

Hôpital de Lyon

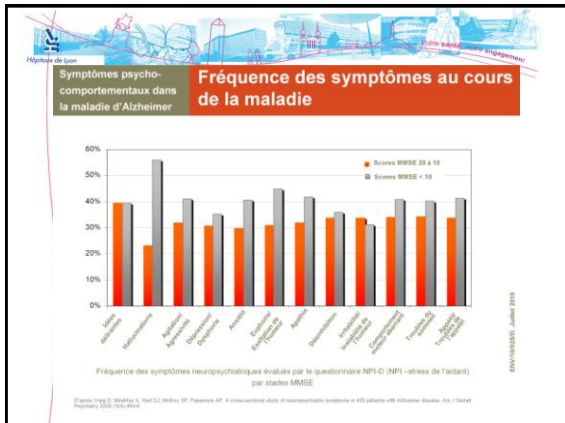
## LE PRINTEMPS DES EHPAD 2013 A.M.C -RHONE UHR -UCC -EMMA

Dr Géraldine Martin-Gaujard  
CHU LYON

Hôpital de Lyon

## INTRODUCTION

- Fréquents ( 80% des patients étude REAL-fr)
- Fluctuants en intensité ou épisodiques
- Souvent précédés par de minimes modifications du comportement
- Mauvaise qualité de vie du patient et de l'aidant familial ou professionnel
- Négligence, maltraitance
- Hospitalisation inadaptée et aggravant le pronostic fonctionnel
- PEC spécialisée car complexe



Hôpital de Lyon

HAS  
HAUTE AUTORITE DE SANTE

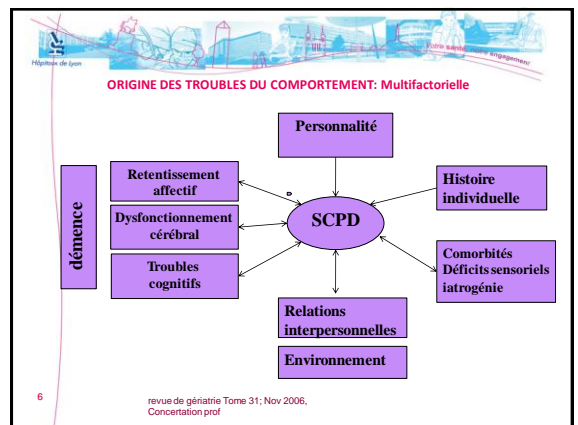
RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE


Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs

RECOMMANDATIONS  
Mai 2010

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Agitation/agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Dépression/dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Apathie/indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Irritabilité/instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Appétit/troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5

Score total 49





## NOTION DE FILIERES

- ✓ Continuité des soins Ville -Hôpital
- ✓ Suppression des cloisonnements
- ✓ Amélioration du parcours patient
- ✓ Dossier médical partagé



## UHR

### Mesure n°16 plan Alzheimer

### 2008-2012

UCC  
HDC  
17/05/2013

8




## UNITES ADAPTEES POUR LES SPCD EN ETABLISSEMENT

### UHR Mesure N°16

- ✓ **UHR: Unité d'hébergement renforcé/ EHPAD et SLD (2/3 //1/3)**  
Pour les patients ayant des troubles très importants du comportement  
Structures renforcées : petites unités accueillant nuit et jour 10 à 12 patients  
Lieu d'hébergement et lieu d'activité et répondant à tous les critères d'une unité de soins et d'activités adaptée.  
Hospitalisation temporaire, séquentielle conditionnée par l'autonomie et les SPCD  
5000 places prévues par le plan

UCC  
HDC  
17/05/2013

9



## POPULATION


- ✓ Les UHR hébergent des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, compliquée de symptômes psycho-comportementaux **sévères** qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents

### CRITERES D'ADMISSION ET MODALITES

- ✓ Au préalable le diagnostic doit être posé et son annonce faite ;
- ✓ l'évaluation des troubles du comportement réalisée. Grille NPI

UCC  
HDC  
17/05/2013

10



### UHR : Critères d'admissibilité


- Validés par le médecin de l'USLD ou le médecin coordonnateur de l'EHPAD
- Réflexion avec équipe soignante pluridisciplinaire
- Diagnostic MAA

- NPI-ES: score F x G > 7 au NPI-ES pour les SPCD / perturbateurs (psychose et/ou hyperactivité)
- Retardissement (score R) = 5 ou 4, lors de deux évaluations durant le mois précédent
- Se déplaçant seul y compris en fauteuil roulant
- Pas de syndrome confusionnel (IACS)
- Sortie : confiné si/ fauteuil ; critères NPI-ES inférieurs à 3 pendant 1 mois

- ✓ Idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, désinhibition, exaltation de l'humeur/euphorie, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant

UCC  
HDC  
17/05/2013

11




## EVOLUTION

### CRITERES DE REORIENTATION DES RESIDENTS

- ✓ La diminution ou la disparition des troubles du comportement pendant une période suffisamment longue pour être compatible avec le retour dans une unité traditionnelle constituent un des critères de sortie de l'UHR.
- ✓ La décision de sortie de l'UHR sera prise en réunion d'équipe pluridisciplinaire, sur avis, en EHPAD, du médecin coordonnateur en lien avec le médecin traitant ou, en USLD, du médecin de l'unité, après information et recherche de consentement de la personne malade et en concertation avec la famille ou l'entourage proche.
- ✓ Formalisation écrite.

UCC  
HDC  
17/05/2013

12




## PERSONNEL

L'unité d'hébergement renforcée dispose :

- ✓ D'un temps de médecin (pour les EHPAD, le médecin coordonnateur peut assurer cette mission) ;
- ✓ D'un temps d'infirmier ;
- ✓ D'un temps de psychomotricien ou d'ergothérapeute ;
- ✓ D'un temps d'assistant de soins en gériatrie ;
- ✓ D'un temps de personnel soignant la nuit ;
- ✓ D'un temps de psychologue pour les résidents, les aidants et les équipes.

✓ L'accès d'un avis psychiatrique est recherché.

UCC  
HDC  
17/05/2013  
13




## FORMATION

Les professionnels intervenant au sein de l'UHR sont formés :

- ✓ A l'utilisation des outils d'évaluation (NPI-ES et échelle d'agitation de Cohen-Mansfield)
- ✓ Aux techniques d'observation et d'analyse des comportements ;
- ✓ Aux techniques de soins et de communication adaptées aux malades d'Alzheimer ou atteints de maladie apparentée
- ✓ A la prise en charge des troubles du comportement (notamment aux stratégies non médicamenteuses de gestion des symptômes psycho-comportementaux).

UCC  
HDC  
17/05/2013  
14



## Textes de référence

- ✓ Circulaire DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 6 juillet 2009
- ✓ Questions/réponses : août 2009 ; 2ème en cours de finalisation
- ✓ Circulaire DGAS/2C/DHOS/DSS/2010/06 du 7 janvier 2010 (admissibilité, financement, labellisation, planification PASA/UHR en EHPAD)
- ✓ Instruction DGOS du 23 février 2010 (déploiement et financement UHR en USLD)
- ✓ Circulaire DGCS du 16 juin 2010 : remontées d'indicateurs PASA – UHR
- ✓ Circulaire DGCS/SC/DSS/IA/2010/179 du 31 mai 2010 relative aux orientations de l'exercice 2010 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux
- ✓ Plan d'aide à l'investissement (instruction CNSA du 27 mai 2010) : priorité au soutien à la création des PASA et des UHR ; sous-enveloppe PASA spécifique
- ✓ Modification de l'arrêté du 26 avril 1999 pour y intégrer le cahier des charges des PASA et des UHR (en cours de signature)

UCC  
HDC  
17/05/2013  
16




## UNITE COGNITIVO- COMPORTEMENTALE

La circulaire n°DHOS/01/02/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008

### Mesure N°17

UCC  
HDC  
17/05/2013  
16




## UCC

- ✓ Unité **spécifique** dans la prise en charge des symptômes psycho-comportementaux chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou des pathologies apparentées

**OBJECTIF PRINCIPAL:**

- ✓ Prévention de la situation de crise dès le début des troubles psycho-comportementaux
- ✓ Permettre, à travers un apaisement du patient et de son entourage, un maintien du patient dans son lieu de vie habituel, domicile ou EHPAD
- ✓ Eviter des hospitalisations inadaptées
- ✓ Prise en charge pluridisciplinaire
- ✓ Ce n'est pas un service d'urgence : **Tarifification SSR**


UCC  
HDC  
17/05/2013  
18



## SPECIFICITES

- ✓ Pas de critères d'âge
- ✓ Unités de 10 à 12 patients
- ✓ Considérations architecturales.
- ✓ Equipe pluridisciplinaire
- ✓ Diagnostic de MAMA
- ✓ Patient avec des capacités d'autonomie suffisantes leur permettant de participer aux AVQ
- ✓ Critères d'exclusion
  - Intensité des troubles
  - Affection organique sévère
  - Patient non valides, déments sévères

UCC  
HDC  
17/05/2013  
18




## DES MISSIONS MULTIPLES ...

- ✓ Prendre en charge les troubles du comportements productifs ou non par une **approche non médicamenteuse et médicamenteuse**
- ✓ Bilan somatique et réévaluation cognitive si besoin
- ✓ Limiter la iatrogénie et le recours aux psychotropes
- ✓ Réautonomiser la personne
- ✓ Limiter la réémergence des phénomènes comportementaux
- ✓ Social: Améliorer l'adéquation entre le patient, sa pathologie et le lieu de vie en tenant compte des limites liées au domicile ou à l'établissement
- ✓ Prendre en charge les aidants familiaux
- ✓ Participer à la recherche

UCC  
HDC  
17/05/2013

20




## QUELQUES CHIFFRES

- ✓ DE 54 à 95 ANS /6 PATIENTS MOINS DE 60 ANS
- ✓ DMS 37 jours
- ✓ MMS à 16,6
- ✓ NPI entrée: 47,9 NPI sortie:28,9
- ✓ GIR 3
- ✓ 35% d'homme
- ✓ Thérapeutique: moins de neuroleptiques plus de benzo et d'IRS
- ✓ 55% de RAD (domicile ou EHPAD)
- ✓ 30% de placement

UCC  
HDC  
17/05/2013


20



## EQUIPE MOBILE COMPORTEMENT EMMA

UCC  
HDC  
17/05/2013

21



## POURQUOI EMMA?

EMMA est née surtout :

- de l'expérience de la CS comportement de semi-urgence
- De l'expérience de l'UCC

UCC  
HDC  
17/05/2013

22




## EQUIPE MOBILE COMPORTEMENT

- ✓ Equipe mobile extra hospitalière/ patient vu en milieu écologique
- ✓ Emma intervient :
  - Au domicile du patient
  - En EHPAD ,en USLD, Foyer logement
- ✓ Numéro d'appel unique /mail  
06 79 80 75 12 / [hdc.emma@chu-lyon.fr](mailto:hdc.emma@chu-lyon.fr)
- ✓ Adresseur: MT, professionnel de santé
- ✓ Diagnostic de MAMA
- ✓ Territoire: lyon et proches banlieues
- ✓ Equipe pluridisciplinaire: gériatre, psychologue ,IDE coordinatrice, Assistante sociale, secrétaire

UCC  
HDC  
17/05/2013

23



## EMMA ET DOMICILE

- Expertiser les troubles du comportement du patient Alzheimer et apparenté, Propositions thérapeutiques médicamenteuses ou non
- Pour aider le médecin et l'aidant familial à intégrer le patient dans le réseau de prise en charge des pathologies cognitives
- Eviter les hospitalisations en urgence
- Faciliter les contacts avec les professionnels hospitaliers et libéraux (neurologues, psychiatres) en charge de ces pathologies cognitives
- Pour faciliter, si nécessaire, les hospitalisations programmées dans les services de gériatrie ou de géro-psi-chiatrie , UCC

UCC  
HDC  
17/05/2013

24

### EMMA EN EHPAD/USLD/FL

- Soutien au médecin coordonnateur et référent, aux équipes dans la gestion de ces situations de crises (Analyse de cas)
- Préconisation de PEC médicamenteuses et non médicamenteuses
- Mettre en place un suivi des personnes à risque après consultation comportementale et/ou hospitalisation classique ou post UCC, afin de diminuer le risque de rehospitalisations en urgence
- Formation des équipes d'EHPAD ou d'USLD à la prévention des crises comportementales.

UCC  
HDC  
17/05/2013  
25

### EVALUATION A 1 AN

UCC  
HDC  
17/05/2013  
26

### LES APPELS

o 326 « 1ers appels » en 1 an

Month	Number of calls
nov.-11	33
déc.-11	19
janv.-12	30
fév.-12	25
mars-12	27
avr.-12	26
mai-12	21
juin-12	31
juil.-12	26
août-12	22
sept.-12	26
oct.-12	40

EMMA  
17/05/2013  
27

### LES APPELS

Location	Percentage
Domicile	49,4%
EHPAD	47,9%
Foyer logement	0,9%
Hbgt temporaire	0,9%
USLD	0,6%
Centre rééducation fonctionnel	0,6%

Proportion identique de patients à Domicile et de patients en Etablissement

EMMA  
17/05/2013  
28

### SECTEUR D'INTERVENTION

EMMA  
17/05/2013  
29

### LES MOTIFS DE DEPLACEMENT

du 01/11/11 au 10/09/12

Motif	Domicile (%)	EHPAD (%)
Agitation Agressivité	~85	~10
Epuisement adants	~75	~10
Epuisement professionnels	~65	~10
Déambulation Fugue	~60	~10
Dépression Anxiété	~55	~10
Refus de Prise en charge	~50	~10
Idees délirantes Hallucinations	~45	~10
Mise en danger potentielle	~40	~10
Troubles du sommeil	~35	~10
Irritabilité Labilité émotionnelle	~30	~10
Desinhibition	~25	~10
Troubles alimentaires	~20	~10
Hospitalisations fréquentes	~15	~10
Apathie Indifférence	~10	~10
Incurie	~5	~10
Risque de maltraitance	~5	~10
Euphorie Exaltation humeur	~5	~10

EMMA  
17/05/2013  
30

### S'ILS N'AVAIENT PAS EU LA POSSIBILITE D'APPELER EMMA ...

	Domicile		EHPAD		TOTAL	%
	N	%	N	%		
H <sup>e</sup> Classique	25	35,2	32	35,2	57	35,2
Urgences	22	31	6	6,6	28	17,3
Psychiatrie de secteur	8	11,3	18	19,8	26	16
UCC	6	8,5	18	19,8	24	14,8
Psychotropes	3	4,2	16	17,5	19	11,7
SOS Médecin	2	2,8	0	0	2	1,2
Service social de secteur	2	2,8	0	0	2	1,2
Pas d'alternative	2	2,8	1	1,1	3	1,9
NR	1	1,4%	0	0	1	0,7
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100</b>	<b>91</b>	<b>100</b>	<b>162</b>	<b>100</b>

### LE DIAGNOSTIC du 01/11/11 au 10/09/12

	DOMICILE			EHPAD	
	N	%		N	%
MA	28	73,7%	44	65,7%	
VASC	5	13,2%	6	8,9%	
DCL	2	5,3%	5	7,5%	
MA x VASC	1	2,6%	3	4,4%	
DFT			2	3%	
APP			2	3%	
PARK			2	3%	
MA x PARK			1	1,5%	
BENSON			1	1,5%	
Atrophie corticale postérieure			1	1,5%	

### MMSE du 01/11/11 au 10/09/12

	MMSE	
	N	Moyenne
Domicile	40	14,28
EHPAD	44	12,77
Foyer logement	1	9
Hébergement temporaire	2	19,5
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>13,57</b>

Des scores MMSE relativement faibles

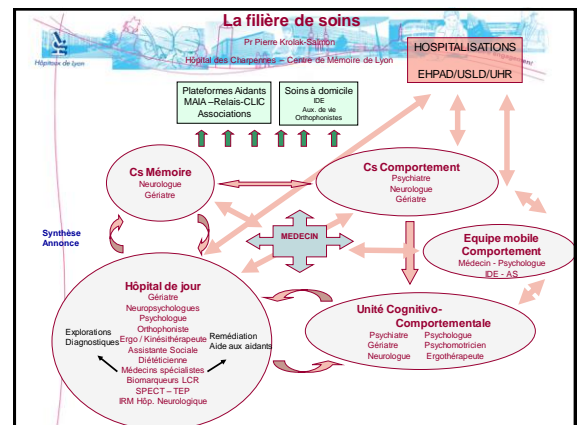
- ### QUELQUES CHIFFRES
- ✓ NPI A J0: 45,2
  - ✓ NPI A J 30: 30,6
  - ✓ DOMICILE:
    - o 14 patients vus au domicile hospitalisés dans les 30 jours, soit 19,7%
      - o 10 pour des SPCD uniquement (14,1% des patients vus au domicile)
      - o 4 pour troubles du comportement et problématique somatique (5,6% des patients vus au domicile)
  - ✓ EHPAD:
    - o 8 patients vus en EHPAD hospitalisés dans les 30 jours, soit 8,8%
      - o 6 pour des SPCD uniquement (6,6% des patients vus en EHPAD)
      - o 2 pour troubles du comportement et problématique somatique (2,2% des patients vus en EHPAD)


### UNE EXPERTISE ORIENTEE SUR 4 AXES

EVITER DES HOSPITALISATIONS EN URGENCES  
 PRECONISATIONS THERAPEUTIQUES NON MEDICAMENTEUSES ET MEDICAMENTEUSES

PEDAGOGIE MALADIE /FORMATION : effectuée dans 63,4% des interventions à domicile et dans 79,1% des interventions en EHPAD

RENFORCEMENT FILIERE DE SOINS VILLE-HOPITAL




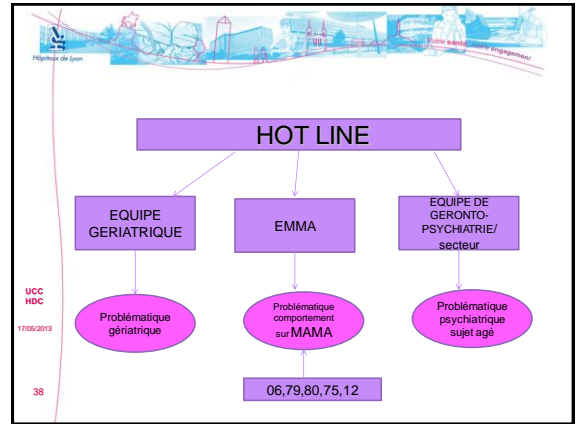


# AVENIR

**EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE EXTRAHOSPITALIERE A  
COMPETENCE PSYCHIATRIQUE**  
Appel d'offre ARS

UCC  
HDC  
17/05/2013

37



# MERCİ

17/05/2013

39