

Comment améliorer le parcours du patient porteur de symptômes psychologiques et comportementaux ?

T. Voisin

Neuro-gériatre

CHU Toulouse



Speaker's name : Thierry VOISIN, Toulouse

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

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

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

Amélioration: quels objectifs?

- Proposer un parcours tel qu'il peut exister aujourd'hui mais au plus grand nombre
- Proposer un parcours adapté aux patients jeunes et aux patients âgés
- Faire connaître les actions et les structures existantes
- Eviter si possible le recours aux hospitalisations
- Pouvoir orienter au mieux au sein de la « filière comportementale »
- Prévenir les ruptures de parcours
- Développer de nouvelles actions ou de nouvelles structures pour compléter la « filière comportementale » existante
- Favoriser le maintien à domicile
- ...

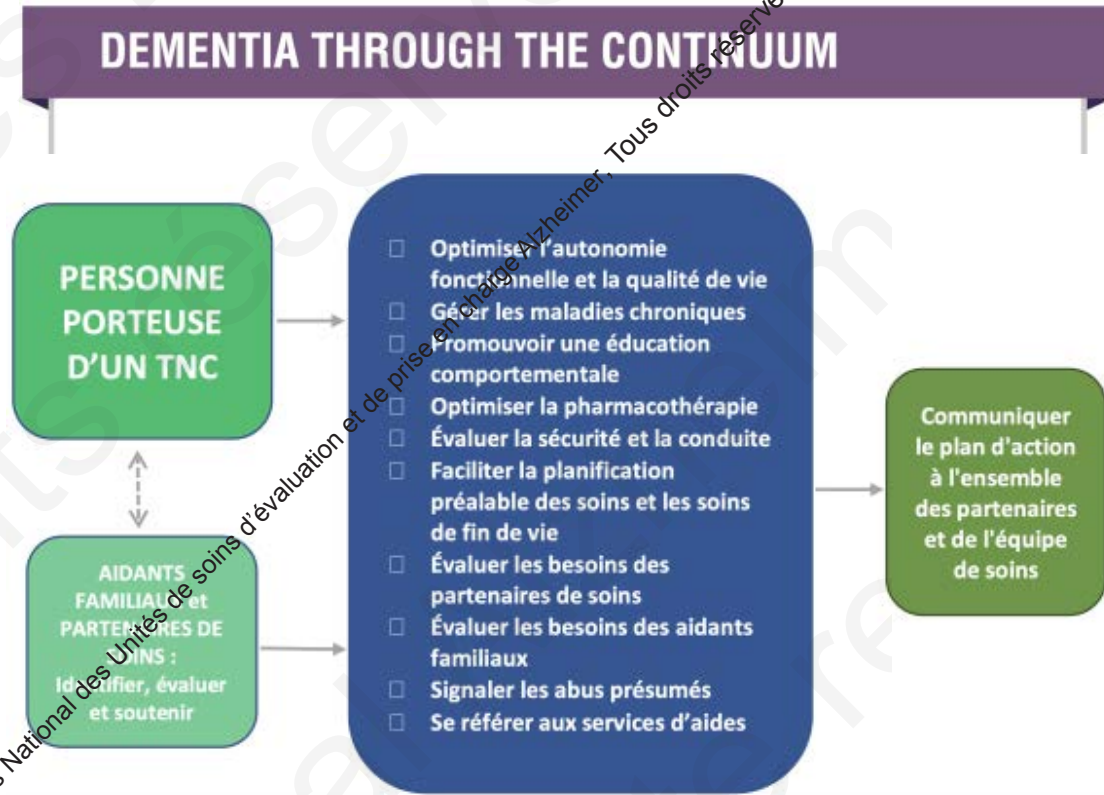
Plusieurs axes d'amélioration

- Action plus précoce sur les SPC dès le diagnostic et à chaque étape du parcours de soins ou de prise en charge
- Améliorer le parcours concernant les dispositifs existants
- Développer des actions, des organisations, ... pour améliorer le parcours
- ...

Action plus précoce dès le diagnostic
et chaque étape du parcours de soins
ou de prise en charge

La prise en charge des symptômes psychocomportementaux: fait partie intégrante du projet de soins global

- Difficile de séparer l'accompagnement global de celui des symptômes psychocomportementaux.
- Il s'agit de repérer les facteurs prédisposants (contextuels) et les facteurs précipitants pouvant jouer un rôle dans la survenue des SPC.
- Patient
- Aidant
- Environnement

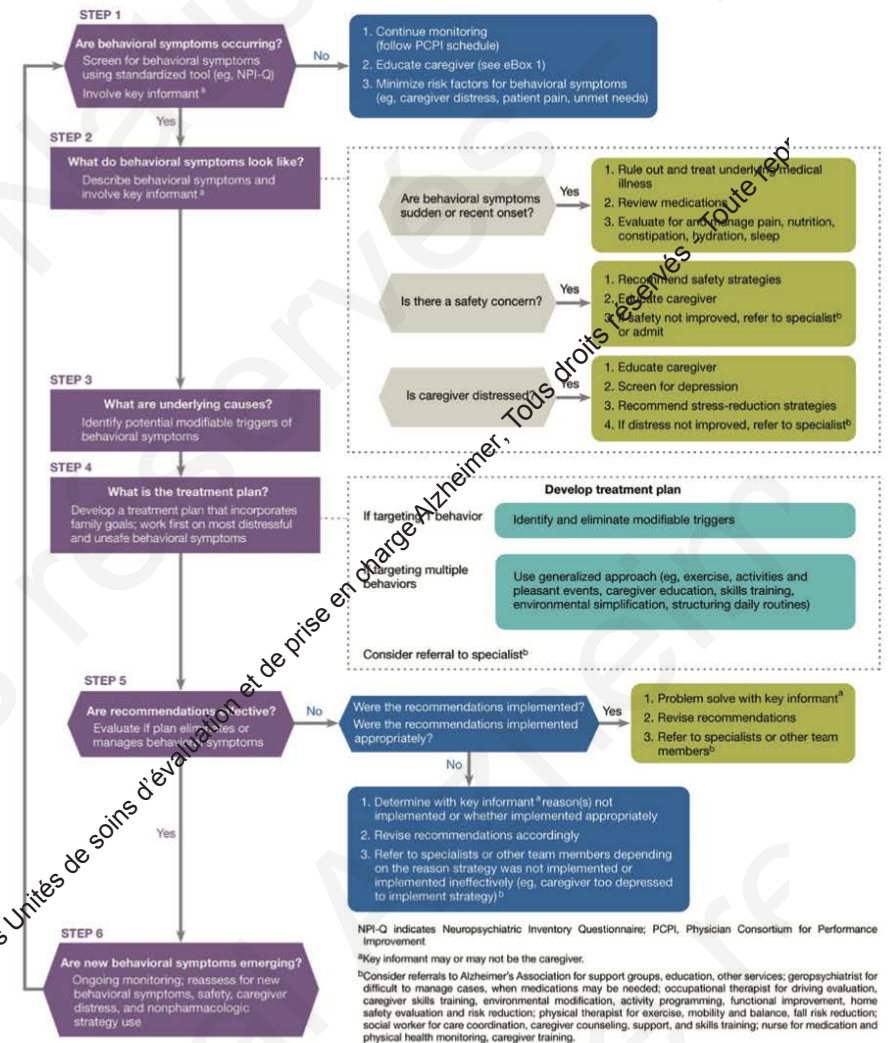


Repérer, identifier

- Le repérage, l'identification et la logique de prévention et de prise en charge des SPC doivent s'intégrer dans le plan de soins:
 - dès le diagnostic
 - à chaque étape du suivi (au moins une fois par an)
 - ou à chaque étape du parcours de soins et de vie ou lors de la survenue de phénomènes intercurrents (hospitalisation, changement de lieu de vie, ...).
- Ne pas attendre la crise comportementale

FIGURES AND TABLES

FIGURE 1: Screening, Identifying, and Managing Behavioral Symptoms in Patients with Dementia



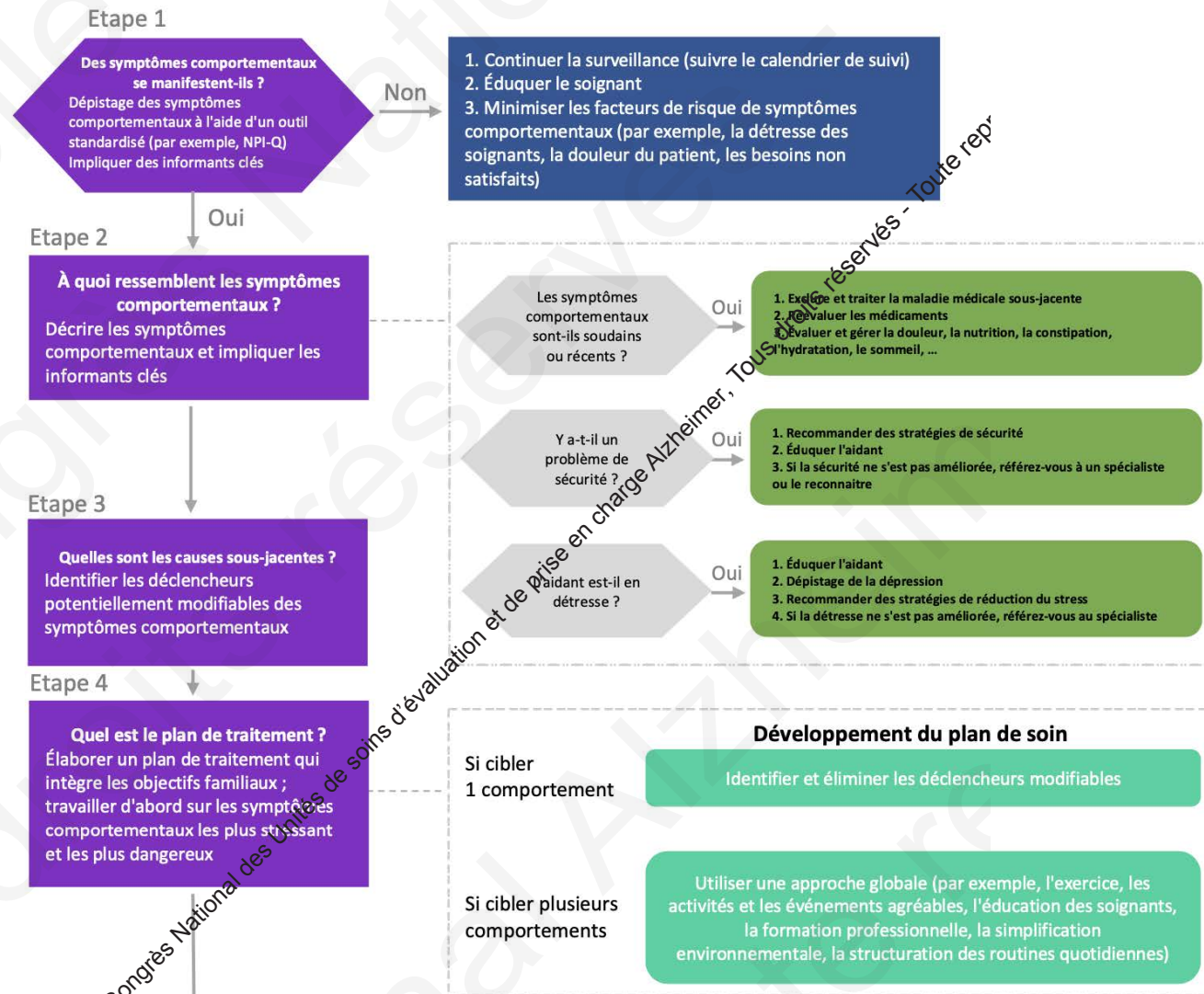
*Figure from Gitlin LN, Kales, HC, Lyketsos CG. Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. JAMA. 2012; 308(19):2020-2029. Used by permission. © 2012 American Medical Association. All rights reserved.

Repérer, identifier

- Le repérage, l'identification et la logique de prévention et de prise en charge des SPC doivent s'intégrer dans le plan de soins:
 - dès le diagnostic
 - à chaque étape du suivi (au moins une fois par an)
 - ou à chaque étape du parcours de soins et de vie ou lors de la survenue de phénomènes intercurrents (hospitalisation, changement de lieu de vie, ...).
- Ne pas attendre la crise comportementale

FIGURES AND TABLES

FIGURE 1: Screening, Identifying, and Managing Behavioral Symptoms in Patients with Dementia



Améliorer le parcours concernant
les dispositifs existants

Evolution des cahiers des charges, Evaluation des dispositifs, la future feuille de route MND



Evaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives

Rapport

Dr Nicole BOHIC

Delphine CORLAY

Louis-Charles VIOSSAT

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

2021-104R
Juillet 2022

- Le rapport IGAS porte sur l'évaluation des dispositifs spécialisés et originaux de prise en charge qui se sont développés depuis 15 ans :
 - pôles d'activité et de soins adaptés (PASA),
 - unités d'hébergement renforcé (UHR),
 - unités cognitivo-comportementales (UCC),
 - unités de vie Alzheimer (UVA) en établissements
 - ainsi que les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) auprès de personnes résidant à leur domicile.

Constats :

- D'après l'IGAS, ces dispositifs ont répondu, dans l'ensemble, aux besoins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées mais présentent des limites et des inconvénients de plus en plus visibles sur le terrain :
 - déficit de l'offre ;
 - allers et retours entre structure spécialisée et lieu de résidence habituel de la personne qui ne fonctionnent pas bien en pratique ;
 - investissement dans les dispositifs spécialisés qui s'est fait au détriment de l'absence de transformation globale des EHPAD.
 - d'une manière générale, le rapport considère que les EHPAD ne sont pas adaptés au changement rapide du profil des résidents qui présentent de plus en plus des troubles cognitifs...



Evaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives

Rapport

Dr Nicole BEGIC Dolphine CORLAY

Louis-Charles VOISSAT

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

2023-2048
juillet 2022

Quelques recommandations du rapport de l'IGAS

- ...
- L'IGAS propose de renforcer le soutien à domicile des personnes et de leurs proches-aidants par **un doublement du nombre de bénéficiaires des « équipes spécialisées Alzheimer »** et une sensibilisation des services à domicile par ces professionnels ainsi qu'un renforcement des relais vers les autres solutions temporaires ou pérennes.
- Le rapport recommande **une transformation globale de tous les EHPAD pour les préparer et les adapter à l'arrivée significative de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.**
- Le rapport recommande le développement des EHPAD sans unités de vie fermées en favorisant les petites unités de vie organisées sur un mode familial, **de doubler le nombre des PASA en assouplissant leurs modalités de fonctionnement.** Le déploiement des interventions non médicamenteuses devrait s'appuyer sur la pluridisciplinarité, la sensibilisation de l'ensemble du personnel et l'expérimentation d'un forfait spécifique.
- Le rapport suggère enfin d'ouvrir **une unité cognitive-comportementale (UCC) dans la dizaine de départements qui en manquent** et d'arrêter le déploiement des UHR, tout en développant l'articulation des unités existantes avec la filière gériatrique.
- ...



Evaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives

Rapport

Toute repr

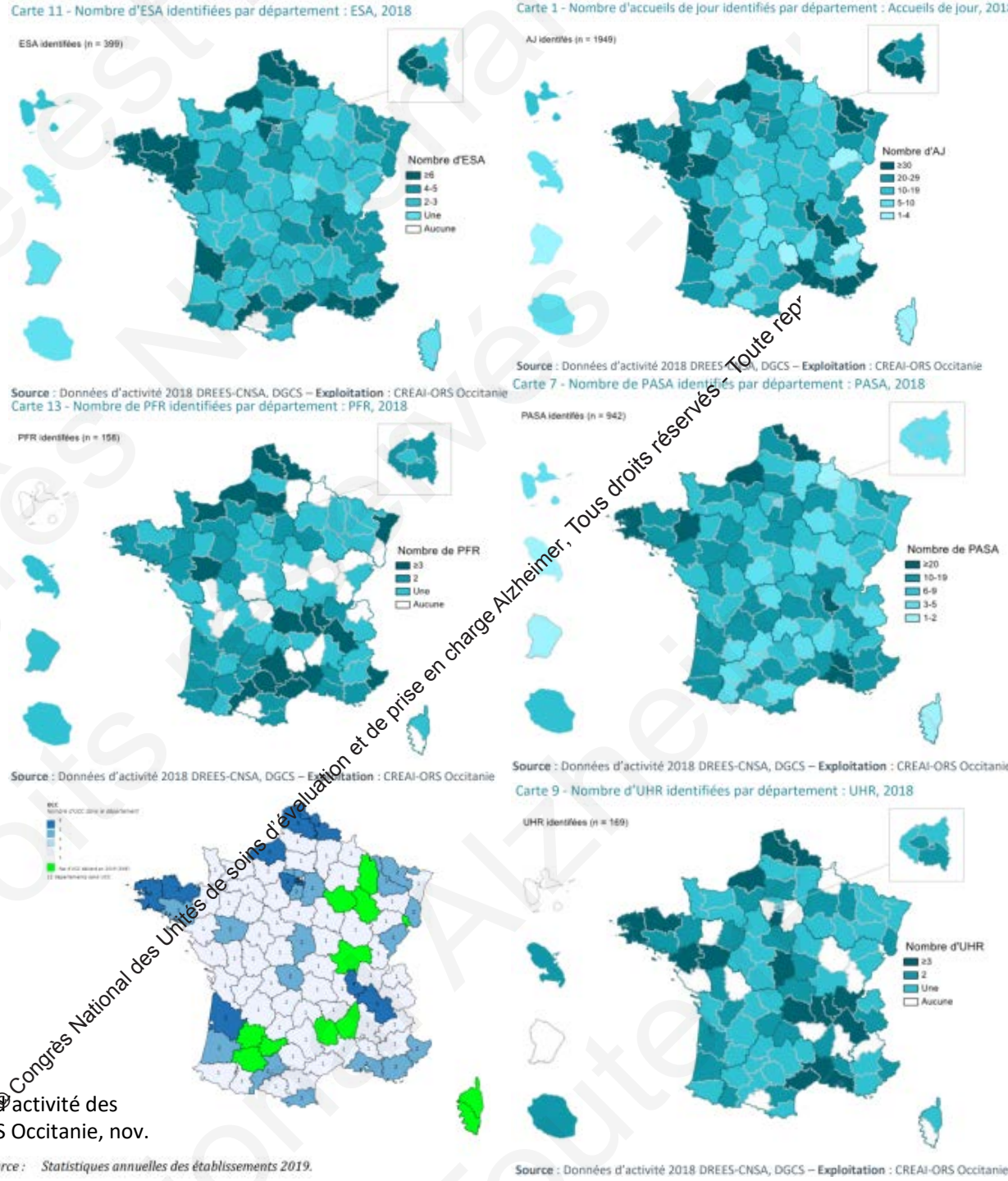
Dolphine CORLAY
Membres de l'inspection générale des affaires sociales

2013-2018
juillet 2022

De façon schématique

- Assurer une bonne couverture territoriale
- Assurer une meilleure visibilité des structures
- Mettre en cohésion l'ensemble des maillons de cette « filière » comportementale
- Renforcer le déploiement de la Télémédecine vers les établissements médicosociaux
- Pour certaines actions existantes assurer un déploiement pour toucher un plus grand nombre et moins de liste d'attente
- ...

Beaumont A., Ledésert B. Analyse statistique des données issues des rapports d'activité des établissements et services médico-sociaux. Activité 2018. Toulouse : CREAI-ORS Occitanie, nov. 2019, 88 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.creaiors-occitanie.fr>





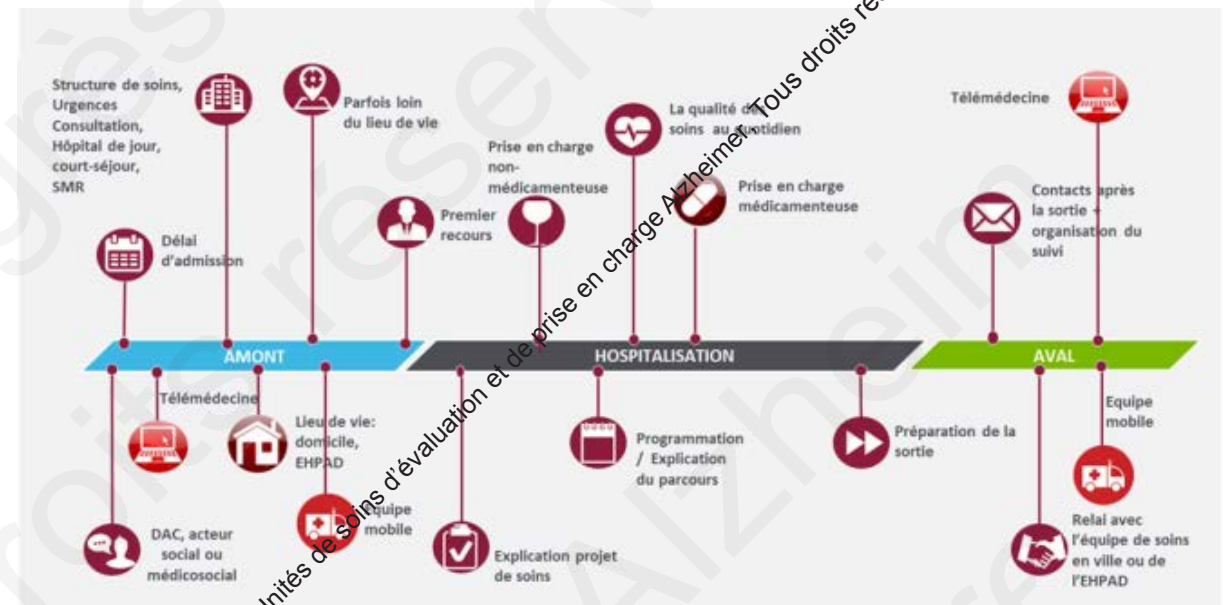
Feuille de route maladies neurodégénératives

Attente prochaine feuille de route MND ...

Développer des actions, des
organisations, ... pour améliorer
le parcours

Offrir un parcours progressif et complet

- Eviter hospitalisation ou rehospitalisation:
 - Travail en amont: recueillir des informations, intervenir en amont, liens territoriaux,
 - Travail en aval: assurer un transfert des informations, un suivi adapté, ...
- Développer des alternatives à l'hospitalisation si elle est peut être évitée, ou pouvoir la différer, ...
- Pouvoir proposer dans la filière de soins un accès rapide et proportionné à la sévérité des troubles et à la situation
- ...



Dans le cadre de l'offre de soins

- Mise en place « d'infirmière ressource SPCD »? IPA-TNC?
- Développement d'équipes mobiles SPC, de téléconsultations et télé-expertises SPC? (éviter passage aux urgences, ...)
- Développement de dispositifs d'admission directe dans les filières comportementales si elles existent? (Éviter passage aux urgences)
- Identification de consultations SPC?
- Identifier des référents « SPC » au sein des consultations mémoire comme il peut y avoir des référents malades jeunes?
- Identifier des référents « SPC » au sein EHPAD, structures de soins?
- ...

The Effects of Dementia Care Co-Management on Acute Care, Hospice, and Long-Term Care Utilization

Lee A. Jennings, MD, MSHS,* Simon Hollands, PhD,[†] Emmett Keeler, PhD,[†] Neil S. Wenger, MD, MPH,[§] and David B. Reuben, MD[‡]

See related editorial by Callahan et al. in this issue.

BACKGROUND/OBJECTIVES: Although nurse practitioner dementia care co-management has been shown to reduce total cost of care for fee-for-service (FFS) Medicare beneficiaries, the reasons for cost savings are unknown. To further understand the impact of dementia co-management on costs, we examined acute care utilization, long-term care admissions, and hospice utilization in a randomized controlled trial comparing persons with dementia managed by FFS and managed Medicare beneficiaries.

DESIGN: Quasi-experimental comparison.

SETTING: Urban academic medical center.

PARTICIPANTS: A total of 1,000 Los Angeles (UCLA) Alzheimer's Disease Center patients were enrolled between December 31, 2015, and December 31, 2016, and identified as having dementia using ICD-9 codes in clinical notes. Coarsened exact matching was used to reduce covariate imbalance between patients.

INTERVENTION: Dementia co-management model using nurse practitioners partnered with primary care providers and community organizations.

MEASUREMENTS: Average difference-in-differences per quarter over the 2.5-year intervention period for all-cause hospitalization, emergency department (ED) visit, intensive

ORIGINAL ARTICLE

Evaluation of a mobile team dedicated to behavioural disorders as recommended by the Alzheimer's Cooperative Valuation in Europe joint action: observational cohort study

P. Krolak-Salmon^{a,b,c,d}, C. Roubaud^a, H. Perronne-Soveri^a, N. Riolacci-Dhoyen^l, G. Richard^a, I. Rouch^a, A. Leperron^a, S. Lasplagues^l and V. Dauphinaut^{a,c}

^aClinical and Research Memory Centre of Lyon (CMRR), Charpennes Hospital, University Hospital of Lyon, Villeurbanne; ^bClinical Research Centre (CRC) – VCF (Aging – Cognition – Frailty), Charpennes Hospital, University Hospital of Lyon, Villeurbanne; ^cUniversity of Lyon 1, Lyon; ^dINSERM U1028, CNRS UMR5292, Lyon Neuroscience Research Centre, Brain Dynamics and Cognition Team, Lyon, France

Rôle des infirmières-ressources SPCD

Depuis 2013, une équipe d'infirmières-ressources SPCD offre des services à la clientèle atteinte de troubles cognitifs présentant des SPCD persistants sur le territoire du RLS de Sherbrooke du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Voici un aperçu du mandat de ces professionnelles.

Qui sont les infirmières-ressources?

Deux infirmières cliniciennes

- › spécialistes de l'approche non pharmacologique pour les personnes présentant des atteintes cognitives;
- › consultantes auprès des intervenants de première ligne; collaboratrices auprès des intervenants et des proches aidants afin de mieux les outiller et de les conseiller sur l'approche non pharmacologique et environnementale;
- › intervenantes à domicile, en résidence

INTERET D'UNE UNITE MOBILE MULTIDISCIPLINAIRE EXTRAHOSPITALIERE DE NEURO-PSYCHO-GERIATRIE INTERVENANT EN EHPAD : Analyse de 288 interventions

INTEREST OF EXTRAHOSPITAL MULTIDISCIPLINARY UNIT OF NEURO-PSYCHO-GERIATRIC INTERVENED IN NURSING HOME: Analysis of 288 Interventions

Aurélien BUISSON^{1*}, Etienne OJARDIAS², Aurélien VICERAT¹, Eric FAKRA², Thomas CELARIER¹

The Effects of Dementia Care Co-Management on Acute Care, Hospice, and Long-Term Care Utilization

Lee A. Jennings, MD, MSHS,*¹ Simon Hollands, PhD,² Emmett Keeler, PhD,³
Neil S. Wenger, MD, MPH,⁴ and David B. Reuben, MD⁵

- Suivi de 856 patients inscrits au programme de soins pour la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, et 3 139 patients similaires atteints de troubles neurocognitifs qui n'ont pas participé au programme (groupe témoin).
- Intervention: cogestion par des « infirmières de pratique avancée Alzheimer », en partenariat avec la médecine de ville et les services de proximité. Résultats mesurés 2,5 ans après le début de l'intervention.
- Les patients suivis par « une infirmière de pratique avancée Alzheimer » ont eu 20 % de moins de visites aux urgences et une durée de séjour à l'hôpital plus courte (risque de complications réduit de 26 %).
- Les participants au programme étaient moins susceptibles d'être admis dans un établissement d'hébergement (risque réduit de 35 %) et plus susceptibles de recevoir des services de soins palliatifs au cours des 6 derniers mois de leur vie (36 %).

J Am Geriatr Soc 68:2500- 2507, 2020

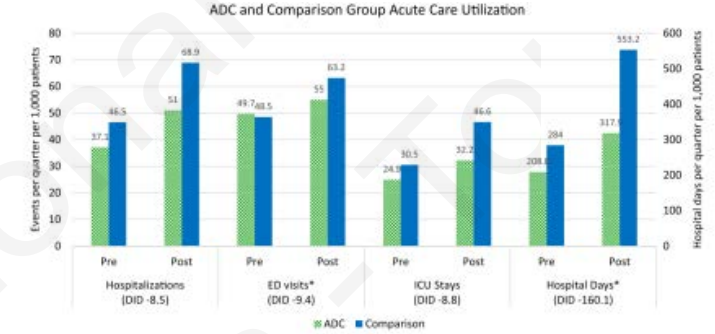


Figure 1. Alzheimer's and Dementia Care (ADC) program and comparison group acute care utilization. DID, difference-in-differences; ED, emergency department; ICU, intensive care unit. Average DID per quarter per 1,000 patients was calculated as: (weighted post-intervention mean event rate - weighted pre-intervention mean event rate) / (weighted post-period mean event rate for controls - weighted pre-period mean event rate for controls). Hospital days are shown using a range of 0 to 600 days; other outcomes are shown using a range of 0 to 80 events. * $P < .05$.

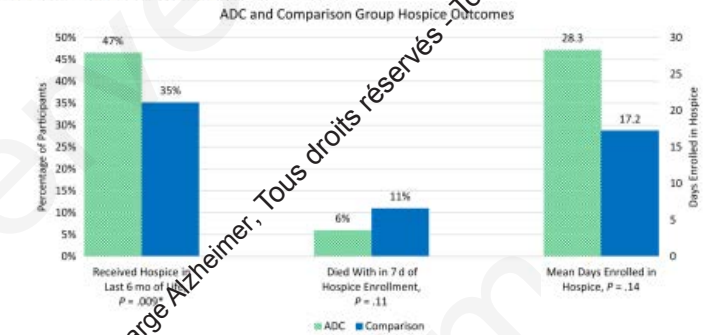
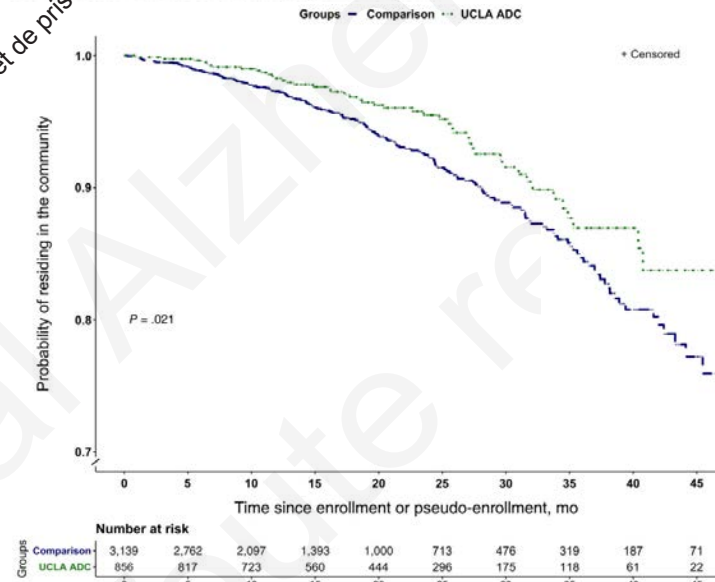


Figure 2. Alzheimer's and Dementia Care (ADC) program and comparison group hospice outcomes. Analyses included 187 ADC cases and 415 comparison patients who died during the study follow-up period. *Adjusted odds ratio = 1.64, 95% confidence interval = 1.13-2.37. (Color figure can be viewed at www.onlinelibrary.com)



Dans le cadre de l'offre de soins

- Mise en place « d'infirmière ressource SPCD »? IPA-TNC?
- Développement d'équipes mobiles SPC, de téléconsultations et télé-expertises SPC? (éviter passage aux urgences, ...)
- Développement de dispositifs d'admission directe dans les filières comportementales si elles existent? (Éviter passage aux urgences)
- Identification de consultations SPC?
- Identifier des référents « SPC » au sein des consultations mémoire comme il peut y avoir des référents malades jeunes?
- Identifier des référents « SPC » au sein EHPAD, structures de soins?
- ...

The Effects of Dementia Care Co-Management on Acute Care, Hospice, and Long-Term Care Utilization

Lee A. Jennings, MD, MSHS,* Simon Hollands, PhD,[†] Emmett Keeler, PhD,[‡] Neil S. Wenger, MD, MPH,[§] and David B. Reuben, MD[‡]

See related editorial by Callahan et al. in this issue.

BACKGROUND/OBJECTIVES: Although nurse practitioner dementia care co-management has been shown to reduce total cost of care for fee-for-service (FFS) Medicare beneficiaries, the reasons for cost savings are unknown. To further understand the impact of dementia co-management on costs, we examined acute care utilization, long-term care admissions, and hospice compared with persons with FFS and managed Medicare.

DESIGN: Quasi-experimental comparison.

SETTING: Urban academic.

PARTICIPANTS: A total of 1,000 Los Angeles (UCLA) Alzheimer's Disease Center patients were enrolled from December 31, 2015, and identified as having dementia in the clinical notes. Coarsened exact matching was used to compare dementia patients to non-dementia patients.

INTERVENTION: Dementia co-management model using nurse practitioners partnered with primary care providers and community organizations.

MEASUREMENTS: Average difference-in-differences per quarter over the 2.5-year intervention period for all-cause hospitalization, emergency department (ED) visits, intensive

ORIGINAL ARTICLE

Evaluation of a mobile team dedicated to behavioural disorders as recommended by the Alzheimer's Cooperative Valuation in Europe joint action: observational cohort study

P. Krolak-Salmon^{a,b,c,d}, C. Roubaud^a, H. Perronne-Soveri^a, N. Riolacci-Dhoyen¹, G. Richard^a, I. Rouch^a, A. Leperron^a, S. Lasplagues¹ and V. Dauphinaut^{a,c}

^aClinical and Research Memory Centre of Lyon (CMRR), Charpennes Hospital, University Hospital of Lyon, Villeurbanne; ^bClinical Research Centre (CRC) – VCF (Aging – Gen – Frailty), Charpennes Hospital, University Hospital of Lyon, Villeurbanne; ^cUniversity of Lyon 1, Lyon; ^dINSERM U1028, CNRS UMR5292, Lyon Neuroscience Research Centre, Brain Dynamics and Cognition Team, Lyon, France

Rôle des infirmières-ressources SPCD

Depuis 2013, une équipe d'infirmières-ressources SPCD offre des services à la clientèle atteinte de troubles cognitifs présentant des SPCD persistants sur le territoire du RLS de Sherbrooke du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Voici un aperçu du mandat de ces professionnelles.

Qui sont les infirmières-ressources?

Deux infirmières cliniciennes

- › spécialistes de l'approche non pharmacologique pour les personnes présentant des atteintes cognitives;
- › consultantes auprès des intervenants de première ligne; collaboratrices auprès des intervenants et des proches aidants afin de mieux les outiller et de les conseiller sur l'approche non pharmacologique et environnementale;
- › intervenantes à domicile, en résidence

INTERET D'UNE UNITE MOBILE MULTIDISCIPLINAIRE EXTRAHOSPITALIERE DE NEURO-PSYCHO-GERIATRIE INTERVENANT EN EHPAD : Analyse de 288 interventions

INTEREST OF EXTRAHOSPITAL MULTIDISCIPLINARY UNIT OF NEURO-PSYCHO-GERIATRIC INTERVENED IN NURSING HOME: Analysis of 288 Interventions

Aurélien BUISSON^{1*}, Etienne OJARDIAS², Aurélien VICERAT¹, Eric FAKRA², Thomas CELARIER¹

Pour conclure: Comment améliorer le parcours du patient porteur de symptômes psychologiques et comportementaux

- Savoir ce que l'on veut améliorer
- Bien sûr pouvoir proposer des dispositifs à l'ensemble de la population
- Pour les actions ou les structures qui ont montré une efficacité on peut espérer leur renforcement
- Innover pour pouvoir proposer des alternatives à l'hospitalisation
- Innover pour anticiper et ne pas attendre la décompensation comportementale
- Attente de la feuille de route du plan MND mais il existe déjà des expériences locales: pouvoir les connaître pour diffuser les expériences, ...