

# Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

DIAGNOSTIC ET PRISE EN SOINS EN EHPAD ET ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ



## Les Unités Cognitivo-Comportementales (UCC)

PROMOTION DE L'AMÉLIORATION  
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES  
Dans le cadre du programme MobiQual



Mise en œuvre :

Société Française de Gériatrie et Gérologie,  
avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

# Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

DIAGNOSTIC ET PRISE EN SOINS EN EHPAD ET ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ



## Les Unités Cognitivo-Comportementales (UCC)

**Olivier DRUNAT**, gériatre, Hôpital Bretonneau, Paris

**Florence LEBERT**, gériatre, psychiatre, Centre médical des Monts de Flandres, Bailleul

**Géraldine MARTIN-GAUJARD**, neuro-gériatre, CHU, Lyon

**Marie NOBLET-DICK**, gériatre, CHU, Strasbourg

**Jean ROCHE**, psycho-gériatre, CHRU, Lille

**Denise STRUBEL**, neuro-gériatre, CHU, Nîmes

**Thierry VOISIN**, neuro-gériatre, CHU, Toulouse

**Lisette VOLPE-GILLOT**, neuro-gériatre, Hôpital Léopold Bellan, Paris



# SOMMAIRE



## 4/ 1. Qu'est ce qu'une unité cognitivo-comportementale (UCC) ?

11/ Vidéo "Les UCC : un cadre de vie adapté"

## 19/ 2. Critères et modalités d'admission

24/ Vidéo "Les limites des UCC"

## 25/ 3. La prise en soin en UCC

27/ L'évaluation du patient en UCC

34/ Le projet de soin en UCC - pluridisciplinaire et interprofessionnel

39/ Les thérapies non médicamenteuses (TNM)

49/ Traitement des troubles du comportement - le recours aux psychotropes

57/ L'accompagnement des aidants en UCC

63/ La préparation de la sortie de l'UCC

## 70/ 4. L'équipe soignante d'UCC

79/ Vidéo "Retour sur les enquêtes DGOS/SFGG"

## 80/ 5. Les filières de soin UCC

## 92/ Conclusions

## 93/ Remerciements



## 1.

### Qu'est ce qu'une unité cognitivo-comportementale (UCC) ?

- Contexte de la création
- Cahier des charges
- Couverture territoriale
- Données de l'enquête DGOS/SFGG
- Place dans la filière de soin



## 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 :** 72 UCC en juin 2013



# Cahier des charges de l'UCC



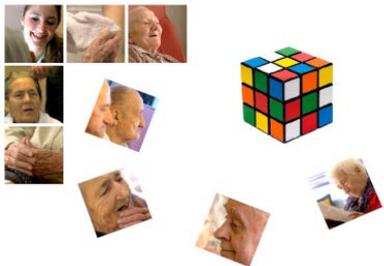
- SSR spécialisé pour des patients présentant des troubles du comportement (TC) productifs dans le cadre d'une Maladie d'Alzheimer ou une Maladie Apparentée (MAMA)
- Unité identifiée de 10 à 12 lits
- Sont définis les critères d'orientation, la nature des soins, les ressources humaines et les considérations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

# 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)
- Provenance : essentiellement le domicile ou un EHPAD



CIRCULAIRE du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012

# 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 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



CIRCULAIRE du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012



# 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 soins en gériatrie (ASG)

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



# Considérations architecturales et matérielles



En option, lecture de la vidéo (6'40'') :  
[Les UCC : un cadre de vie adapté](#)



# Enquête DGOS/SFGG 2013



- **Objectifs :**

Évaluation des UCC ouvertes et accueillant des patients sur :

- Données structure
- Typologies de patients et leur trajectoire
- Thérapeutiques utilisées

- **Moyens :**

Enquête auprès des médecins responsables des UCC

Réalisation : mai - juin 2013 auprès des 72 UCC ouvertes

Mode de diffusion : Questionnaire Excel

- **Taux de réponse :**

100% de retour de questionnaires renseignés

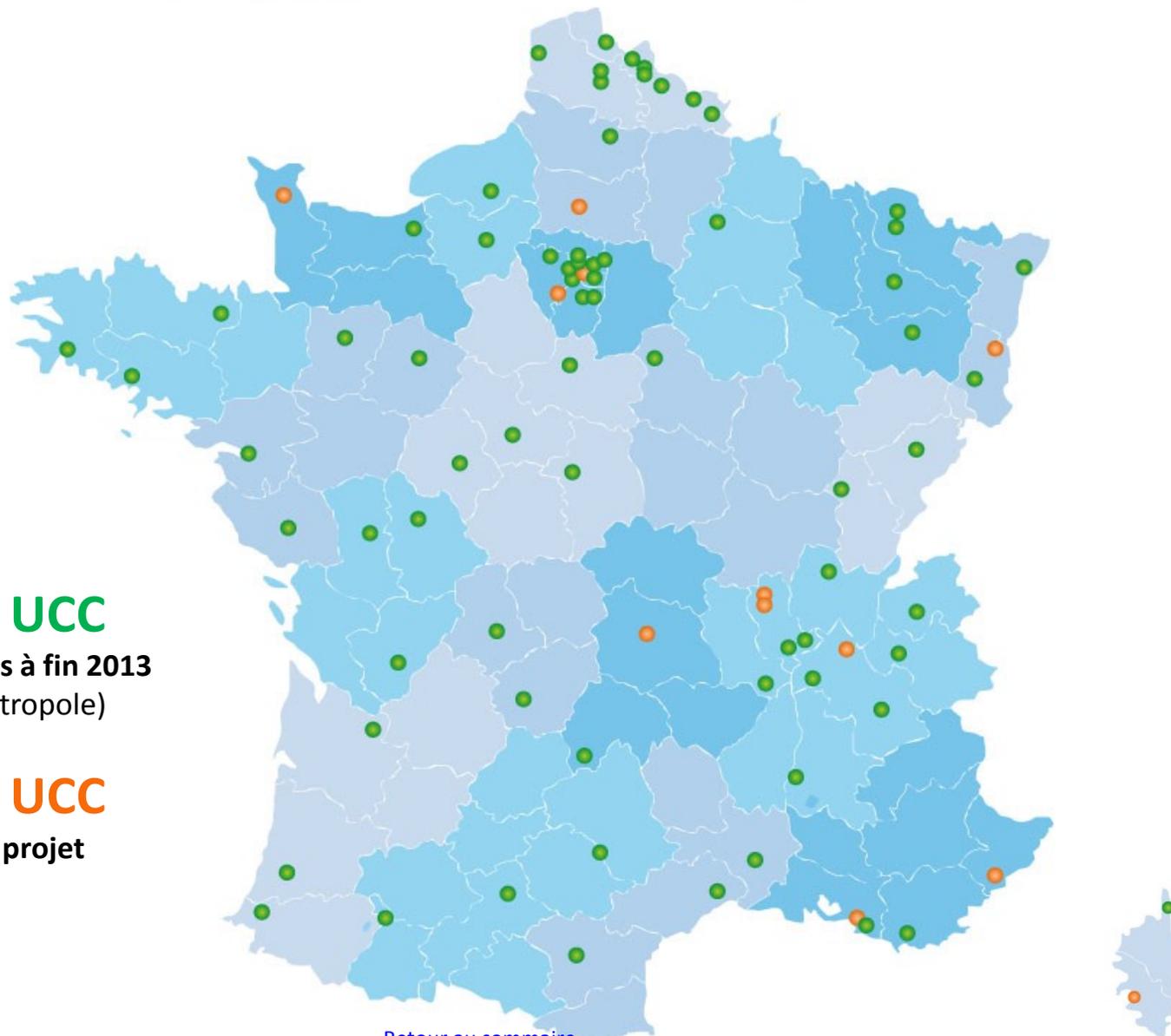
# Caractéristiques des UCC en 2013



- **72 UCC sont ouvertes, soit 801 lits**
  - 80% des UCC sont publiques
  - 8% sont privées
  - 11% sont des Établissements de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC)
  - 27% des UCC sont dans un CHU
  - 54% dans un centre hospitalier
  - 15% sont dans un établissement de SSR
  - 58% des UCC sont rattachées à un pôle de gériatrie



# UCC : couverture territoriale en 2013



**72 UCC**

ouvertes à fin 2013  
(métropole)

**12 UCC**

en projet

# UCC : couverture territoriale en 2013

(en italique : les UCC en projet)



## ALSACE

- CH COLMAR Centre pour personnes âgées
- CHU STRASBOURG Robertsau
- *CH MULHOUSE*

## AQUITAINE

- Le Verger des Balans, ANNESSE-ET-BEAULIEU
- Centre médical Léon Dieudonné, COMBO-LES-BAINS
- CH DAX

## AUVERGNE

- CH AURILLAC Centre Jean Vignalou
- *CHU CLERMONT-FERRAND Hôpital Nord*

## BOURGOGNE

- CH SENS

## BRETAGNE

- CH DINAN
- Clinique les Glénans, BENODET
- CHBS LORIENT

## CENTRE

- CH VIERZON La Noue
- CHU TOURS l'Ermitage
- CH BLOIS
- CHR ORLÉANS/SARAN

## CORSE

- Maison de convalescence La Palmola, OLETTA
- *CH AJACCIO*

## CHAMPAGNE-ARDENNE

- CHU REIMS

## FRANCHE COMTE

- CHG DOLE
- CSR les Tilleroyes, BESANÇON

## ILE-DE-FRANCE

- APHP/Hôpital Bretonneau, PARIS
- APHP/CH Rothschild, PARIS
- *APHP/Hôpital Broca, PARIS*
- CH Léopold Bellan, PARIS
- APHP/CH Coirentin Celton, ISSY-LES-MOULINEAUX

- *APHP/CHU Emile Roux, LIMEIL-BREVANNES*
- CHI MEULAN les Mureaux, BECHEVILLE
- Clinique SAINT-RÉMY-LÈS-CHEVREUSE
- HPGM Les Magnolias, BALLAINVILLIERS
- Fondation Roguet, CLICHY
- CH SAINT-DENIS Casanova
- CH Les Hôpitaux Saint-Maurice, SAINT-MAURICE

## LANGUEDOC-ROUSSILLON

- ASM LIMOUX
- CHRU MONTPELLIER Antonin Balmès
- CHU NIMES

## LIMOUSIN

- CH BRIVE
- CHU LIMOGES

## LORRAINE

- CHU NANCY Saint-Julien
- CHR METZ-THIONVILLE
- CH Saint François, MARANGE-SILVANGE
- CHI Emile Durkheim, GOLBEY

## MIDI PYRENEES

- Centre de soins, LA CLAUZE
- CHU TOULOUSE Purpan
- CH VIC-EN-BIGORRE

## NORD PAS DE CALAIS

- CMMF BAILLEUL
- CH LOOS-HAUBOURDIN
- CH BOULOGNE-SUR-MER
- CH SECLIN
- CH HAUTMONT
- Clinique Saint-Roch, MARCHIENNES
- CH LE QUESNOY
- CHRU LILLE Les Bateliers
- CH LENS
- CH ARRAS

## BASSE NORMANDIE

- CH LISIEUX
- *CH du Cotentin, VALOGNES*

[Retour au sommaire](#)

## HAUTE NORMANDIE

- CHU ROUEN Oisseil
- Hôpital La Musse, SAINT-SEBASTIEN-DE-MORSENT

## PACA

- *APHM/Hôpital Sainte-Marguerite, MARSEILLE*
- *CH CANNES Isola Bella*
- CHI TOULON-LA SEYNE Site Clémenceau
- Centre gérontologique La Tour Blanche, MARSEILLE

## PAYS DE LOIRE

- CHU NANTES Beauséjour
- CH LAVAL
- CH LE MANS
- CH LA ROCHE-SUR-YON

## PICARDIE

- *CH BEAUVAIS*
- Hôpital VILLIERS-St-DENIS La Renaissance Sanitaire

## POITOU CHARENTES

- CH ANGOULÊME
- CHU POITIERS La Milétrie
- CH Nord Deux-Sèvres PARTENAY

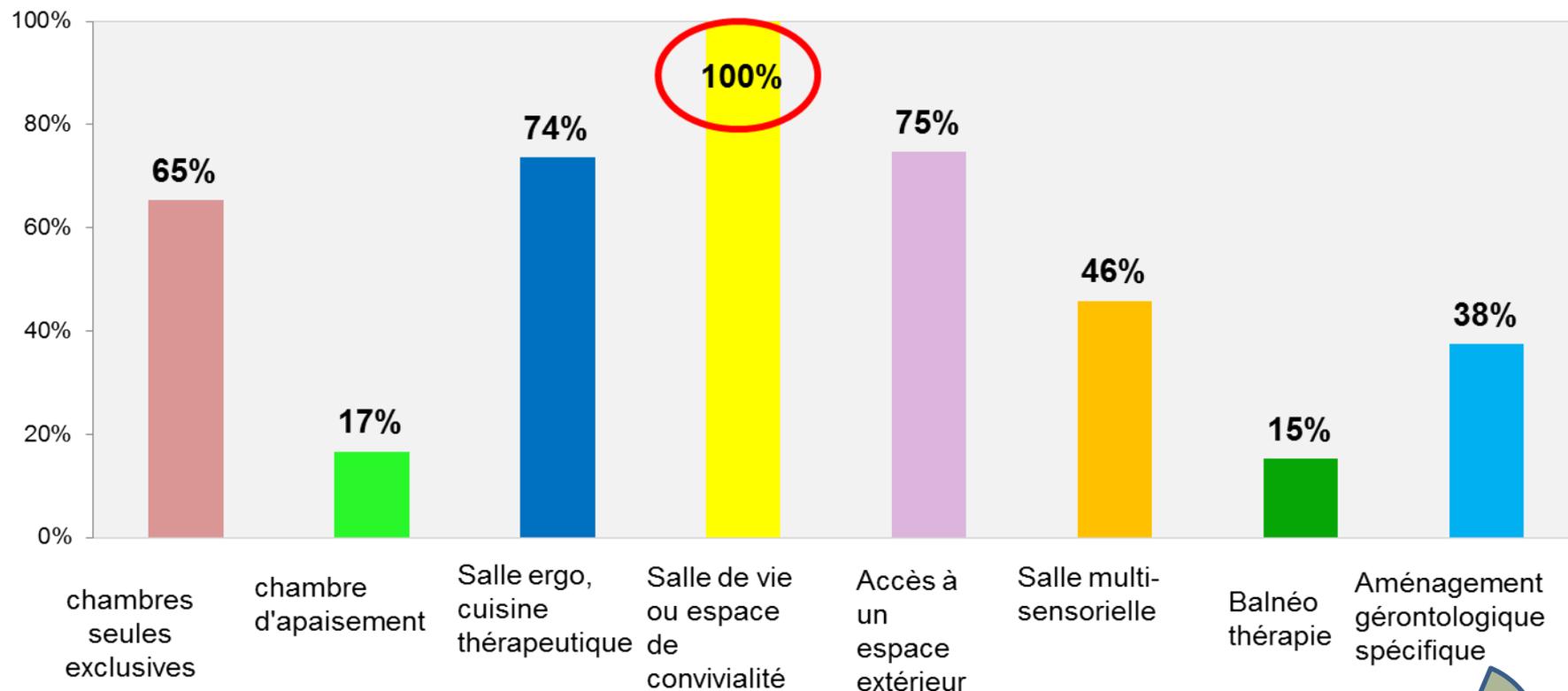
## RHÔNE ALPES

- CH BOURG EN BRESSE Hôtel Dieu
- *CH TREVOUX Réseau Val de Saône*
- *CH VILLEFRANCHE/SAÔNE Réseau Val-de-Saône*
- CH MONTÉLIMARD
- CHU GRENOBLE
- CH Lucien Hussenel, VIENNE
- CHU SAINT-ETIENNE Hôpital de la Charité
- Hôpital Saint Jean de Dieu, LYON
- HCL Les Charpennes, VILLEURBANNE
- CHS CHAMBÉRY
- *CH LA TOUR DU PIN*
- CH DE LA RÉGION D'ANNECY

## OCEAN INDIEN

- CHR REUNION Site sud/LE TAMPON

# Les aménagements spécifiques dans l'enquête DGOS/SFGG 2013



## Autres aménagements spécifiques :

horloge mémorielle, détecteurs de mouvements dans les chambres, détecteurs de chutes, guidance par les couleurs, phonie musicale individualisée dans chaque chambre, bracelets anti-fugues, projet d'acquisition de robot thérapeutique...

[Retour au sommaire](#)



# L'UCC, un maillon nouveau dans la filière et le parcours de santé



- **L'UCC est un recours pour :**
  - Les médecins généralistes
  - Les médecins coordonnateurs d'EHPAD
  - Les consultations mémoire et les hôpitaux de jour
  - La filière gériatrique
  - Les équipes mobiles gériatriques extrahospitalières
  - Les Centres Locaux d'Information de Coordination gérontologique (CLIC)
  - Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)
  - Les plateformes de répit
- **Un maillon supplémentaire** dans la prise en soin de la maladie d'Alzheimer, qui est un modèle de maladie chronique évolutive



# Place des UCC dans la filière de soin



- **En aval** des structures MCO non spécialisées pour ce type de patients
- **En aval** direct des services d'urgence après éventuellement avis des équipes mobiles de gériatrie
- **En amont** de structures d'hébergement (EHPAD, PASA, UHR) et/ou de relais à domicile adaptés à la prise en charge de patients instables (ESAD, HAD, SSIAD)
- **Un partenaire** indispensable avec le médecin traitant et les médecins coordonnateurs



## 2.

### Critères et modalités d'admission

- Critères d'admission
- Profil des malades (enquête DGOS/SFGG)
- Limites des UCC





# Critères d'admission

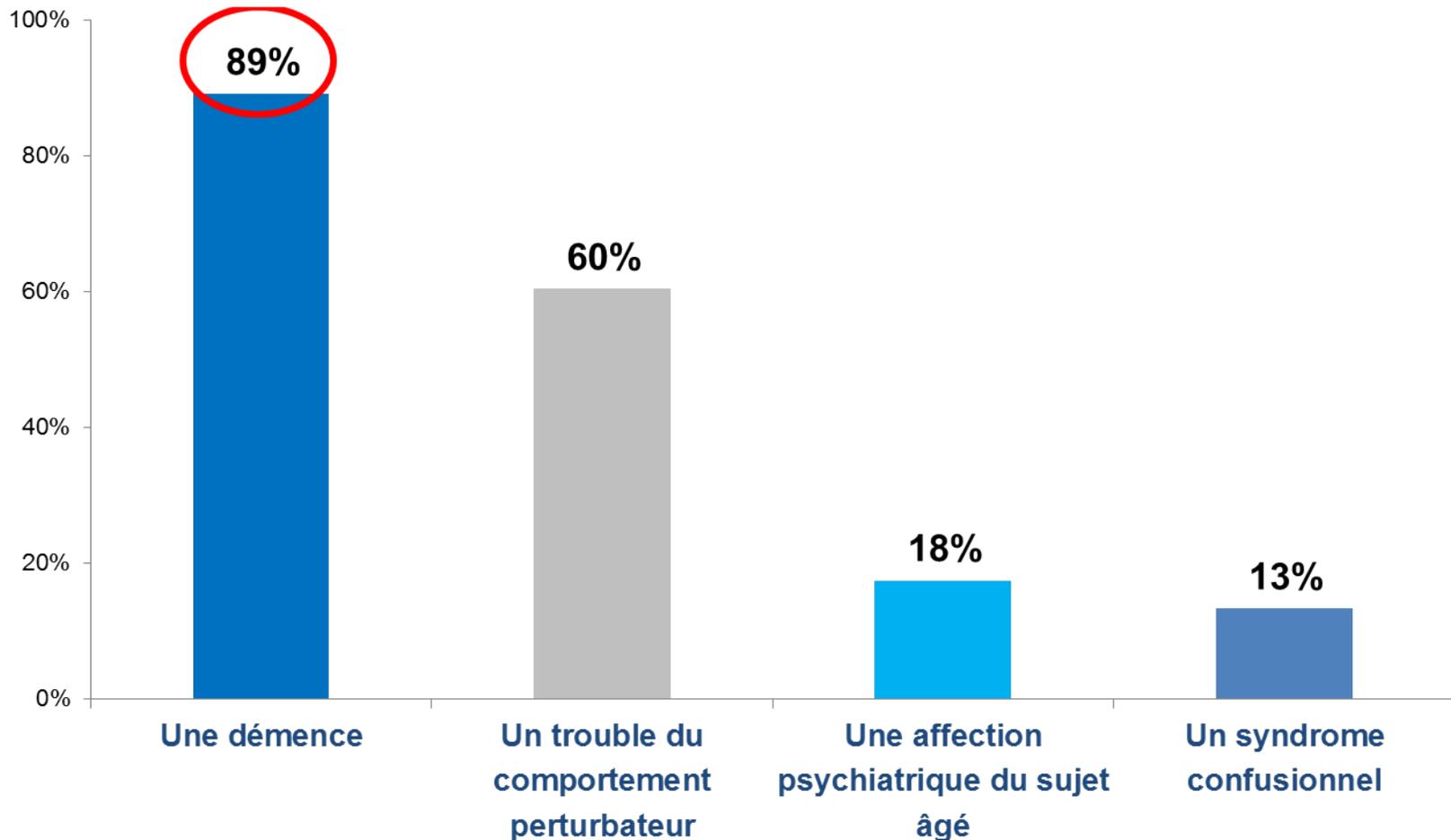


- **Demande d'un médecin** de ville ou d'un médecin hospitalier
- **Patient porteur d'une MAMA**, quel que soit son âge, autonome pour les déplacements
- **Situation de crise** : apparition, aggravation ou déséquilibre de TC retentissant sur les relations du patient avec l'entourage familial, social et/ou professionnel, et nécessitant une prise en soin spécifique
- **Les TC sont surtout de type productif** : agressivité, hyperémotivité, hallucinations, délire, troubles moteurs, agitation, agressivité, opposition aux soins, troubles du sommeil graves...

# Enquête DGOS/SFGG : typologie des patients accueillis



Sur les 20 derniers patients accueillis :



## L'UCC n'est pas ...



- **Une unité de psychiatrie** pour les pathologies psychiatriques du sujet âgé
- **Un lieu de diagnostic des syndromes confusionnels**, qui nécessitent une unité d'hospitalisation aiguë
- **Une unité de bilan étiologique des syndromes démentiels**
- **Une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR)**, qui accueille des malades présentant des TC chroniques dans le cadre d'une MAMA



# Les difficultés rencontrées par les UCC



- Le stade sévère des troubles et la présence d'un état grabataire avec TC productifs
- La densité en hommes avec des troubles sévères
- La capacité limitée à accueillir de nouveaux malades
- Les problèmes sociaux compliquant la sortie et déterminant la durée de séjour en UCC
- La petite taille de l'équipe soignante, avec risque majoré de déséquilibre ou d'épuisement
- La stigmatisation de l'UCC, conduisant à des refus des EHPAD d'accueillir des patients venant des UCC

# Les difficultés rencontrées par les UCC



En option , lecture de la vidéo (3'15'') :

[Les limites des UCC](#)



## 3.

### La prise en soin en UCC

- Evaluation
- Projet de soin avec traitement médicamenteux et non médicamenteux
- L'accompagnement des familles
- La préparation de la sortie



## Contrôler les TC et tenter de les prévenir :

- Assurer les soins médicaux, d'ajustement des thérapeutiques, de nutrition, de diagnostic et de traitement des pathologies déséquilibrées
- Assurer une rééducation et une réadaptation pour limiter les handicaps physiques, psychiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux
- Maintenir ou redonner de l'autonomie
- Prévenir l'apparition de la dépendance
- Assurer l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage
- Assurer l'information et le soutien des aidants
- Assurer le maintien de la socialisation de la personne âgée
- Assurer la préparation et l'accompagnement de la réinsertion familiale et sociale ou la préparation de l'entrée en EHPAD
- Proposer un lieu de stage pour les médecins, soignants, psychologues et rééducateurs
- Concourir à la recherche clinique et thérapeutique



# La prise en soin en UCC



## L'évaluation du patient en UCC

# Évaluation du patient en UCC (1)



- **Stratégie médicale de recherche étiologique des TC :**
  - Causes somatiques, psychologiques, environnementales et iatrogéniques
- Les causes peuvent être multiples
- **La démarche doit être systématique et raisonnée**  
(modèle de morbidité 1 + 2 + 3)



# Évaluation du patient en UCC (2)



- **Évaluation des troubles du comportement**
  - **Échelle NPI** (famille, équipe soignante),
  - Autres échelles comportementales : dépression, apathie, agressivité/agitation,
  - Évaluation psychiatrique (anxiété, dépression, délire)
- **Évaluation de la démence** : évaluation cognitive : **MMSE** ...
- **Évaluation de l'autonomie** : **ADL** et IADL
- **De la capacité décisionnelle**
- **Du fardeau de l'aidant** : échelle de Zarit





# Inventaire Neuro-Psychiatrique (NPI)



- Interview structurée d'un proche ou d'un professionnel dans la forme NPI-ES (Equipe Soignante)
- Utilisable par l'ensemble des professionnels notamment des assistants de soins de gérontologie (ASG)
- Recherche systématique de 12 troubles du comportement
- Les troubles de chaque domaine sont décrits en langage quotidien mais précis pour permettre les comparaisons entre les patients et la fidélité inter-observateurs
- La description est phénoménologique, sans référence aux entités nosologiques

# Les 12 items du NPI



## Symptômes psychotiques

1. Délire
2. Hallucination

## Symptômes d'hyperactivité

3. Agitation / agressivité
4. Euphorie
5. Désinhibition
6. Irritabilité / instabilité de l'humeur
7. Comportement moteur aberrant

**Comportements  
perturbateurs  
selon la HAS**

## Symptômes affectifs

8. Dépression
9. Anxiété
10. Apathie
11. Troubles du sommeil
12. Troubles de l'appétit





# Intérêts et limites de l'échelle NPI



## Intérêts :

- L'échelle est un outil pédagogique pour un langage commun
- Il permet un recensement exhaustif des troubles

## Limites :

- L'utilisation de l'échelle nécessite une formation des soignants
- Le retentissement des troubles est perçu différemment selon les évaluateurs
- La gravité des troubles est ressentie différemment entre les aidants familiaux et les professionnels
  - pas de comparaison possible entre les scores NPI domicile et en UCC

# Évaluation du patient en UCC



- **Dans le cadre de l'Évaluation Gérontologique Standardisée :**
  - Évaluation de la douleur\*
  - Évaluation nutritionnelle\*
  - Évaluation du risque d'escarre\*
  - Évaluation de l'équilibre et de la marche
  - Évaluation de la continence
  - Évaluation visuelle et auditive
  - Évaluation de la iatrogénie médicamenteuse

\* IPAQSS SSR

- **Evaluation sociale**
- **Evaluation des risques à domicile :** chutes, risques domestiques, financiers, maltraitance, ...

# La prise en soin en UCC



## Le projet de soin en UCC

Pluridisciplinaire  
et interprofessionnel

## Selon les 4 missions d'un SSR

### 1. Soins médicaux :

- Traitement des causes de la décompensation comportementale
- Rééquilibrage thérapeutique avec réduction des psychotropes
- Prise en charge des décompensations somatiques intercurrentes

### 2. Rééducation, réadaptation et réhabilitation (cognitive et comportementale)

**Projet thérapeutique individualisé** basé sur les thérapies non médicamenteuses en ateliers collectifs ou individuels

## Selon les 4 missions d'un SSR (suite)

### 3. Prévention, éducation thérapeutique

- Prévention des risques à domicile
- Prévention des ré-hospitalisations, de l'entrée en institution
- Éducation thérapeutique des aidants

### 4. Réinsertion

- Mise en place d'aides à domicile
- Organisation du suivi
- Préparation de l'entrée en institution
- Évaluation à distance de l'hospitalisation



# Le projet de soin individualisé



- Il est construit en équipe après la phase initiale d'observation du patient, à l'occasion d'une **réunion pluridisciplinaire**, après mise en commun des évaluations de tous les soignants
- Il comporte plusieurs volets :
  - Élaboration de stratégies relationnelles et comportementales pour faire face et prévenir les troubles du comportement au cours des soins ou en dehors des soins
  - Programme d'activités thérapeutiques structuré et adapté (activités collectives et individuelles)
  - Ajustement des traitements médicamenteux, notamment psychotropes
  - Soutien psychologique des aidants
  - Préparation de la sortie de l'UCC

# Le problème des contentions



- La contention physique ou chimique est une privation de liberté et doit être évitée au maximum, au bénéfice des autres stratégies
- Si nécessaire cependant, une contention peut être prescrite ponctuellement ou pour une durée brève,
  - En respectant les recommandations (1,2)
  - En précisant les indications (exemple contention ventrale d'endormissement chez un malade anxieux)
  - En restant très vigilant sur la survenue d'effets indésirables
- Des dispositifs de sécurisation des chambres peuvent limiter les intrusions des patients déambulants, notamment la nuit

(1) Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée (ANAES oct 2000)

(2) Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soin et de sécurité (ANAES - Conférence de consensus nov 2004)

# La prise en soin en UCC

## Le projet de soin



## Les thérapies non médicamenteuses (TNM)





# Les thérapies non médicamenteuses



- **Les thérapies non médicamenteuses (TNM) sont recommandées en première intention pour le traitement des troubles du comportement en situation de crise**

## Recommandations HAS :

- « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs », *mai 2009*
  - « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge », *décembre 2011*
- **Les TNM font partie intégrante de la prise en charge d'un patient atteint de démence en particulier de maladie d'Alzheimer**

# Les thérapies non médicamenteuses



## Les 4 types de TNM :

- Cognitives
- Psychosociales
- Corporelles
- Basées sur l'environnement



# Exemples de TNM en UCC



- Activité physique, gymnastique, danse
- Entraînement cognitif, revalidation cognitive, réminiscence
- Psychothérapie de soutien, comportementale, thérapie par l'empathie (validation)
- Musicothérapie
- Art thérapie
- Luminothérapie
- Pet thérapie
- Méthode multisensorielle (Snoezelen), aromathérapie
- Relaxation, massages
- Thérapies utilisant les nouvelles technologies
- Soutien, information, éducation des aidants



# Bonnes pratiques pour l'organisation d'un atelier de TNM



- Animation par un professionnel référent formé à une TNM avec un co-animateur
- Groupes de patients relativement homogènes
- Lieu dédié, au calme
- Programmation fixe et durée limitée
- Structuration et ritualisation
- Évaluation et traçabilité



# Exemple de fiche atelier



Nom de l'atelier :

Professionnels référents :

Type d'atelier : individuel ou collectif

Objectifs thérapeutiques :

Nombre de patients :

Type de patients :

Stade de la démence :

Nature des troubles du comportement :

Nature des troubles cognitifs :

Jour - horaire - durée :

Lieu :

Supports et matériel nécessaire :

Déroulement - Etapes :

# Les TNM en UCC (1)



- **Si les TNM sont recommandées en UCC, on manque cependant de preuves sur leur efficacité :**
  - Difficulté d'évaluation de ces thérapies
  - Faiblesse méthodologique des études publiées
  - L'étude ETNA, essai méthodologiquement correct sur des patients ambulatoires, a montré l'intérêt de personnaliser ces approches.
- **L'UCC est un lieu privilégié d'application de ces thérapies**





## Les TNM en UCC (2)



- **Elles sont au cœur du projet thérapeutique individualisé en UCC** pour éviter ou limiter le recours à des traitements médicamenteux.
- **Elles nécessitent :**
  - Une formation des soignants
  - Un travail préalable d'observation et de recueil d'informations sur les besoins et les envies du patient
  - Une structuration des ateliers (fiches atelier)
  - Un choix des types d'ateliers adaptés au patient déterminé en réunion pluridisciplinaire
  - La transmission des observations faites au cours des ateliers et analyse en réunion de synthèse pluridisciplinaire

# Enquête DGOS/SFGG : les TNM



## Les TNM les plus utilisées :

(Base : 69 UCC)



**Gym - Psychomotricité  
Kinésithérapie  
Ergothérapie Orthophonie**

**18%**

**Stimulation sensorielle  
Relaxation Snoezelen  
Luminothérapie**

**17%**

**Stimulation cognitive**

**15%**

**Art thérapie  
Activités manuelles  
Jeux Théâtre Peinture**

**13%**



## Les UCC doivent être un lieu de recherche sur les TNM

L'évaluation de ces thérapies est fondamentale pour :

- Apprécier leur efficacité
- Préciser leurs indications
- Évaluer leur rapport bénéfices/risques
- Évaluer leur coût
- Permettre de guider les politiques de santé





# La prise en soin en UCC

## Le projet de soin



# Traitement médicamenteux des troubles du comportement

Le recours  
aux psychotropes



# Le recours aux psychotropes en UCC



- **Les symptômes d'allure psychiatrique dans les démences ne sont pas des pathologies psychiatriques**

L'utilisation des traitements psychotropes dans les MAMA doit être adaptée :

- Des posologies souvent plus faibles
- Souvent pas d'AMM spécifique à ces pathologies
- Certains traitements sont même contre-indiqués ou déconseillés (comme les antipsychotiques) en raison de leurs effets indésirables et d'un risque d'aggravation des déficits cognitifs

# Principes d'utilisation des psychotropes en UCC



- **1<sup>ère</sup> phase : Observation**
  - Sauf urgence, évaluer le comportement du patient avec son traitement antérieur pendant quelques jours
  - Analyser l'évolution de ce traitement lors des dernières semaines ou mois avec l'entourage
  - Tenir compte de l'histoire de vie du patient et d'éventuels antécédents psychiatriques
- **2<sup>e</sup> phase : Adaptation**
  - Si nécessaire adapter le traitement (choix molécule, posologie...)
  - Limiter le nombre de psychotropes différents (2 maximum)
- **3<sup>e</sup> phase : Réévaluation**
  - Se donner du temps avant de conclure à une inefficacité

# Le recours aux psychotropes en UCC



- Les patients admis en UCC sont des patients particulièrement difficiles, souvent en échec thérapeutique après plusieurs essais de traitements psychotropes, introduits par différents médecins
- Les traitements à l'entrée sont parfois inadaptés, source d'effets indésirables et doivent être arrêtés
- Les associations de plusieurs psychotropes doivent être limitées
- L'évolution des troubles peut amener à réorienter le diagnostic



# Une prescription difficile



- **Peu d'études prouvent l'efficacité des psychotropes dans les TC des MAMA**
- Les recommandations de la HAS proposent de trouver un équilibre entre la recherche d'efficacité et la prévention du risque iatrogène

**Ces traitements sont souvent utilisés de façon empirique**

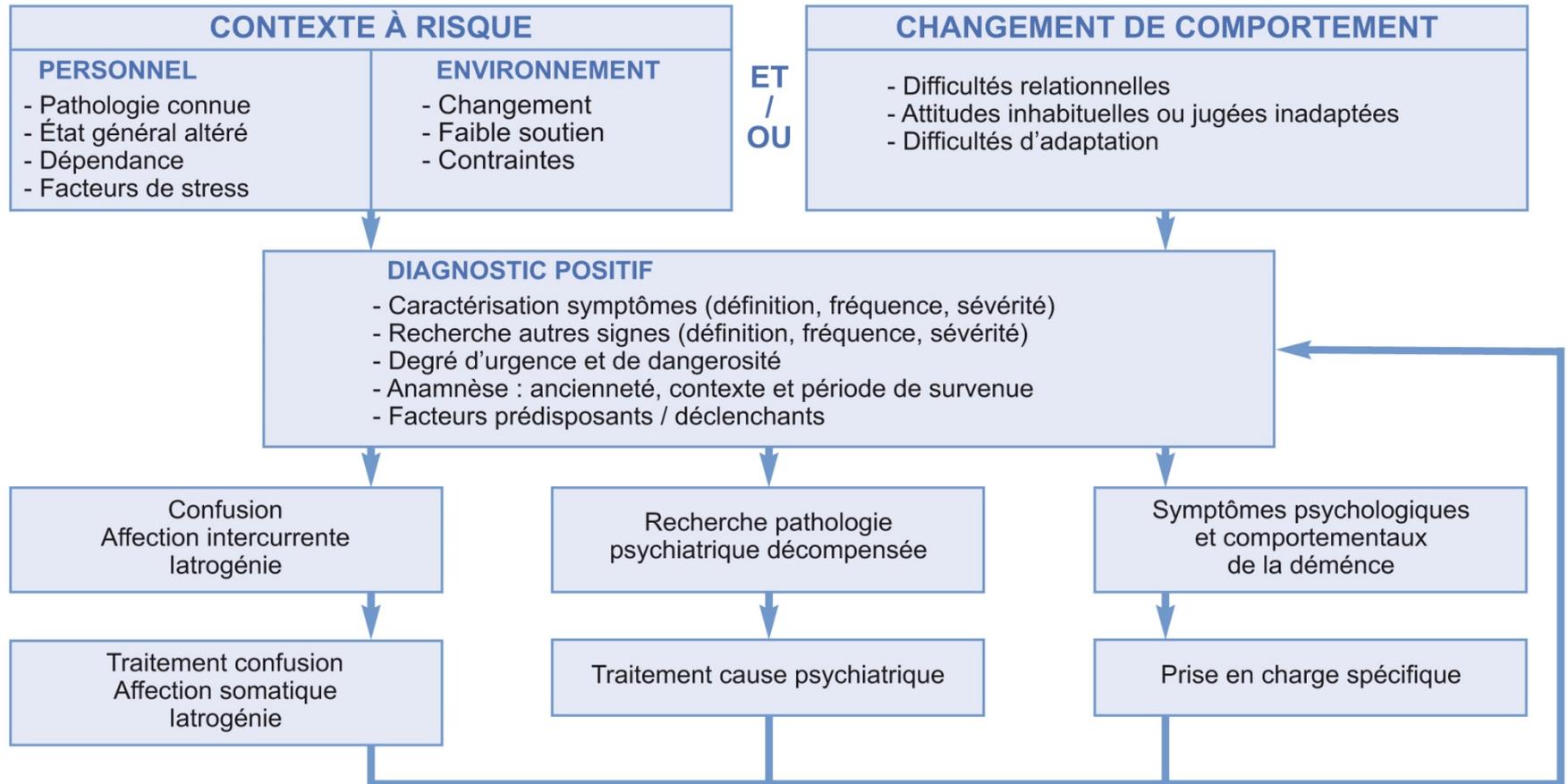
Prise en charge des troubles du comportement perturbateurs dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées  
(Recommandations HAS 2009)

# Prise en charge des troubles du comportement perturbateur

Recommandations  
HAS 2009



## Notion de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée



Réévaluation régulière par plusieurs sources



## Ne pas oublier que :



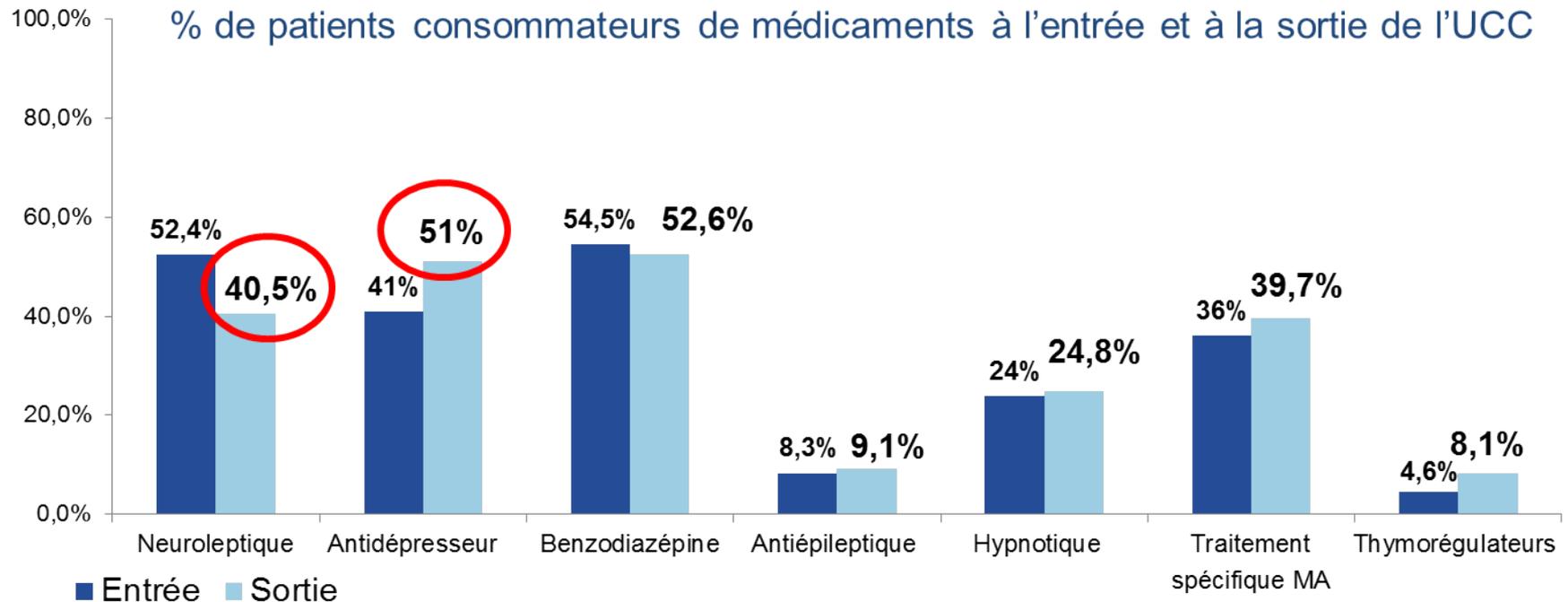
- **Les traitements médicamenteux ne sont proposés qu'après échec des TNM... mais le médicament est souvent utile**
- **Un syndrome confusionnel** doit toujours être recherché surtout si le trouble du comportement est apparu rapidement
- **Un excès de psychotrope devient un mode de contention**
- **Les objectifs des traitements psychotropes en UCC visent un bénéfice pendant l'hospitalisation et au décours du passage en UCC**

***Primum non nocere***

# Enquête DGOS/SFGG : Évolution des traitements psychotropes à l'entrée et la sortie en UCC



- 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

# La prise en soin en UCC



## L'accompagnement des aidants en UCC

# Rôles des UCC auprès des aidants



- Rôle de soutien psychologique
- Explication sur les troubles
- Transmission de stratégies de prévention
- Education thérapeutique
- Reconstruction après une période de crise
- Aide à la maturation de décision telle l'entrée en institution
- Orientation vers des structures d'aide : plateformes de répit, association France Alzheimer...





# Le contexte pour l'aidant



- **Si le patient est à domicile :**
  - Souffrance de l'aidant avec incompréhension devant les TC
  - Épuisement fréquent de l'aidant : point de rupture ?
  - grande attente, parfois démesurée, des soins en UCC
- **Si le patient est en institution :**
  - L'aidant n'est pas toujours informé des TC du patient dans l'institution
  - La culpabilité de l'aidant à cause des TC est possible
  - L'aidant est parfois en conflit avec l'institution



# Recueil de données auprès de l'aidant



## Rencontre de l'aidant avec plusieurs membres de l'équipe dans les premiers jours pour recueillir :

- Histoire de la maladie, histoire des TC et effets des traitements, antécédents (médecin)
- Histoire de vie, habitudes de vie, personnalité (équipe soignante, psychologue)
- Effet des PEC non médicamenteuses (équipe soignante, psychologue)
- Echelle NPI à domicile (équipe soignante, psychologue)
- Contexte familial, retentissement de la maladie sur l'aidant (psychologue)
- Bilan des aides et des besoins (travailleur social)

# Information de l'aidant sur l'UCC



- Expliquer le fonctionnement de l'UCC
- Expliquer la complexité de la situation
- Proposer des objectifs personnalisés au séjour en UCC
  - Améliorer les TC par la prise en charge
  - Offrir un répit à l'aidant
  - Préparer le projet de sortie
- Proposer des rencontres régulières et amener à une participation de la famille aux décisions



# Travail d'équipe avec les aidants



- **Chaque acteur a un rôle spécifique auprès des aidants de par sa compétence**
- **Nécessité d'une mise en commun des observations avec analyse partagée**
- **Des actions doivent être décidées en équipe pluridisciplinaire**
- **La famille est partenaire du soin tout le long du séjour**



# La prise en soin en UCC



## La préparation de la sortie de l'UCC

# Modalités de sortie



- **Retour à domicile dans les conditions antérieures**
- **Accueil en famille**
- **Retour en EHPAD**
- **Admission en EHPAD**
- **Admission en famille d'accueil**
- **Transfert dans un service MCO** (problème médical)
- **Transfert dans un service de psychiatrie** (pathologie psychiatrique ou TC graves)





# Anticipation de la sortie



- **A l'entrée :**
  - Quel est le souhait du patient ?
  - Quel est le souhait de la famille : du conjoint ? des enfants ?
  - Avis de l'EHPAD ?
- **Après observation en UCC** et évaluation de la situation par l'équipe de l'UCC :
  - Quelle orientation préconise l'équipe soignante ?
- **Choix de la date de sortie** en équipe pluridisciplinaire avec concertation de la famille lorsque le patient est considéré comme stabilisé

## 2 situations type selon l'évolution des TC :

- **Amélioration des TC → retour dans le lieu de vie antérieur en :**
  - Travaillant sur la prévention des TC
  - Renforçant les aides
- **Stabilité des TC → ajustement nécessaire**
  - **Retour à domicile** → renforcement des aides avec la famille, relai avec professionnels, proposer des solutions de répit
  - **Entrée en institution**, EHPAD ou UHR ou en famille d'accueil  
→ choix de la structure et préparation de la famille



# Propositions pour le retour à domicile

- Suivi en consultation mémoire ou en hôpital de jour
- Demande ou Réévaluation de l'APA → mise en place d'aides à domicile (problème du délai)
- Structures de répit : accueil de jour, hébergement temporaire, plate-forme de répit
- Equipe spécialisée Alzheimer à domicile (ESAD)
- Réseau de soin
- Education thérapeutique de l'aidant
- Soutien par l'association France Alzheimer ou suivi psychologique de l'aidant

**Insérer le patient dans une filière de soin**

# Préparation du retour ou de l'admission en EHPAD



- Contact téléphonique entre les 2 équipes soignantes
- Visite de l'équipe soignante d'EHPAD ou de l'UHR en UCC pour échange autour de la prise en charge du malade, éventuellement en présence de la famille
- Date fixée conjointement avec l'EHPAD
- Documents de liaison précis
- Transfert de compétences
- Contact téléphonique systématique par l'IDE de l'UCC pour le suivi

**Accompagner l'EHPAD dans la prise en soin du patient**



# Comment réussir la sortie d'UCC ?

- Lien avec les partenaires extérieurs : SSIAD, MAIA, accueil de jour, plate-forme de répit....
- Transmission d'informations pertinentes à l'aide de documents spécifiques
- Accompagnement de la sortie par l'équipe de l'UCC
- Suivi par une équipe mobile extra-hospitalière
- Suivi téléphonique par l'UCC à intervalle régulier
- Suivi en consultation

**Objectif : éviter les ré-hospitalisations**



## 4.

### L'équipe soignante d'UCC

- La qualification des professionnels
- Les nouveaux métiers
- Les effectifs



# Une équipe soignante pour quel projet thérapeutique ?



- La prise en soin en UCC nécessite un programme d'activités structuré et adapté aux symptômes comportementaux
- Les qualifications suivantes doivent pouvoir être développées : psychomotricité, ergothérapie, orthophonie
- Les modalités de fin de prise en charge dans cette unité spécifique doivent être définies lors de l'élaboration de chaque projet thérapeutique

# Ressources humaines et qualité des professionnels



- **En plus des personnels habituels de l'unité SSR, il faut des professionnels dédiés et spécifiques du soin et de l'accompagnement :**
  - Médecin ayant une expérience ou une formation en réhabilitation cognitivo-comportementale
  - Psychologue
  - Professionnels de rééducation : psychomotricien, ergothérapeute,...
  - Personnels paramédicaux (dont des assistants de soins en gérontologie)
- **Le recours à un psychologue doit être prévu pour les équipes soignantes**



## De « nouveaux métiers »



- **Mesure N° 20 du plan Alzheimer 2008-2012 : Un plan de développement de métiers et de compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer**

Amélioration de la prise en charge des malades par la mise à disposition de **compétences professionnelles nouvelles** :

**1/ Identification et professionnalisation d'une fonction « d'Assistant en Soins Gériatriques »**

L'assistant en soins gériatriques contribue à la prise en charge des malades en situation de grande dépendance ou présentant des troubles cognitifs : il lui appartiendra de suivre le plan de soins, d'aide et d'accompagnement proposé par l'équipe médicale et l'infirmière coordonnatrice. L'aide à la vie quotidienne, les techniques de soins spécifiques, la démarche de soins de soutien sont au cœur de son métier

- **Mesure N° 20 du plan Alzheimer 2008-2012 (suite) :**  
Amélioration de la prise en charge des malades par la mise à disposition de **compétences professionnelles nouvelles** :

## **2/ Mise à disposition de personnels spécialisés dans les métiers de la réhabilitation cognitive et comportementale**

- La formation initiale des ergothérapeutes et des psychomotriciens intègre un module de formation axé sur les neurosciences et la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer
- Les objectifs d'amélioration de la prise en charge des malades conduisent à prévoir la formation initiale de 2000 professionnels psychomotriciens et ergothérapeutes supplémentaires
- Ces personnels nouveaux interviendront en établissements, SSR, SSIAD



# Effectifs théoriques et réels



- **Effectifs théoriques :**

- La circulaire ne précise pas de ratio en personnel mais liste des intervenants pour réaliser le projet thérapeutique dans le cadre du projet médical de l'UCC
- Le surcoût annuel d'une UCC (charges supplémentaires liées à l'identification de 10-12 lits) a été estimé à 200 000 € en frais de fonctionnement et de structure (montant reconductible)
- Un descriptif de l'existant à partir des deux enquêtes nationales SFGG/DGOS permet de préciser ces effectifs

# Nombre et type de professionnels (1)



1<sup>ère</sup> enquête DGOS/SFGG 2011

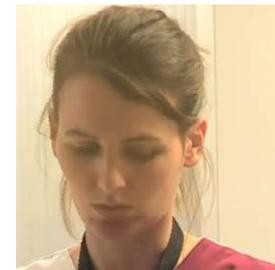
- Pour le personnel soignant, les effectifs moyens en journée étaient de :
  - 8,86 ETP, repartis en 3,06 infirmiers, 5,8 aides-soignants dont 0,7 assistant en soins gériatologiques et 0,5 ETP d'ASH
- Le personnel de nuit était de **2,05 ETP** (infirmiers et aides-soignants)
- Le ratio de personnel est très disparate d'une UCC à l'autre

ETP de paramédicaux	Nb d'UCC sur 43	Proportion par UCC
<b>ETP ergothérapeutes/psychomotriciens</b>		
< 0,5	5	12%
de 0,5 à 0,9	24	56%
≥ 1	11	26%
Effectif mutualisé	3	7%
<b>ETP infirmiers</b>		
< 5	36	84%
de 5 à 10	5	12%
≥ 10	1	2%
Effectif mutualisé	1	2%
<b>ETP aides-soignants</b>		
de 1 à 5	20	47%
de 5 à 10	21	49%
≥ 10	2	5%

## Nombre et type de professionnels (2)

2<sup>ème</sup> enquête DGOS/SFGG 2013

- Grande hétérogénéité du ratio en personnel soignant entre les UCC
- Le projet médical de l'unité conditionne les moyens
- L'inter-disciplinarité et l'inter-professionnalité sont assurées



# Difficultés du travail de soignant en UCC



- **Difficultés**

- Pénibilité ressentie
- Charge émotionnelle
- Risques liés aux troubles du comportement (agressivité verbale, physique...)

- **Réponses**

- Soignants motivés
- Personnels formés
- Supervision d'équipe
- Temps d'échange avec une psychologue
- Analyse de pratique et réflexion d'équipe
- Voire dispositif spécifique pour travailleur isolé



# Difficultés du travail de soignant en UCC



En option , lecture de la vidéo (6'10'') :

[Retours sur les enquêtes DGOS/SFGG](#)



## 5.

### Les filières de soin UCC





# Les enjeux des admissions en UCC



**L'UCC doit intégrer sa spécificité au sein de la filière de prise en charge des patients et donc maîtriser sa filière d'amont et d'aval :**

- **Respecter la typologie des patients** selon le cahier des charges
- **Respecter les indications d'hospitalisation**
  - L'attente d'une place en EHPAD n'est pas une indication d'hospitalisation ou de prolongement d'hospitalisation
  - La décompensation d'une pathologie psychiatrique n'est pas une indication d'admission en UCC
- **Lutter contre la pression des autres services**, notamment des services d'urgences
- **Définir un projet de soin individualisé** avec le patient et sa famille, avec des objectifs réalistes ...



# L' UCC est une unité SSR

- L'entrée directe à partir des urgences n'est pas une voie d'entrée habituelle
- Comme le préconise la HAS, **devant des troubles du comportement perturbateurs, un bilan à la recherche d'une cause somatique s'impose, qui relève d'une hospitalisation en court séjour**
- L'UCC est basée sur une tarification SSR (moyens humains et plateau technique) et il est préconisé dans le cahier des charges une admission « après un bilan médical approprié »

Mesure n° 17 plan Alzheimer 2008-2012  
Création d'UCC : Contexte et enjeux

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

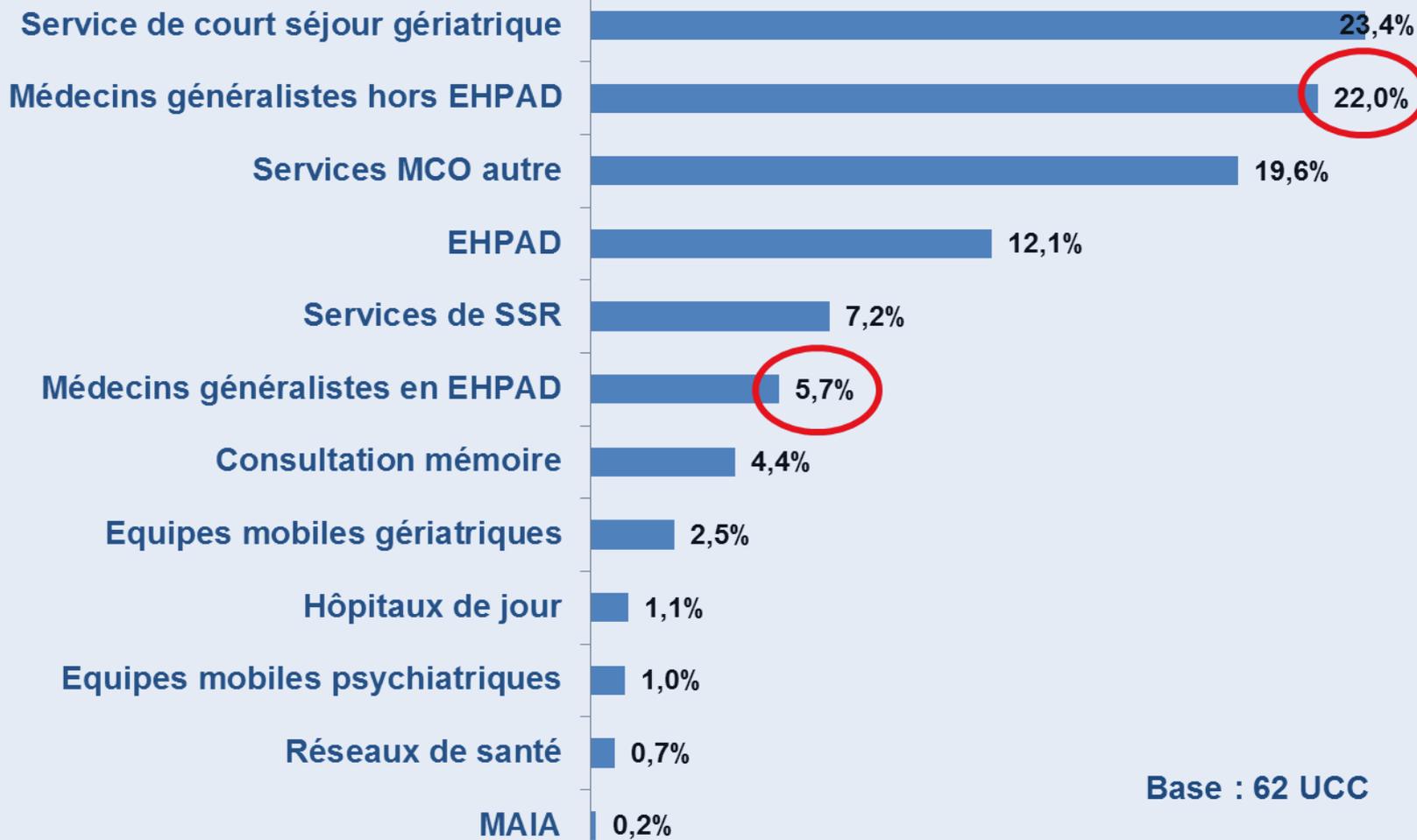
Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs

RECOMMANDATIONS

Mai 2009

# Provenance des patients

## Enquête DGOS/SFGG



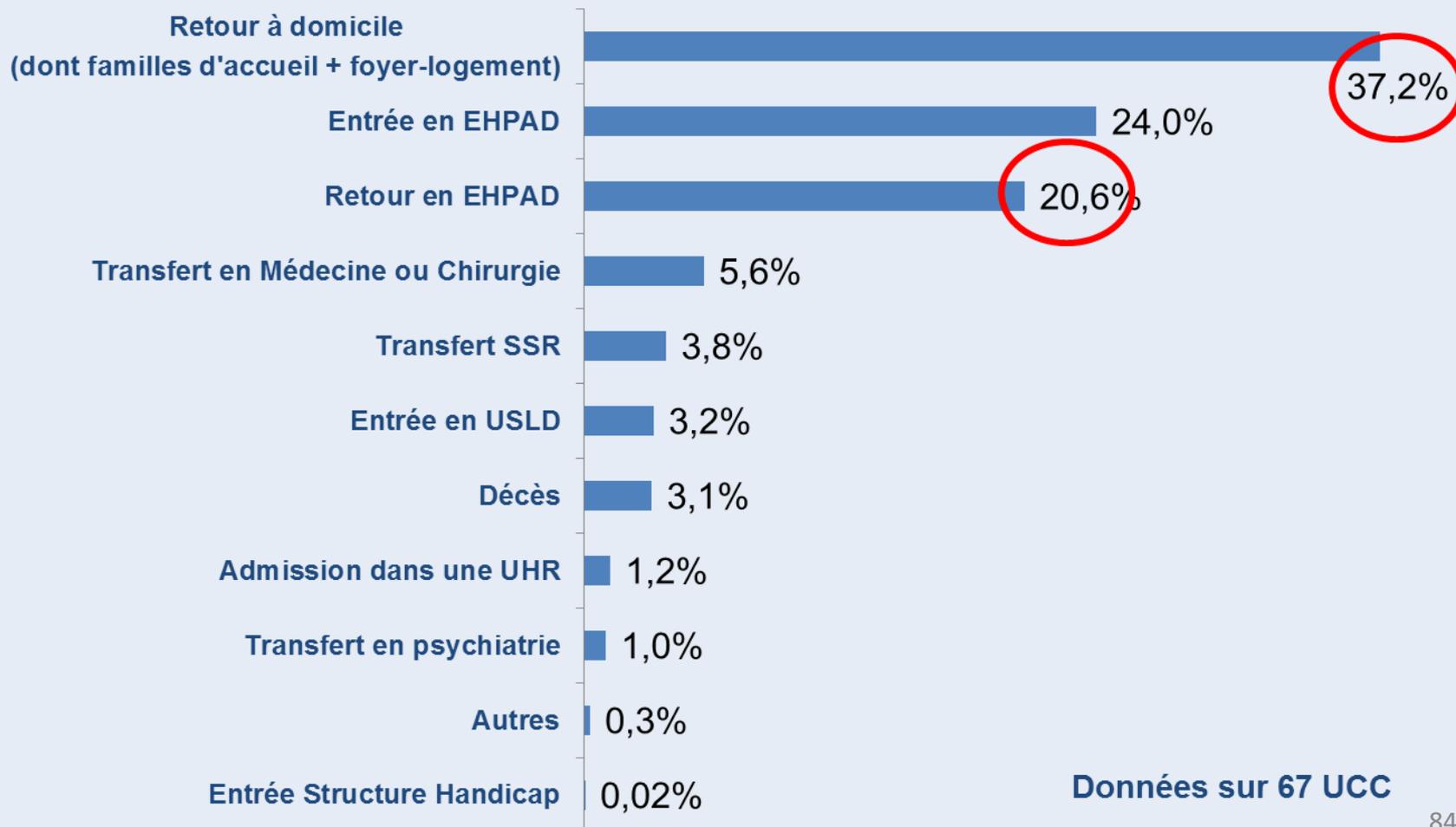
Base : 62 UCC

# Mode de sortie des patients

## Enquête DGOS/SFGG



**58 % des patients retournent à leur domicile antérieur**



Données sur 67 UCC



# Liens avec les unités de court séjour



- Plus de 40% des admissions en UCC proviennent d'unités de court séjour (gériatrie ou autres spécialités)
- L'évolution durant le séjour peut nécessiter un transfert en MCO ou en psychiatrie, ce qui reflète la complexité et la fragilité de ces patients
- **Certaines filières ont mis en place des courts séjours « Alzheimer »** qui pourraient être le maillon manquant  
Ces unités assurent le bilan somatique et intègrent :
  - Les thérapeutiques non-médicamenteuses
  - La formation et le soutien des aidants et des professionnels
  - Un environnement adapté



# Les nombreux interlocuteurs du domicile



**Les acteurs du domicile, renforcés par des structures spécifiques créées par le 3<sup>e</sup> Plan Alzheimer, sont des interlocuteurs habituels (et privilégiés) de l'UCC pour :**

- Une admission
- Un avis diagnostique
- Un conseil pour la prise en soin
- Une aide pour orienter au mieux le patient

**On peut citer notamment :**

- Les réseaux gérontologiques
- Les MAIA et les CLICs
- Les accueils de jour et plateformes de répit
- Les SSIAD et ESAD ...



# Les EHPAD, des partenaires privilégiés



- Les EHPAD rencontrent des difficultés dans la prise en soin des troubles psycho-comportementaux des résidents présentant une MAMA, source d'épuisement des soignants
- Les UCC ont un rôle dans l'accompagnement des soignants et dans leur formation → **transfert de compétences**
- Les liens de l'UCC avec les EHPAD peuvent s'appuyer sur une équipe mobile spécifique, voire une téléassistance



# Comment optimiser les admissions en UCC ?



- Consultation de pré admission
- Dossier d'admission spécifique (éventuellement via le logiciel ViaTrajectoire®)
- Commission pluri-disciplinaire d'admission
- Consultation « Comportement » de semi-urgence
- Equipe mobile gériatrique intra ou extra-hospitalière (exemple de IEMMA de Lyon)
- Filière gériatrique habituelle (court séjour/SSR) ou spécialisée (court séjour Alzheimer/UCC)

**Le délai de réponse doit être rapide face à l'urgence de certaines situations**



# Les partenaires privilégiés de la sortie



- **Le retour à domicile (ou en EHPAD) est le mode de sortie majoritaire**
- **Le projet de sortie est établi dans une démarche éthique intégrée dans le projet de soin** prenant en considération
  - Les souhaits des patients et des familles
  - Les besoins des patients et des familles
  - Une large collaboration avec le réseau médico-social
- Plus de 80 % des UCC interrogées en 2011 déclarent rencontrer des difficultés pour organiser la sortie
- **Les structures telles que les UHR, les HDJ SSR, accueils de jour et les services de soins à domicile sont des maillons indispensables pour la poursuite de la prise en soin**



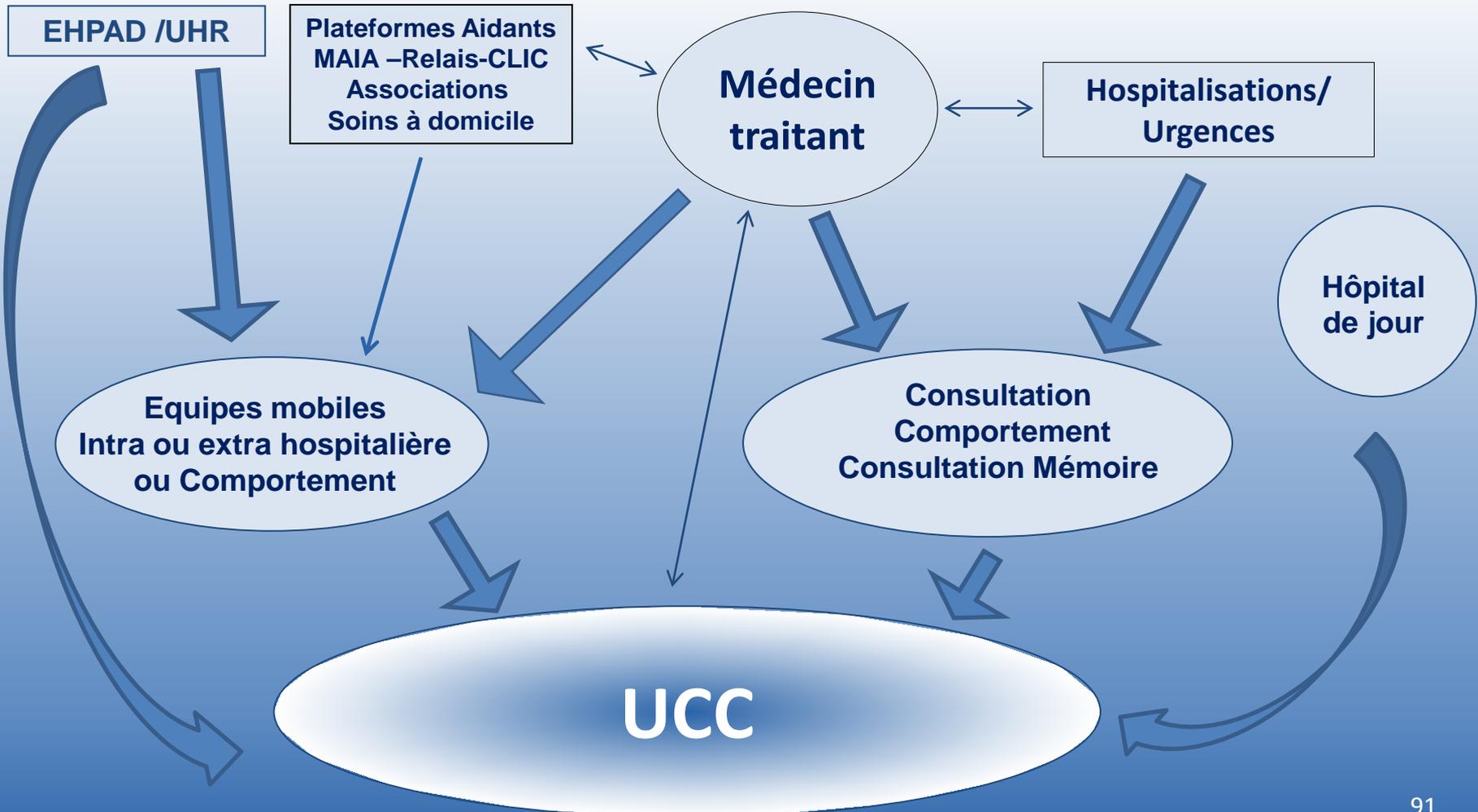
# Comment optimiser la sortie d'UCC ?



## Objectif : maintenir le bénéfice du séjour en UCC et éviter les réhospitalisations à court terme

- Transmissions d'informations ciblées et pertinentes pour les partenaires extérieurs
- Documents de liaison spécifiques
- Liens avec les services de soins ambulatoires
- Accompagnement de la sortie vers un EHPAD par l'équipe de l'UCC
- Suivi par une équipe mobile extrahospitalière
- Suivi téléphonique avec appel à J3 ou J5, renouvelé si besoin
- Suivi en consultation (mémoire ou autre)

# Schéma de la filière de soin



# Conclusions



- L'UCC est une structure jeune, encore en quête d'identité mais qui prend place progressivement dans le paysage des soins aux malades atteints de MAMA
- La prise en soin des TC des malades accueillis repose sur des compétences spécifiques à travers un travail interdisciplinaire
- **Les soignants d'UCC deviennent référents pour la prise en soin des TC des MAMA au niveau de la filière de soin**



