

UCC de l'Hôpital Broca Retour d'Expérience

Dr. Hermine Lenoir

Unité de réhabilitation Cognitivo-Comportementale

Hôpital Broca

2ème Journée Scientifique de Broca
19 Novembre 2015 - Paris



■ Hôpitaux Universitaires Paris Centre: Broca, La collégiale, La Rochefoucauld, Cochin, Hôtel Dieu

- 2 Services de Gériatrie
- 1 Pôle de Gériatrie
(Chef de Pôle, Pr A.S. Rigaud)
- Structure support de la Filière
Gériatrique du territoire de santé 75-3

CMRR	
HDJ	10
UGA	35
SSR	133
dont: UCC	13
USLD	390
dont: UHR	14

- Création 15/01/2013
- Unité fermée, deux issues (codes d'accès)
- Capacité d'accueil : 13 patients
- Espace de déambulation
- Salle à manger/réunions-animations-activités de groupe
- Salle multi- sensorielle *Snoezelen*
- *Projet jardin thérapeutique*

Critères d'admission

- Age \geq 68 ans
- Filière gériatrique 75-3 prioritaire
- Typologie du patient: valide, SPC perturbateurs
- Objectifs de prise en charge demandés
- Modulation selon:
 - Typologie des patients déjà présents (lourdeur des SPC; « compatibilité » entre les patients)
 - Ressources humaines/charge de soins
 - Degré de fragilité de l'aidant principal

Evaluation	Acteurs	Outils
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entretien aidants naturels/ professionnels ➤ Examen somatique ➤ Analyse des ordonnances ➤ Programmation des examens paracliniques ➤ Evaluation des soins nécessaires 	<p>Médecin</p>	<p>Biologie, ECG, radiographie(s)</p> <p>Imagerie cérébrale (TDM/IRM +/- SPECT-DAT Scan)</p> <p>+/- EEG</p> <p>+/- PL</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entretien d'entrée avec patient et famille ➤ Evaluation des soins nécessaires 	<p>IDE, AS, ASG, Kinési., Diététicienne, orthophonie, ergothérapeute</p>	<p>Bilan fonctionnel kiné</p> <p>Douleur/plaie/Nutrition</p> <p>Soins d'hygiène</p> <p>Troubles déglutition</p> <p>Installations, orthèses</p>
<p>Evaluation cognitive</p>	<p>Médecin</p>	<p>MMSE, MIS, Horloge, BREF, SIB</p>
	<p>Orthophoniste</p>	<p>Evaluation cognitive exhaustive (+ souvent après régression des SPC)</p>
<p>Evaluation psychologique</p>	<p>Psychologue</p>	<p>Entretien semi structurée/libre – GDS</p>

séjour en UCC: 1^{ère} phase, Evaluation et observation

Evaluation	Acteurs	Outils
Evaluation de l'autonomie	Médecin, ergo	IADL, ADL,
Evaluation rééducationnelle pour thérapie non médicamenteuse	Psychomotricienne, ergothérapeute, psychologue	Bilan psychomoteur Praxies, fonctions exécutives, motricité fine, gnosies, orientation...
Evaluation sociale	Médecin, assistante sociale	Dossier de vie sociale , AVQ , Mesure de protection , APA, GIR
Observation du comportement	Tous les acteurs de l'équipe et surtout les AS, IDE, ASG	Transmissions ciblées (ACTIPIDOS) NPI-ES, EPADE

Séjour en UCC: 2^{ème} phase, synthèse et projet de soins

- Assurer la continuité des soins de base et des complications de la maladie (IDE, AS)
- Evaluation du diagnostic de la maladie cognitive et du traitement (but: rapport bénéfice/risque favorable, arrêt des traitements inappropriés)
- Rééducation physique (Kinésithérapie, psychomotricité)
- Mise en place des activités de réhabilitation fonctionnelle multi et interdisciplinaire (ateliers réminiscence/psychothérapie de groupe, art-thérapie, poésie/musique, atelier cuisine thérapeutique, esthétique, gérontechnologie, *Snoezelen*)
- Avancée du projet social (Médecin, assistante sociale, famille) : entretien systématique
- Prise en charge de l'aidant

- Réunion de synthèse hebdomadaire :
 - Mise en commun des observations,
 - Évaluation de l'impact positif ou négatif des traitements/activités
- Evolution de l'état somatique, nutritionnel, fonctionnel, cognitif/comportemental
- Réévaluation des besoins, de l'adéquation état du malade/l'unité, du projet de soins et du projet social

- Préparation d'un plan de soins par l'équipe pour l'équipe relais et médecin traitant:
 - Communication sur les actions entreprises, résultats obtenus, conseils de prise en charge
- Communication avec la famille et éducation thérapeutique informelle et orientation vers programmes d'interventions psychosociales des aidants (« *Entr-Aidants* », France Alzheimer)
- Psychothérapie de soutien pour les aidants, parfois consultation « *Fragilité des aidants* »
- Consultation de suivi à un mois de la sortie

UCC Broca, rapport d'activité

Période: 15/01/2013 – 30/10/2015

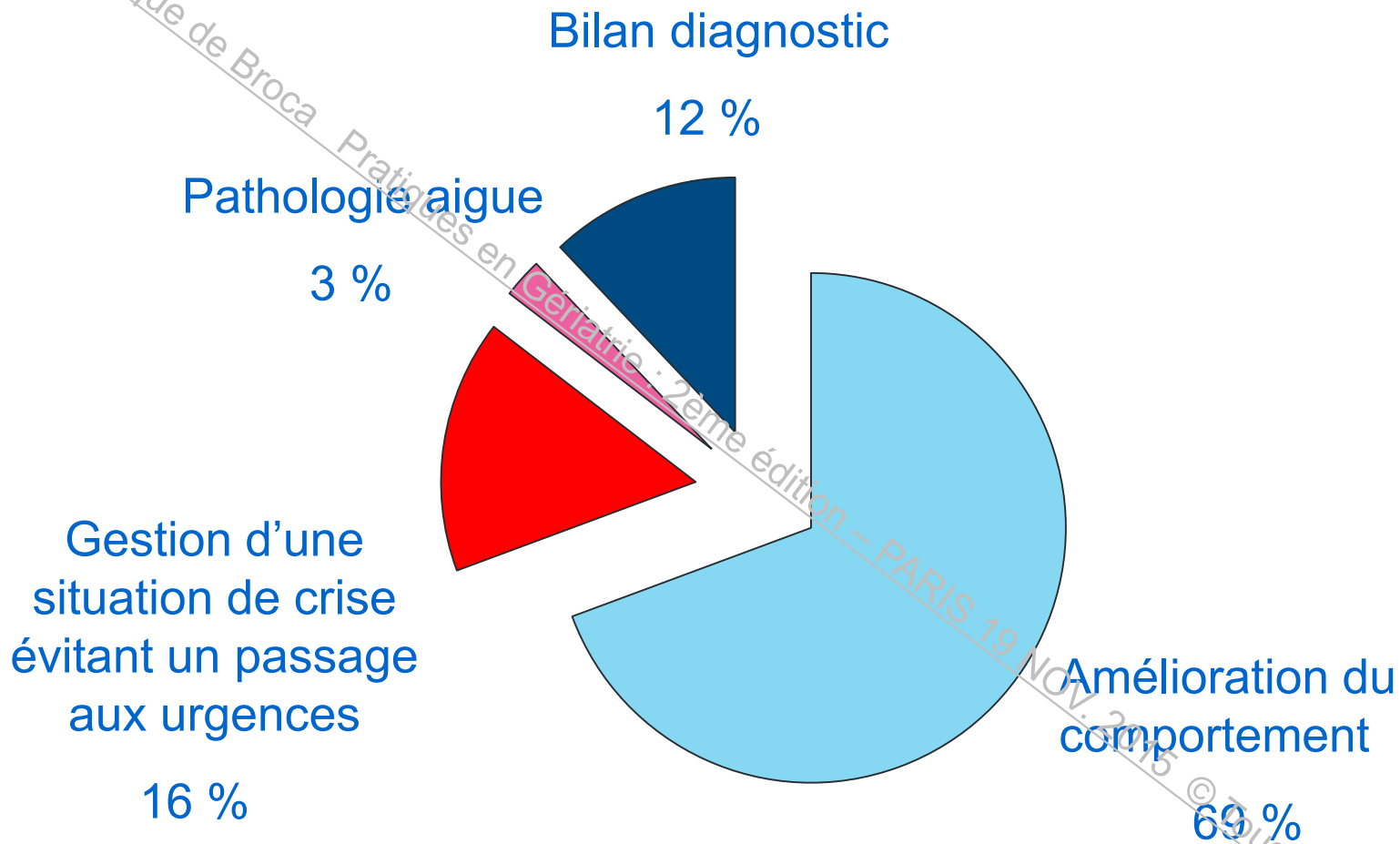
Admissions	307
Délai moyen d'admission (Jours)	5,2
DMS (Jours)	43 [2-91]
Age moyen (ans)	82,6 [68-98]
Sexe, Féminin	55 %
Sd démentiel investigué avant l'admission	61 %
Maladie psychiatrique sans démence confirmée	9,5 %
Prévalence pathologie psychiatrique suivie chez les déments	22%

Type de démences à l'admission (N=188)	
• Alzheimer/mixte, %	68
• DCL, %	22
• DLFT/DFT, %	8
• Autre, %	2
NPI (Fréquence X Gravité), Moyenne/144 (DS)	38,7 (19,1)
NPI (Retentissement), Moyenne (DS)	12,6 (9,5)
MMSE, Moyenne (DS)	13,2 (5,6)

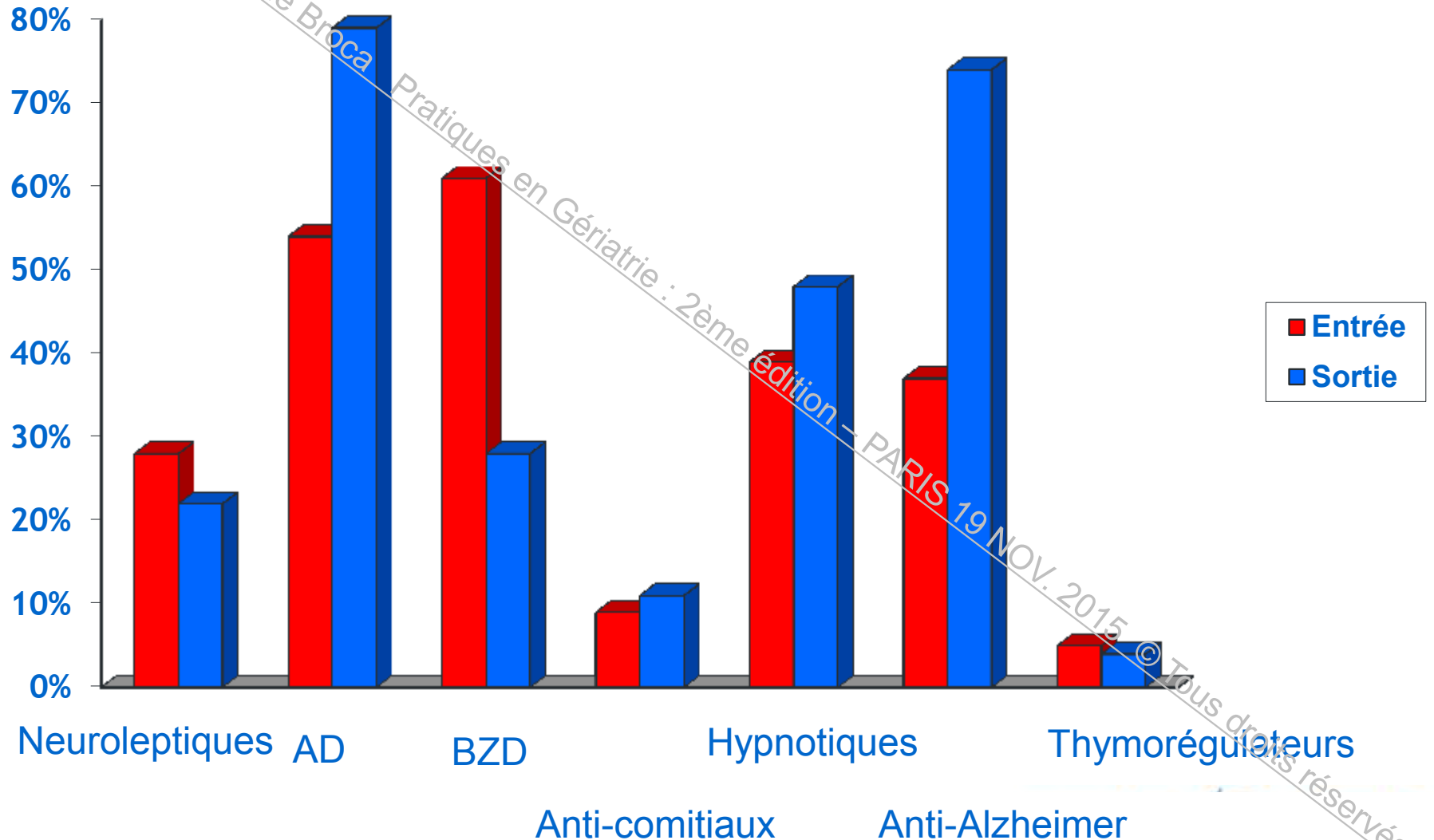
Adressage des patients

■ Domicile via CMRR Broca	26 %
■ EHPAD	23 %
■ UGA/court séjour gériatrique	17 %
■ SSR Gériatriques	16 %
■ Réseaux de soins gérontologique/MAIA	7 %
■ Equipes Mobiles Gériatriques (Cochin/Hôtel Dieu)	6 %
■ Equipes Mobiles Psychiatriques/secteur psychiatrique (CMP-Hospitalisation)	4 %
■ Médecins Généralistes/Autre	1%

Motifs d'admission à l'UCC



Evolution prescriptions psychotropes



Journée Scientifique de Broca Pratiques en Gériatrie : 2ème édition - PARIS 19 NOV. 2015 © Tous droits réservés

Destination à la sortie

Médecine/chirurgie : 4%
dont 2 % complications chutes

SSR
2%

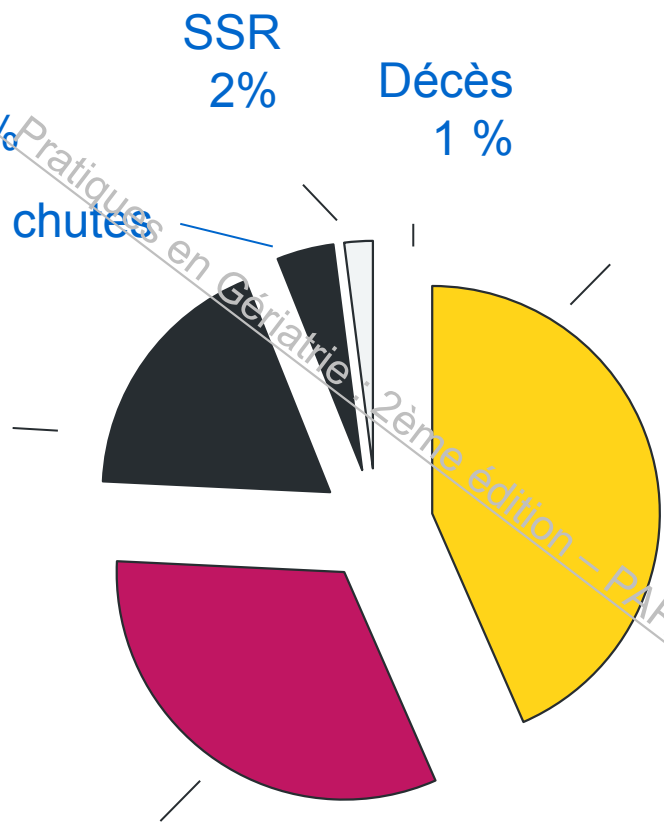
Décès
1%

RAD ou
EHPAD
d'origine
43%

USLD 18%

Dont 7,5 % UHR

Entrée EHPAD
32%



Taux d'échec: réadmission pour réapparition des SPCD

- < 1 mois après la sortie: 2%
- < 3 mois après la sortie: 3,5 %
- Facteurs d'échec:
 - Durée du séjour < 21 jours
 - Aidant principal fragile (Fried) et/ou souffrant de troubles cognitifs
 - Plan d'aides humaines au domicile non fonctionnel (absence de coordination/mise en échec par l'aidant)
 - Structure d'Accueil inadéquate (ex. unité ouverte/patient fuguer) ou peu formée/intolérant à l'égard des SPC résiduels
 - Pas de corrélation avec ADL, IADL, CIRS à la sortie
 - Dans 46% des cas pas de corrélation entre réadmission < 3 mois et score NPI à la sortie

Freins à l'accomplissement de la mission de l'unité

- Manque du PNM (notamment nuit) et de rééducateur par périodes
- Réticence de certains aidants de reprendre le patient à domicile malgré diminution significative des SPCD (épuisement): près de 18% des malades
- Absence de possibilité d'accès à un espace extérieur sécurisé (jardin/terrasse) accentuant le sentiment d'huis clos pour le malade et augmentant la charge de soins pour l'équipe
- 3 chambres doubles freinant les admissions et posant des problèmes de cohabitation → augmentation de la charge de soins

Freins à l'accomplissement de la mission de l'unité

- Examens complémentaires sous traités à l'extérieur de Broca fréquemment refusés par les malades (échec imagerie 51 %)
- Manque de fluidité de l'aval : places EHPAD/USLD/UHR rares, notamment pour le patient « étiqueté UCC »
- Délais longs pour l'obtention Aide Sociale /Mesures de protection
 - Allongement de la DMS = désadaptation du malade et perte d'autonomie
- Dans un certain nombre de cas l'inadéquation du malade admis dans l'unité lorsque l'admission était basée sur dossier papier ou simple entretien téléphonique
- Parfois réticences de prise en soins par le secteur psychiatrique des « patients frontières » Psychiatrique-Neurologique ayant des SPC ne pouvant être pris en charge en secteur non psychiatrique

Freins à l'accomplissement de la mission de l'unité

- Impossibilité ou non pertinence de réduction des NLP pour les patients à profil psychiatrique ou mixte
- Vide juridique concernant hospitalisation sous contrainte hors milieu psychiatrique :
- Absence de chambre d'isolement mettant en péril les patients et les soignants (patients violents)

- Séjours qui devraient être ni trop court (taux d'échec/rechute élevé), ni trop long (désolidarisation des aidants, perte d'autonomie fonctionnelle malades)
- Nécessité de consultations/HDJ de préadmission (bilan de démence, juger de la pertinence de l'hospitalisation en UCC)
- Nécessité de structuration des liens avec le secteur psychiatrique, les MAIA, et les EHPAD pour fluidifier l'aval, garantir la continuité des soins, profiter de l'expertise interdisciplinaire (+ psychogériatrie)
- Nécessité de l'éducation thérapeutique des familles et des aidants professionnels d'aval, aussi bien au domicile qu'en EHPAD/USLD.

- Equipe Mobile troubles du comportement (GH Broca-La Collégiale- La Rochefoucauld)
- Diplôme Universitaire Unités Spécifiques Alzheimer (UCC, UHR, PASA): Paris –Descartes
- Groupement Francilien des UCC (GF-UCC)