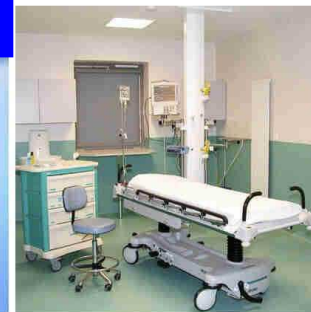


Centre Hospitalier des Pays de Morlaix

Point sur l'unité
cognitivo-comportementale (UCC) de Plougonven
Journée de la Société Bretonne de Gériatrie –
14/10/2016



Qu'est-ce qu'une UCC ?

- Dispositif du Plan Alzheimer 2008-2012

Prise en charge spécialisée de patients atteints de pathologies Alzheimer ou apparentées, présentant des troubles psycho-comportementaux (**phase aigüe de la maladie**).

Unités de 10 à 12 lits implantées dans les **services de SSR**.

programmes d'activités structurées et adaptées visant à stabiliser/ diminuer les troubles du comportement et à maintenir/améliorer l'adaptation aux actes de la vie quotidienne.

En Bretagne : 6 UCC programmées

Le projet d'UCC du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix, porté par la filière gériatrique de territoire, a été retenu par l'ARS Bretagne, à hauteur de 10 lits.

**Ouverture de l'UCC du CHPM
octobre 2013
sur le site de Plougouven
au sein de l'unité
de SSR PAPD**

*(personnes âgées polypathologiques
dépendantes)*



Médecin référent : Dr RIO, Chef de service
Cadre de santé FF : Mme CAVALEC Virginia

Positionnement de l'UCC au sein de la filière gériatrique du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix

médecine gériatrique 25 lits (court séjour)

→ Accueil direct ou en provenance du service des Urgences de la personne âgée (> 75 ans) polyopathologique, fragile ou présentant des troubles cognitifs
Diagnostic et traitement.
Durée Moyenne de Séjour en 2012 : 11,79 jours

Les soins de suite et de réadaptation (SSR)

→ Site de Morlaix :
- 47 lits de SSR PAPD
- 28 lits de SSR Polyvalents

→ Site de Plougonven :
- 18 lits de SSR PAPD
- 10 lits UCC
- 25 lits et 5 places de SSR Respiratoire

10 lits
UCC

Durée Moyenne de Séjour en 2012 : 35,85 jours

Les consultations mémoire

L'unité mobile de gériatrie

→ Prise en charge spécifique de la personne âgée fragile sur tous les services de l'hôpital

Equipe mobile Douleur Soins Palliatifs

Les articulations gériatrie- psychiatrie

→ Psychiatrie de liaison, unité de 20 lits de géronto-psychiatrie

→ Partenariats avec :

→ la médecine de ville

→ le Groupement Gérontologique du Pays de Morlaix

→ Les associations d'usagers (France Alzheimer)...

EHPAD et USLD

Structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Résidence médicalisée de Belizal (site de Morlaix) : 178 lits d'EHPAD et 10 lits d'USLD

Résidence médicalisée de l'Argoat (Site de Plougonven) : 40 lits d'EHPAD et 40 lits d'USLD

Objectifs et modalités de fonctionnement de l'UCC du CHPM

→ Les objectifs

L'unité a pour objectif de stabiliser les troubles du comportement grâce à un programme individualisé de réhabilitation cognitive et comportementale, dans une ambiance apaisée et sécurisante. Il y est assuré des soins, en l'absence d'une indication de court séjour en spécialité d'organe.

Les missions de l'UCC :

- décélérer les capacités des patients
- mettre en évidence les stratégies adaptées pour pallier leurs difficultés autant que possible
- informer l'entourage familial et professionnel de ces constats pour les inviter à les mettre en pratique.

Le but est de permettre au patient de réintégrer son cadre de vie.

→ L'admission en UCC

o Critères d'admission spécifiques :

- patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'un trouble apparenté
- mobilité (patient valide)
- syndromes psycho-comportementaux à type d'agressivité
- troubles du comportement productifs : troubles moteurs, agitation, hyperémotivité, hallucinations, troubles du sommeil graves

o Modalités d'admission

L'admission concerne les patients domiciliés dans le bassin de vie du territoire de santé n°1.

L'admission sera sollicitée :

! par le médecin traitant,

quand le malade est dans son lieu de vie (domicile ou EHPAD)

! par le médecin hospitalier,

quand le patient est hospitalisé



Appel téléphonique + formulaire d'admission

Dossiers examinés par une commission d'admission

L'orientation d'un patient en UCC peut nécessiter, au préalable, la réalisation d'un bilan médical approprié :

- En médecine gériatrique

- Par l'unité mobile de gériatrie

→ Le projet de soins de l'UCC

... Mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire

- gériatres
- Cadre de santé, infirmiers, assistants de soins en gérontologie, aides-soignants, agents des services hospitaliers
- ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute, psychologue
- diététicienne, assistance sociale, secrétaire
- expertise psychiatrique si besoin.

... Dans des locaux adaptés...

- Unité dédiée et sécurisée
- Chambres individuelles sauf 1
- Lieu commun de vie sociale
- Salles d'activité dont une avec accès direct sur un jardin extérieur sécurisé en RDC
- Accès au plateau technique de kinésithérapie

... en plusieurs étapes

1) Evaluation pluridisciplinaire (1ere semaine d'hospitalisation)

2) Mise en place d'un projet de soins individualisé, régulièrement réévalué (sur 2 à 3 semaines)

L'accompagnement se réalise dans les champs de la réhabilitation, la stimulation, le maintien ou la suppléance des fonctions motrices, psychomotrices, sensorimotrices, neuropsychologiques et de communication.

Ces interventions se réalisent par petits groupes ou en individuel.

Une équipe IDE/ASG présente 24h/24h (1)

- assure les soins d'hygiène et d'habillement**
- accompagne aux WC et procède aux changes si besoin**
- encadre et assiste les personnes lors des repas**
- observe le patient et ses réactions au quotidien**
- échange avec les familles lors des visites et appels**
- accompagne les patients au moment du coucher et lors de leurs levers nocturnes**
- est chargée de l'hygiène des locaux**

Une équipe IDE/ASG présente 24h/24h (2)

→ L'IDE

- reçoit les familles (entretien aidant, échelle de Zarit)**
- prépare et administre les traitements**
- prodigue les soins techniques si nécessaire**
- prépare la sortie en synthétisant les informations essentielles à transmettre à la structure d'accueil et/ou aux aidants.**

Un programme hebdomadaire d'ateliers thérapeutiques (1)

OBJECTIFS :

- réduire l'apparition des troubles du comportement, prévenir les situations de crise**
- interventions non médicamenteuses afin de diminuer l'utilisation de psychotropes, sédatifs, contention, ...**
- maintenir/améliorer la réalisation des AVQ**
- stimuler les capacités cognitives, motrices, sensorielles**
- favoriser les interactions sociales, améliorer la qualité de vie**

Un programme hebdomadaire d'ateliers thérapeutiques (2)

Assuré par une équipe pluridisciplinaire :

- ergothérapeutes**
- kinésithérapeute**
- psychomotricienne**
- psychologue**

Appuyée par l'équipe IDE/ASG

Dans le respect de, l'identité de chaque patient, de son histoire personnelle, de ses capacités/incapacités et de son adhésion

Un programme hebdomadaire d'ateliers thérapeutiques (3)

→ L'ergothérapeute

- évalue les capacités des patients : AVQ, fonctions cognitives, interactions sociales**
- propose des ateliers thérapeutiques individuels et collectifs (stimulation cognitive, réminiscence, cuisine, activités de loisir, ...)**
- prépare la sortie en synthétisant les informations essentielles à transmettre à la structure d'accueil et/ou aux aidants.**

Un programme hebdomadaire d'ateliers thérapeutiques (4)

→ Le kinésithérapeute

- maintien des capacités motrices**
- prévention des chutes**

Un programme hebdomadaire d'ateliers thérapeutiques (5)

➔ **La psychomotricienne**

La psychomotricienne propose des séances individuelles ou de groupe.

- **Séances de détente/relaxation** (approche Snoezelen, toucher thérapeutique)
- **Bains détente** (bien-être sensorimoteur, relâchement tonique)
- **Ateliers de motricité avec ballons** (coordinations, mobilité, souplesse, schéma corporel, stimulation cognitive...)
- **Ateliers de stimulation cognitive** (attention, concentration, mémoire, langage)
- **Ateliers sensoriels** (mémoire sensorielle, mémoire autobiographique)
- **Ateliers réminiscence, ateliers créatifs, ateliers mimes, etc**
- **Accompagnement au repas**

La notion de plaisir sensorimoteur fait partie intégrante de l'approche psychomotrice.

Un programme hebdomadaire d'ateliers thérapeutiques (6)

→ La psychologue:

- propose des entretiens avec le patient mais aussi avec son entourage (retentissement de la maladie, histoire et habitudes de vie, projets d'avenir de la personne)**
- participe à la définition du projet de soin, d'accompagnement individuel, appui l'équipe dans des situations cliniques complexes, co-anime des ateliers thérapeutiques**

Mme « C » à l'UCC (1)

→ l'entrée

- Mme C âgée de 75 ans, est suivie pour une MA. Le maintien à domicile devient difficile car son conjoint est épuisé par les troubles du comportement et peu d'aides sont mises en place à domicile. Elle est hospitalisée en Med Ger au CHPM suite à une chute.
- Après une semaine en Med Ger (NPI transmise par l'équipe), elle arrive à l'UCC accompagnée par son mari. Accueil par l'équipe, présentation des lieux, intégration à l'atelier thérapeutique de l'après midi. Echange avec l'époux, remise de l'entretien aidant et de l'échelle de Zarit

Mme « C » à l'UCC (2)

→ les premiers jours

- évaluations des capacités dans les AVQ, évaluation cognitive
- observation du comportement, des interactions sociales

Mme « C » à l'UCC (3)

→ Constats et stratégies mises en place

- Le sommeil est problématique (levers fréquents, déambule à la recherche de son époux)
- Mme mange peu et doit être stimulée/accompagnée
- Difficultés de gestion de la continence (constipée, urine au sol fréquemment)
- Peu de participation, moments d'opposition aux soins d'hygiène, s'habille d'elle même dès le lever
- Communication familiale complexe (rapports parents/enfants, couple, acceptation de la maladie, ...)

Mme « C » à l'UCC (4)

→ Constats et stratégies mises en place

- Communication limitée, des incohérences, tendance à l'isolement
- Désorientation, phases plus agitées
- Anxieuse, peu d'estime d'elle même
- Hallucinations, idées délirantes à propos de son cercle familial (décès, abandon, ...)
- Beaucoup de fausses reconnaissances, confond son mari avec les patients hommes

Mme « C » à l'UCC (5)

→ préparation de la sortie

- RDV avec la famille (médecin, psychologue, assistante sociale)
- révision du plan d'aide
- liens avec les structures d'accueil et les services d'appui
- visite de la structure d'accueil (EHPAD, accueil de jour)
- permissions à domicile

Mme « C » à l'UCC (6)

→ préparation de la sortie (suite)

- information au patient, recherche d'adhésion
- synthèse des informations essentielles à transmettre à la structure d'accueil et/ou aux aidants

Retour sur 3 années de fonctionnement (1)

- une équipe pluridisciplinaire
- ratio soignants/patients supérieur à la moyenne
- toutes les aides soignantes formées ASG
- une IDE et une ASG formée « humanitude »
- flexibilité de la prise en charge
- liberté de déambulation dans un espace sécurisé
- valorisation, apaisement par les ateliers thérapeutiques
- faible recours à la contention

Retour sur 3 années de fonctionnement (2)

- Difficultés liées aux locaux
- Orientation de sortie complexe
- Flexibilité des soins peu reproductible
- Insuffisance du temps de psychiatre

Quelques chiffres d'activité.

- Mouvements:

2014 : 70

2015 : 48

- Demandes en 2015 = 81

77 validées

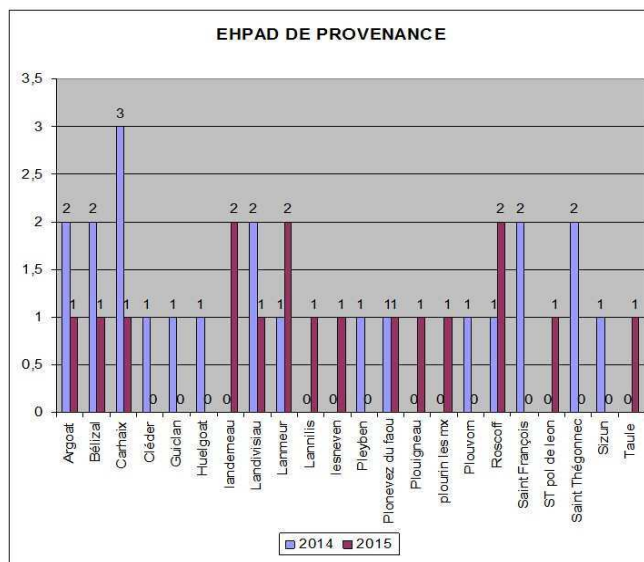
4 refus : mobilité, confusion, psychiatrie

- Délai d'admission en 2015:

12 entrées après 30 jours

19 entrées avant 14 jours

		2014		2015	
PROVENANCE		Nombre	%	Nombre	%
Entrée directe	Domicile	6	8,1 %	3	6,3 %
	EHPAD	22	29,7 %	13	27,1 %
CH MORLAIX	Psychiatrie	9 (4 hêtres)	12,2 %	7	14,6 %
	Urgences	2	2,7 %	0	
	Médecine Médecine Ger	28	37,85 %	13	27,1 %
	SSR	4	5,40 %	9	18,8 %
Etablissements extérieurs	CHM Roscoff	1	1,35 %	0	0 %
	SSR landerneau	1	1,35 %	1	2 %
	CH Carhaix urgence	1	1,35 %	0	0 %
	Hôpital de Bohars	0	0 %	2	4,1 %
TOTAL		74		48	



En 2015,
 23 personnes parmi les
 48 accueillies habitent
 en Ehpads et 17 seront
 accueillies en entrée
 directe vers l'UCC.

DIAGNOSTICS				
	Année 2014		Année 2015	
Alzheimer (pathologie dominante)	25	39,2 %	20	41,7 %
Démence mixte	9	14,1 %	11	22,9 %
Démence vasculaire	11	17,2 %	8	16,7 %
Démence à corps de Lewy	5	7,8 %	4	8,3 %
Aphasie primaire	7	11 %	4	8,3 %
Démence toxique	2	3,1 %	0	0 %
Post traumatique	1	1,5 %	0	0 %
Démence cortico-frontale	1	1,5 %	0	0 %
Syndrome frontal	1	1,5 %	0	0 %
Confusion	2	3,1 %	0	0 %
Démence neurodégénérative démentielle			1	2,1 %

SORTIES :

	2014		2015	
Domicile	20	29,4 %	8	16,7 %
EHPAD	35	51,4 %	29	60,4 %
Médecine	3	4,4 %	1	2,1 %
Chirurgie	1	1,5 %	1	2,1 %
Psychiatrie	1	1,5 %	0	0, %
SSR	6	8,8 %	8	16,6 %
Urgence	1	1,5 %	0	0 %
CH extérieur	1	1,5 %	0	0 %
Décès	0	0 %	1	2,1 %
TOTAL	68		48	

Durée moyenne de séjour

	2014	2015
Mois	Jours	Jours
Janvier	28,5	69,8
Février	26,6	81,4
Mars	39,2	64,6
Avril	42,9	59,2
Mai	33,5	94,9
Juin	33,3	78,0
Juillet	29,6	82,3
Août	41,8	90,5
Septembre	41,8	85,7
Octobre	45,5	79,4
Novembre	49,5	64,7
Décembre	70	48
MOYENNE	49,25 jours	74,80 jours

Au 31/08/2016

44 séjours en cours :

DMS = 78.44j

35 séjours terminés :

DMS = 67.46j

Prise en charge en Ehpad
avec UVP nécessaire

Profil des Ehpad du Pays
de Morlaix : créations
en cours

NOMBRE DE RETOUR EN UCC :

2014	
PROVENANCE	
Psychiatrie (hêtres)	1
EHPAD	6
Médecine gériatrique	2
S S P	1
Domicile	1
TOTAL	11

2015	
PROVENANCE	
Psychiatrie (hêtres)	2
ARGOAT	1
BELIZAL	1
EHPAD	
LANDERNEAU	1
Domicile	1
SSR 1	1
TOTAL	7

Evaluation de l'état cognitif et comportemental

MMS 2014			
> 20	10 – 20	< 10	Impossible
1	22	31	9

MMS 2015			
> 20	10 – 20	< 10	Impossible
1	28	16	3

NPI 2014					
ENTREE			SORTIE		
< 30	30-60	> 60	< 30	30-60	> 60
17	19	13	23	20	2

NPI 2015					
ENTREE			SORTIE		
< 30	30-60	> 60	< 30	30-60	> 60
14	20	12	30	11	4

Traitement à action psychique - 2014**ENTREES****SORTIES**

HYP	AD	BZN	NL	Tt spécif	HYP	AD	BZN	NL	Tt spécif
34	18	52	44	20	24	14	47	39	12

**Traitement à action psychique - 2015****ENTREES****SORTIES**

HYP	AD	BZN	NL	Tt spécif	HYP	AD	BZN	NL	Tt spécif
21	17	42	40	12	2	17	35	38	7

Perspectives

→ un nouveau service en 2018

- service de 12 lits
- locaux adaptés, conçus avec l'équipe



Merci de votre attention