42	0,71	3,31	0,59	2,83	3,31

On observe toutefois une hétérogénéité des modes d'adressage. Ainsi par exemple, le court séjour gériatrique issu du même établissement est à zéro dans nombre d'UCC dont le rattachement ne permet pas de l'envisager mais peut atteindre des pourcentages élevés quand il est présent :

# Médicament

Les données concernent les personnes présentes le jour de l'enquête. Plusieurs réponses sont possibles pour une même personne. Pour chacune des spécialités prescrites, on distingue avec/sans révision

Les spécialités les plus prescrites sont les anti-dépresseurs non tri-cycliques, les neuroleptiques et psychotiques et les benzodiazépines :



En ordonnée : nombre de personnes recevant le traitement

# Enquête groupe UCC - SFGG

- 34 UCC répondantes (80 % de gériatres, 16 % de neurologues et 12 % des psychiatres)
- Dépression
  - ISRS dans 70 % des cas citalopram, escitalopram puis sertraline
  - Miansérine et mirtazapine dans 20 % (70 % en deuxième intention)
- Hallucination / délire
  - Risperidone 56 %
  - Quetiapine 12 %
  - Olanzapine 9 %
- Anxiété:
  - Oxazépam 88 %
  - Alprazolam 39 %

# Enquête groupe UCC - SFGG

## – Agitation

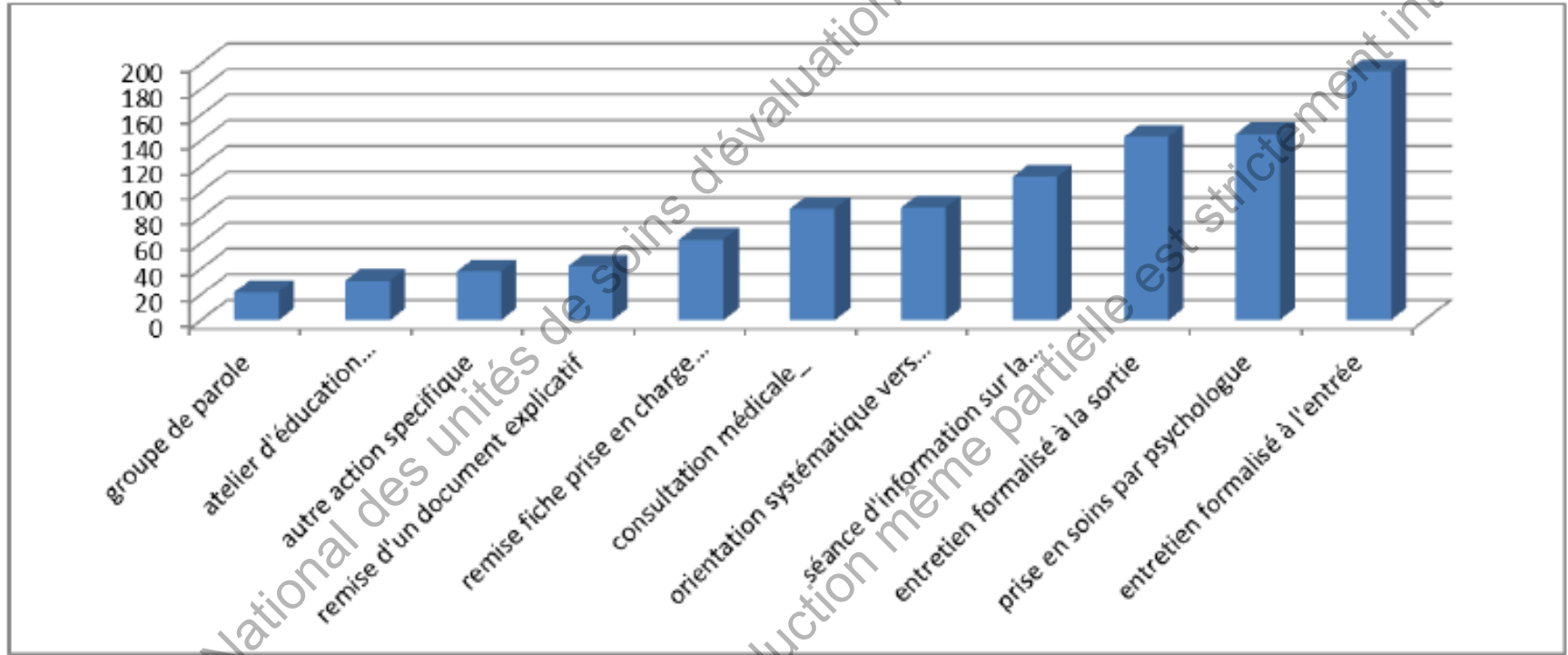
- Oxazepam 40 %
- Midazolam 15 %
- pas de consensus
- Pas de protocole dans 59 % des unités

## – Désinhibition sexuelle

- ISRS dans 50 %
- Hormonothérapie 14 %
- Normo thymique 8 %

## – En dehors des gros centres, un seul médecin prescripteur avec un nuancier très restreint en nombre et dose de molécules.

# Aidants



Enquête 2018 par Ministère PMND du 13 IX au 28 X 2018: 60 % de réponses exploitées

# Evolution souhaitable du cahier des charges

- Formalisation des liens avec la psychiatrie / PPA
- Besoin d'aval spécialisé sous peine de longues DMS
- Besoin d'amont spécialisé car UCC = SSR
- Des locaux adaptés pour les approches non médicamenteuses et pas exclusivement sécuritaire
- Du personnel formé et en nombre suffisant (soins relationnels +++)

# Conclusion

- Des structures difficiles à piloter
- Un soin hyperspécialisé / soin relationnel
- Une inscription dans un parcours de soins
- Le besoin urgent d'une **COORDINATION**

# Enquête KALIUC

L'objectif général de cette étude qualitative est de mieux connaître ce nouveau maillon, de comprendre son apport mais aussi ses limites du point de vue des usagers, de leurs entourages et des professionnels.

- 1) Recueillir le regard des professionnels de l'UCC en termes d'intérêt au travail, de moyens matériels et thérapeutiques mis à disposition.
- 2) Recueillir le point de vue des usagers et de leur famille : quelle est leur satisfaction vis-à-vis de l'état de santé de leur proche après son hospitalisation ?



# IMPACTUCC (RNI)

## Objectif principal

Comparer le taux de ré-hospitalisations en rapport avec un trouble du comportement perturbateur à 3 et 6 mois entre des patients ayant bénéficié d'une prise en soins en UCC et ceux ayant bénéficié d'une prise en soins en Unité de Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique (SSR gériatrique)