

CONGRÈS
NATIONAL 2023

DES UNITÉS DE SOINS, D'ÉVALUATION
ET DE PRISE EN CHARGE*

Alzheimer



Palais des Congrès
d'Issy -les -Moulineaux



**13/14
DEC
2023**

Qu'avons nous appris des UOC ?

Olivier DRUNAT

Je n'ai pas de lien d'intérêt potentiel à déclarer

Plan

- Cahier des charges 2008
- Des enquêtes - études
- Perspectives d'évolution / nouveau cahier des charges

Mesure n°17: création d'unités spécialisées au sein des services de SSR, pour malades atteints d'Alzheimer

Contexte et enjeux

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

Assurer la continuité des soins en facilitant l'accès à la filière hospitalière dans tous les cas où une hospitalisation est nécessaire.

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)
- Orientation faite par un médecin de ville ou un médecin responsable du service de court séjour après la réalisation d'un bilan médical approprié

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

Ressources humaines

« En plus des personnels habituels de l'unité SSR, il faut des professionnels dédiés et spécifiques du soin et de l'accompagnement » avec :

- médecin expérimenté ou formé en réhabilitation cognitivo-comportementale,
- psychologue,
- professionnels de rééducation (ergothérapeute, psychomotricien)
- assistants de gérontologie (AG)

L'intervention d'autres professionnels est cependant souhaitable : orthophoniste, diététicien, musicothérapeute...

Considérations architecturales et matérielles

unité intégrée ou juxtaposée avec un SSR gériatrique ou polyvalent

- plateau technique de réadaptation aux actes de la vie courante adapté aux activités thérapeutiques et plateau de réhabilitation cognitive
- accès à des plateaux techniques d'exploration et de rééducation spécialisés
- chambres à un lit
- espace de déambulation
- environnement sécurisé et rassurant
- lieu commun de vie sociale et d'activité

Cahier des charges de l'UCC

- 120 UCC (66 M€ de fonctionnement et 24 d'investissement sur 5 ans)
- Structure appelée à développer les connaissances et à générer ses propres référentiels (C. Balandier, Benoit Lavallart)

Plan

Synthèse

Enquête SFGG et DGOS mai à juin 2011 (43 réponses sur 55 UCC) *

Enquêtes nationales DGOS-SFGG mai à juin 2012 (72 UCC, exhaustivité)
et 13 septembre au 22 octobre 2018 (80 réponses pour 120 UCC)

Etudes KALIUCC – Fondation Médéric Alzheimer et Géronde'IF janvier
2021

* M. Noblet-Dick et al, *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2013

Profil des patients

- Âge:
 - de 40 à 103 ans
 - 81 % des patients ont plus de 75 ans (35 % plus de 85 ans)
 - 5 % de patients de moins de 65 ans
- Sexe 60 % de femmes
- Un tiers des patients est adressé par un médecin généraliste

Adressage des patients

L'adressage

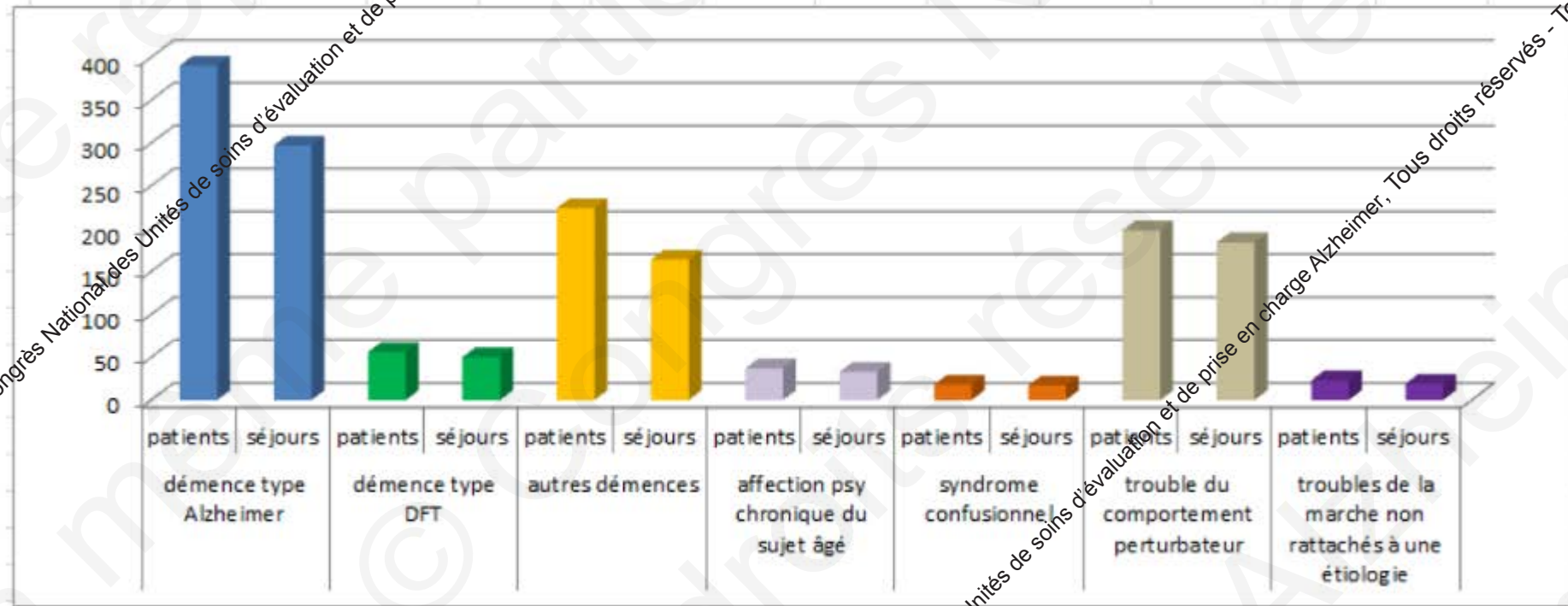
Quatre modes d'adressage sont plus fréquents :

- 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	Autre
n total	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
total	179	84	99	80	34	125	143	12	6	28	24	28
% total	21,13	9,92	11,69	9,45	4,01	14,76	16,88	1,42	0,71	3,31	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 :

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

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 a idants	orga devenir	indic institut.	soins d'évaluation et de prise en charge	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

Autres caractéristiques des patients présents

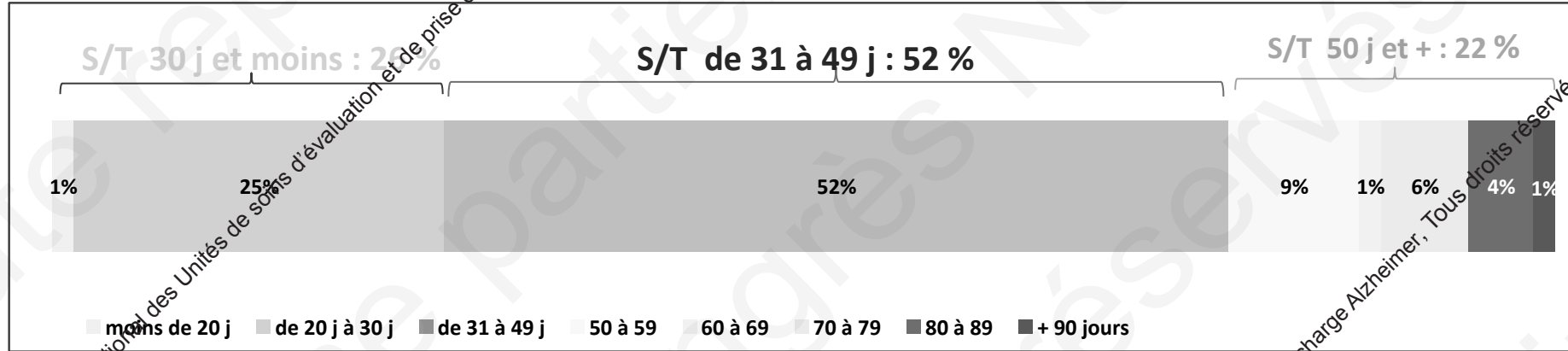
Les échelles

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

Durée de séjour

• Base : 69 ucc



1 jour

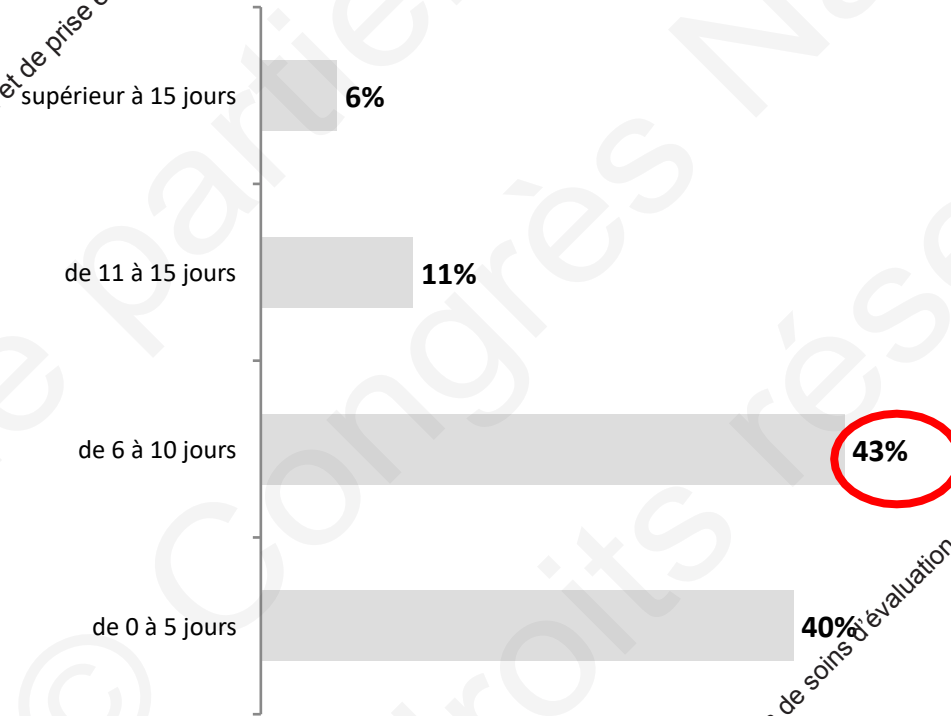
sejour
le
plus
court

560 jours

sejour
le
plus
long

Délai moyen entre la demande et l'admission

• Base : 53 ucc

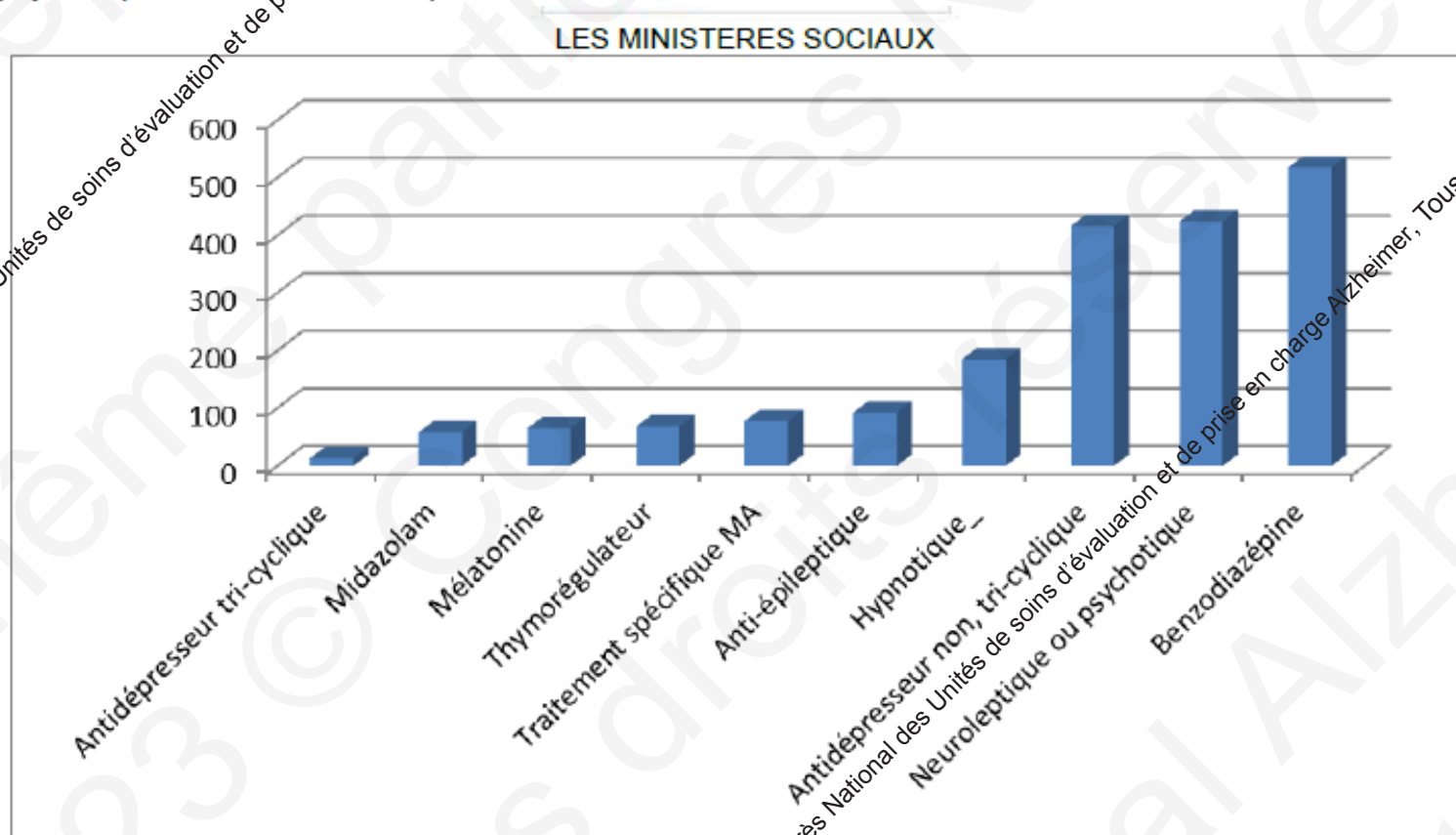


Délai moyen : 7,60 jours

Les traitements

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 :

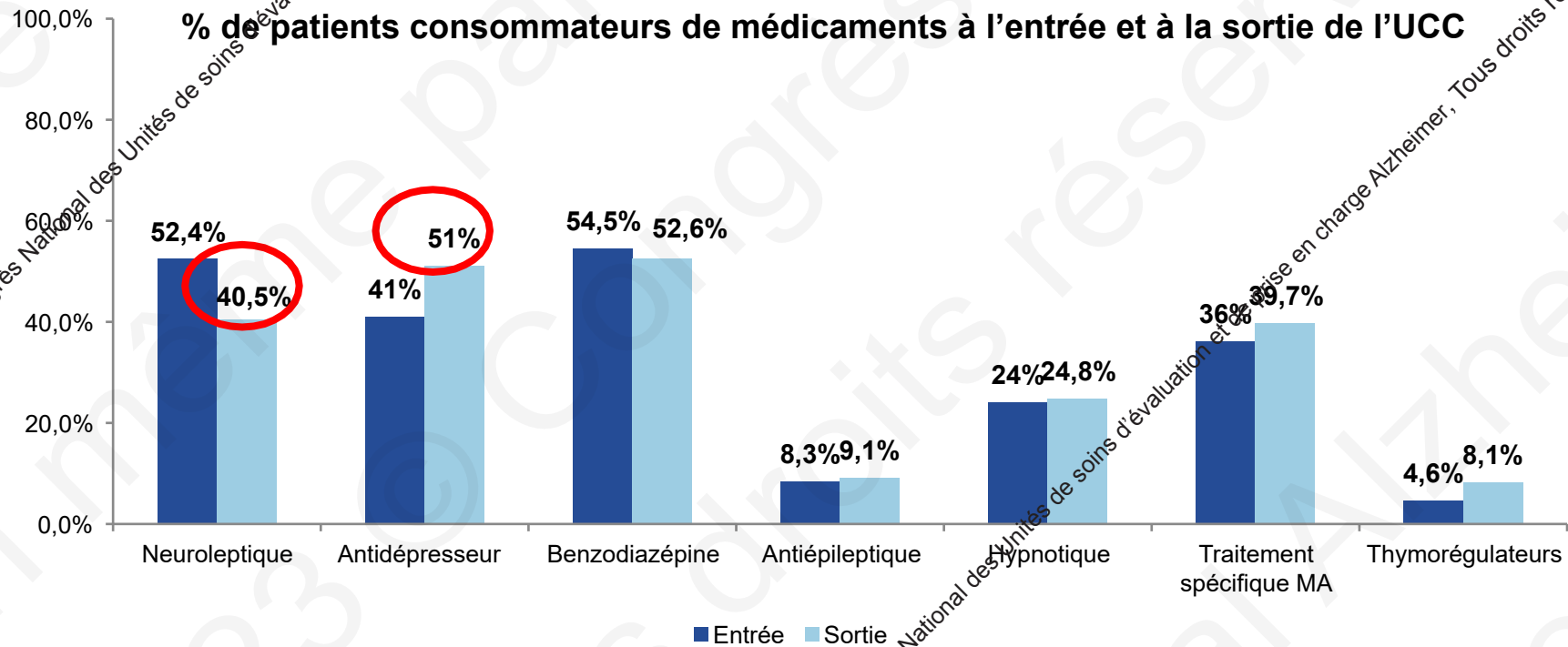


En ordonnée : nombre de personnes recevant le traitement

Evolution des traitements entrée / sortie

La consommation moyenne de médicaments par patient est identique à l'entrée et à la sortie, soit **2 médicaments/patient**.

La **répartition des médicaments à l'entrée et à la sortie est différente**.



52,4% des patients prenaient des neuroleptiques à l'entrée, 40,5 % en prennent à la sortie

Les traitements non médicamenteux les plus pratiqués



Gym - Psychomotricité
Kinésithérapie
Ergothérapie
Orthophonie
18%

Stimulation sensorielle
Relaxation / Snozelen
/lumphothérapie
17%

Stimulation cognitive
13%

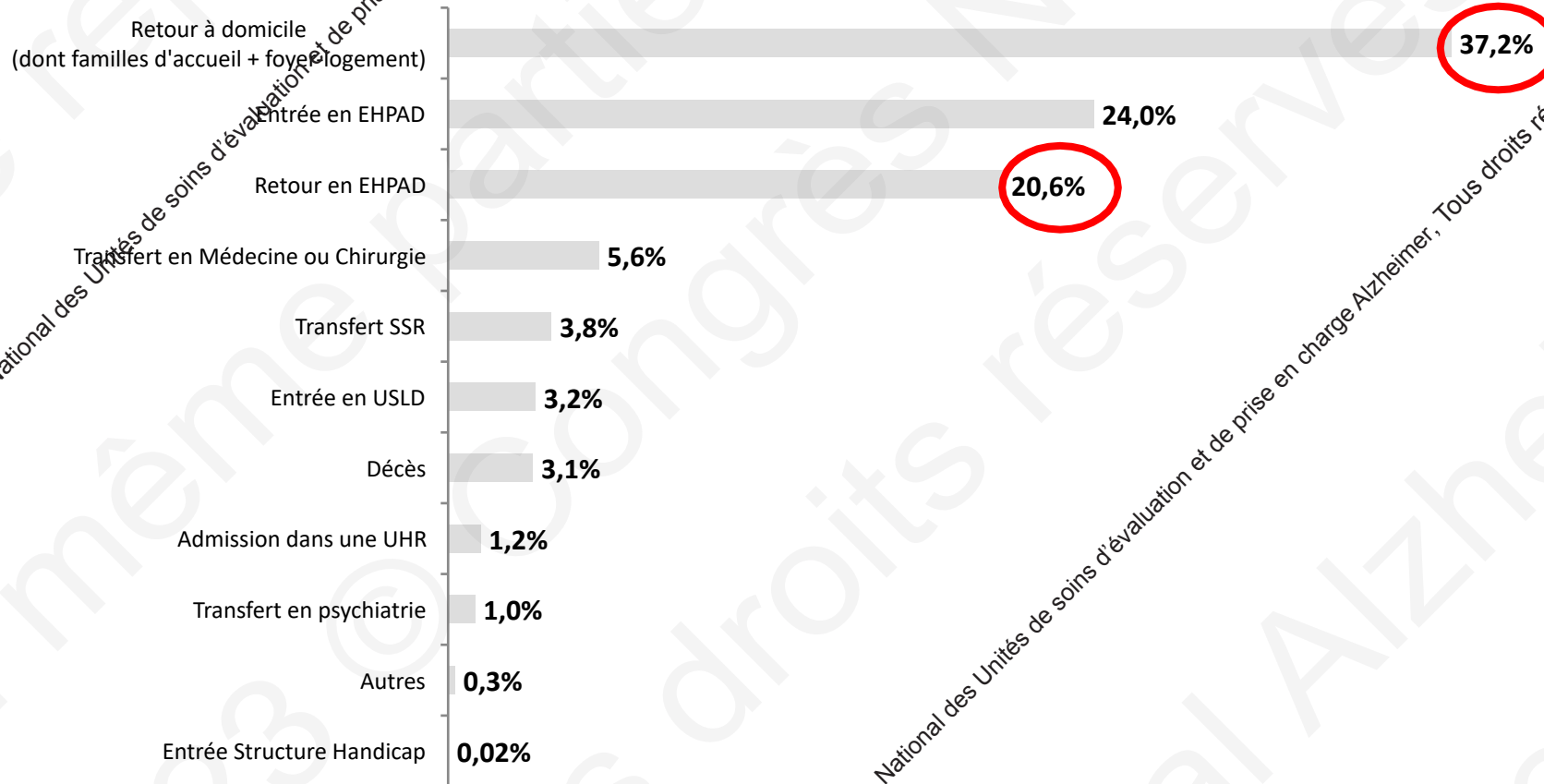
Art thérapie / Activités
manuelles / jeux /
théâtre / peinture
13%

2023 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute repr
2023 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute repr

Destinations à la sortie

• Données 2012 (67 ucc)

58 % des patients retournent à domicile



Autres : urgences, sortie contre avis médical...

Suivis formalisés après la sortie

68,6 % des UCC assurent un suivi formalisé du patient après son séjour par téléphone ou/et consultation

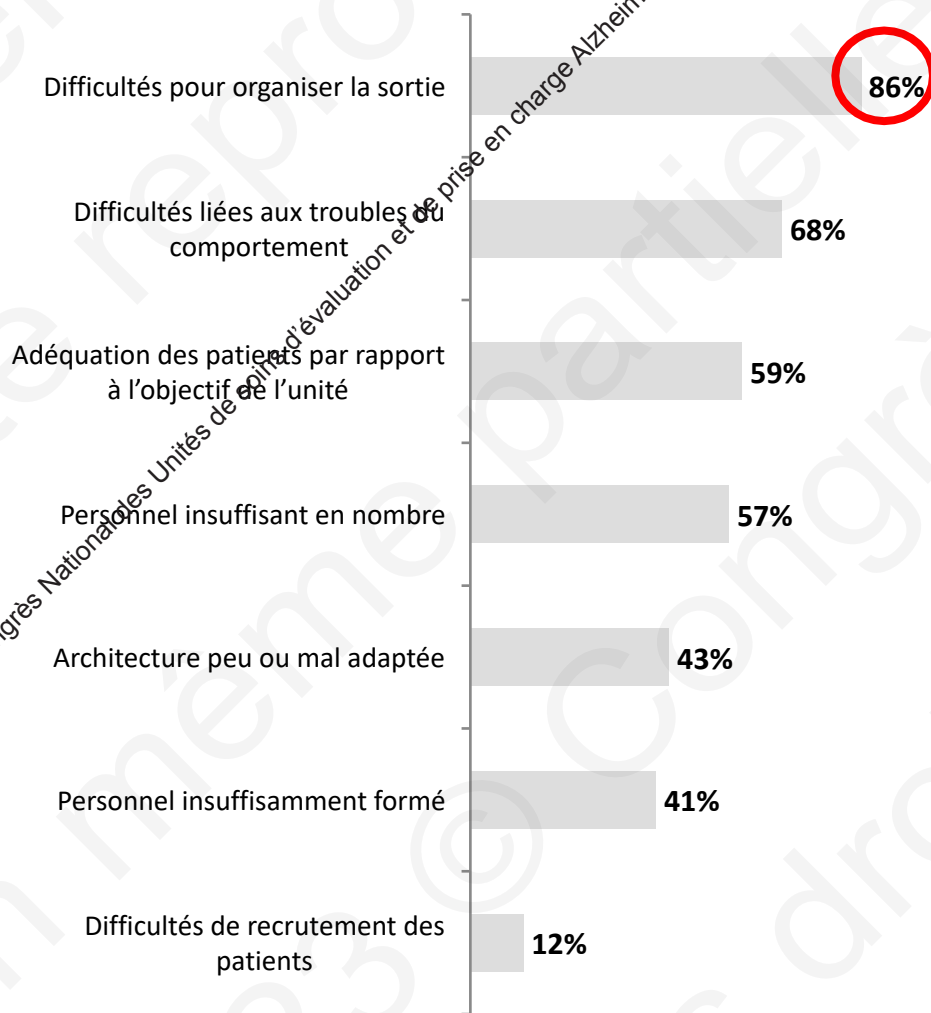
S/T : 48 ucc



Taux de réponse supérieur à 100% car plusieurs réponses possibles

DIFFICULTES RENCONTREES

Base : 69 ucc



Les structures
Absence de filière gériatrique et Alzheimer.
Absence de géronto psy (bassin St Malo)
Consultation Mémoire saturée.
Architecture inadaptée
Chambres doubles
Manque de moyens fonctionnels pour développer des activités

Les patients
Les - 60 ans : démarches administratives longues, difficultés de placement (pb financiers pour la famille, et trouver les structures d'accueil)
Demande d'admission induite de patients psychiatriques
Isolement social de certains patients

Les personnels
Manque de financement pour les formations,
Stabilité des équipes médicales et para-médicales,
Gestion de la violence physique et verbale difficile pour les équipes au long cours épuisement

2023 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute repr

Nombre et type de professionnels

Difficultés

- pénibilité ressentie
- charge émotionnelle
- risques liés aux troubles du comportement
(agressivité verbale, physique...)
- Manque de reconnaissance

Plan

Perspectives d'évolution

144 UCC

Cahier des charges décret n°2022-25 du 11 janvier 2022 / SMR

Labélisation des structures en 2024

Perspectives d'évolution

- L'UCC réalise le bilan de la crise de troubles productifs et la traite
 - Projet de soin individualisé (Med et ANM)
 - Mise en œuvre et réévaluation par équipe pluri disciplinaire
- Soutenir psychologiquement les familles, assurer l'éducation des aidants, transmettre des stratégies de prévention des troubles, orientation vers les structures d'aide
- Maintenir le bénéfice de la réadaptation en préparant la sortie
- Appuyer les professionnels de la ville par un accès à l'expertise des troubles psycho-comportementaux liés à ces pathologies.

Perspectives d'évolution- points clés

1/ Intégrer pleinement les UCC dans les SMR en affirmant leurs spécificités

- SMR gériatrique

- Organisation ayant pour « cible minimale 2h/j de réadaptation/ activités thérapeutiques adaptée à l'état des patients mais en prenant en compte notamment de la phase initiale pour les situations non stabilisées ».

- Pas de répit

Perspectives d'évolution- points clés

2/ Assurer une qualité de prise en charge: projet d'unité spécifique

- volet médical, soignant, architectural,
- réadaptation adaptée et individualisée, protocolisée, avec plusieurs interventions non médicamenteuses réalisées par différents intervenants
- 10 à 12 lits (max 15) – deux UCC possibles pour certains centres
- Environnement sécurisé et sécurisant
- Possibilité d'accueil adapté pour les patients MAMA jeunes
- Analyses des pratiques et réflexion éthique
- Prévention épuisement et risques psycho-sociaux (temps d'échanges et formation)

Perspectives d'évolution- points clés

3/ Fluidifier les parcours en sortie d'UCC avec des partenariats opérationnels

- télémédecine
- Consultation de suivie ADJ
- Equipe Mobile UCC
- Orientation au sein des filières existantes

4/ Reconnaître sur les territoires leur expertise de 3eme ligne sur les troubles psycho-comportementaux en appui des consultations mémoire et des appuis gériatriques

- Formation avec accueil des internes G, P, N
- Contribution à la recherche

5/ Intégrer les UCC dans un travail collaboratif sur le territoire avec:

- Les acteurs du parcours Alzheimer
- Les filières gériatriques et l'offre de neurologie et de **psychiatrie notamment de la personne**

âgée.

Conclusion

- De soins très spécialisés / besoin de reconnaissance
- En répondant à une demande par des unités de SSR, puis en aval par l'UHR, apparaît le besoin en amont d'un MCO CC.
- La création des UCC a été la première pierre de la construction d'une filière cognitivo-comportementale voire d'une spécialité