les dispositifs d'accompagnement pour la prise en charge de la maladie d'alzheimer et des maladies apparentees. filieres geriatriques.

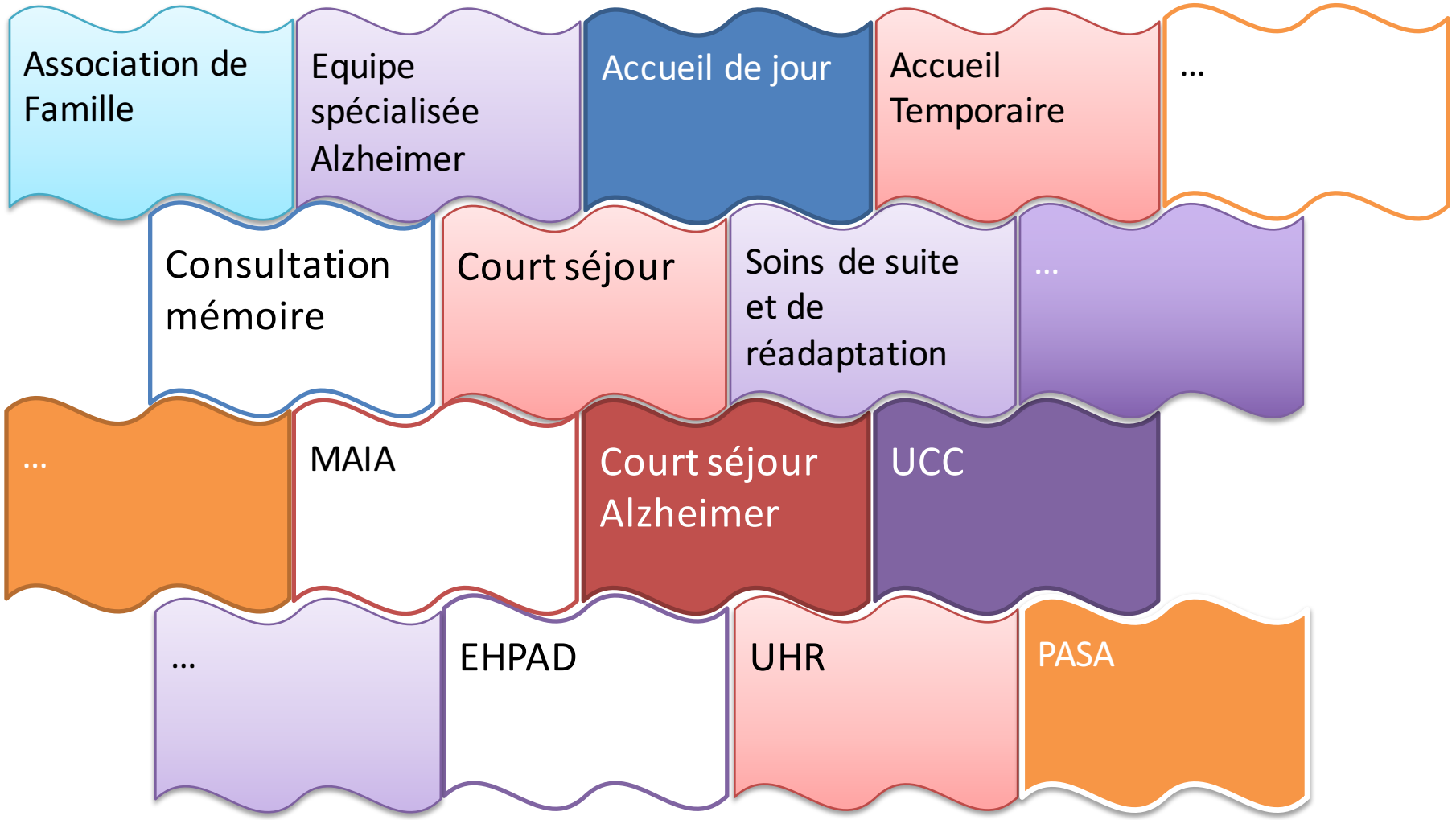
T. Voisin

Une filière complexe: De nombreux acteurs dans la filière

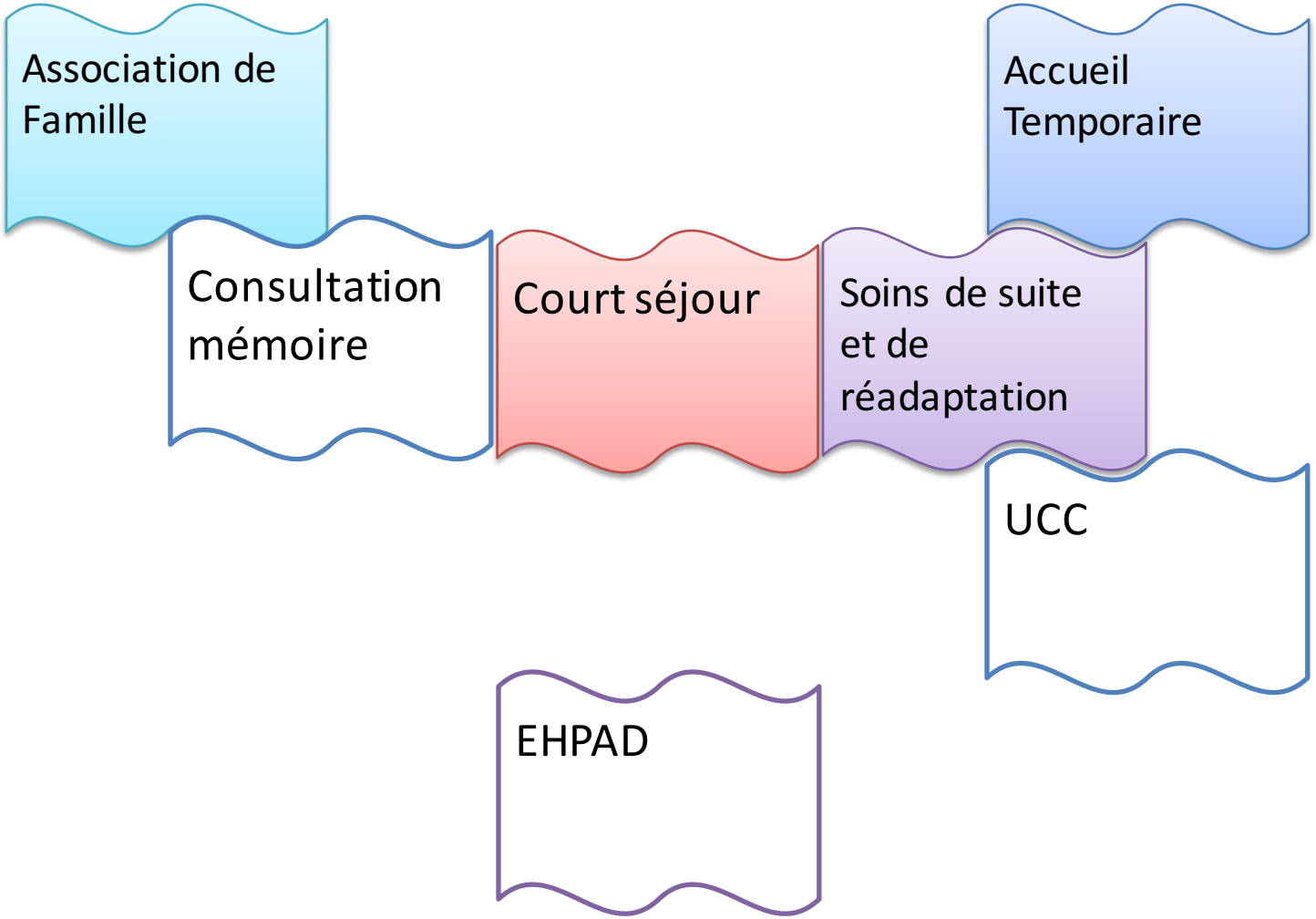
- Etablissements:
  - Sanitaires:
    - *UCC,*
    - *Unité de court séjour Alzheimer,*
    - *Unité de psychogériatrie,*
    - *Equipe mobile,*
    - *…*
  - Médico-sociaux
    - *UHR,*
    - *PASA,*
    - *« Unités Alzheimer », …*
    - *Accueil temporaire,*
    - *…*
- Domicile
  - *ESA*
  - *Accueil de jour,*
  - *Plateforme de répit,*
  - *MAIA,*
  - *…*
- Les aides
  - APA
  - PCH
  - …
- Association de Famille
- …

Référence: ***UNITÉS DE SOINS, D'ÉVALUATION ET DE PRISE EN CHARGE ALZHEIMER***
LIVRE BLANC
http://www.uspalz.com/

Parcours et Filière de soins Alzheimer



Une filière pas toujours complète!



Une situation très variable d'une structure à l'autre, d'un territoire à l'autre, …

- Ratio soignant
- Type d'activités non-médicamenteuses
- Taille de la structure
- Dépendance des sujets
- Stade de la maladie, type
- Sujet jeune
- Sévérité de troubles du comportement
- …

Quelques éléments de la filière

- Domicile:
  - ESA
  - MAIA
- Etablissement:
  - UCC
  - UHR
  - PASA

www.plan-alzheimer.gouv.fr

Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2013 ; 11 (2) : 151-6

État des lieux des unités cognitivo-comportementales (UCC) : résultats d'une enquête nationale

Description of cognitive-behavioral specialized units in France: results of a national investigation

Marie Noblet-Dick[1,7]
Cécile Balandier[2]
Geneviève Demoures[3,7]
Olivier Drunat[4,7]
Denise Strubel[5,7]
Thierry Voisin[6,7]

[1] Pôle de gériatrie, CHU de Strasbourg, France

[2] Direction générale de l'offre de soin, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris, France

[3] Etablissement de psychogériatrie Le Verger des Balans, Annesse et Beaulieu, France

[4] Pôle de gériatrie, Hôpital Bretonneau, Paris, France

Résumé. Le groupe de travail UCC de la SFGG a travaillé en collaboration avec la DGOS pour réaliser un état des lieux des UCC en France grâce à une enquête nationale. Sur les 55 UCC ouvertes en 2011, 43 ont répondu au questionnaire. Les UCC accueillaient très majoritairement des patients relevant des critères d'admission prévus dans le cahier des charge ministériel du 15 septembre 2008, à savoir des patients déments, valides, en situation de crise se manifestant par des troubles du comportement perturbateurs. Le bénéfice du séjour était communément mesuré par le NPI (*neuropsychiatric inventory*) qui passait en moyenne de 32 à 18. Majoritairement, les thérapies corporelles, cognitives et sensorielles étaient pratiquées, mais des missions de court-séjour (diagnostic, prise en charge de pathologies aiguës) étaient aussi assurées par un quart des UCC. Les effectifs médicaux et soignants étaient très disparates d'une UCC à l'autre. Près de la moitié des UCC ont déclaré avoir un effectif insuffisant, et un tiers a signalé un manque de formation. La difficulté la plus souvent citée (81 % des UCC) se situait pour la sortie avec une durée moyenne de séjour de 36 jours. D'un point de vue architectural, même si le nombre de lits était respecté (11 en moyenne), seulement 58 % des UCC avaient des chambres seules exclusives. L'hétérogénéité retrouvée dans cette enquête incite aux échanges de pratique.

Mots clés : maladie d'Alzheimer, démence, troubles du comportement, unité cognitivo-comportementale

CREAI-ORS LANGUEDOC-ROUSSILLON ■ Analyse statistique des données issues des rapports d'activité 2013 des établissements et services médicosociaux *(Septembre 2014)*

Rapports d'activités 2011

Équipes Spécialisées Alzheimer à domicile (ESA)

Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)

Unités d'Hébergement Renforcées (UHR)

(Mesures 6 et 16 du plan Alzheimer 2008-2012)

UNITÉS DE SOINS, D'ÉVALUATION ET DE PRISE EN CHARGE ALZHEIMER

LIVRE BLANC

http://www.uspalz.com/

Société Française de Gériatrie et Gérontologie

FRANCE ALZHEIMER & MALADIES APPARENTÉES

FCMRR

Equipes spécialisées Alzheimer (ESA)

Des équipes spécialisées Alzheimer (ESA) créées pour faciliter la prise en charge des malades à domicile au début de maladie et permettre aux malades d'utiliser leurs capacités restantes.

ESA: Objectifs

- Les ESA ont trois principaux objectifs :
  - «le maintien des capacités restantes par l'apprentissage de stratégies de compensation ;
- - l'amélioration de la relation patient-aidant et
- - une adaptation de l'environnement»

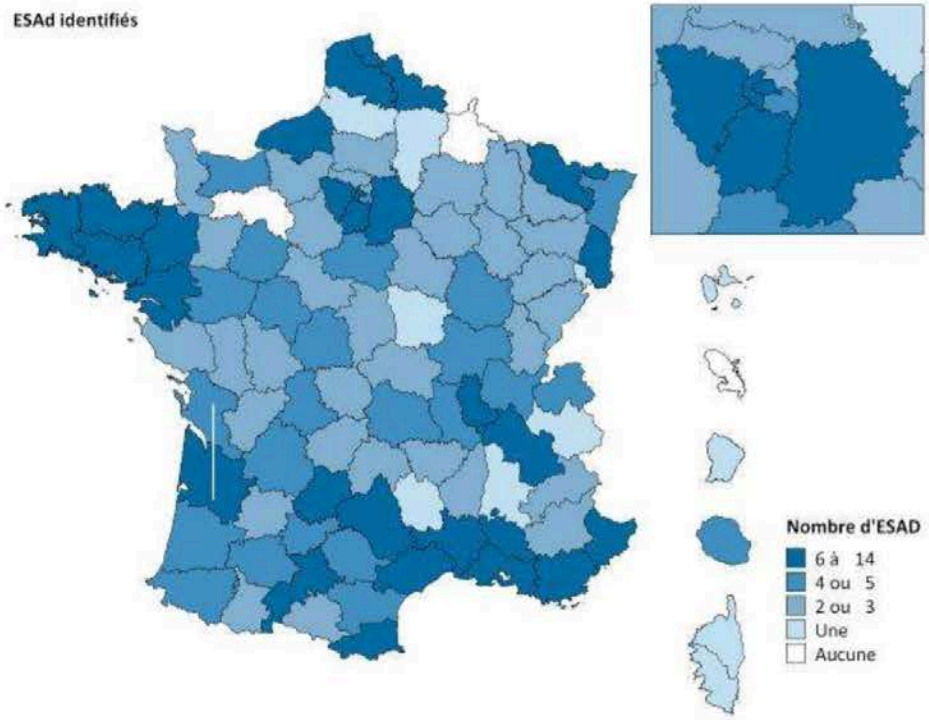
Séances de réhabilitation chez les patients souffrant de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée à un stade léger ou modéré

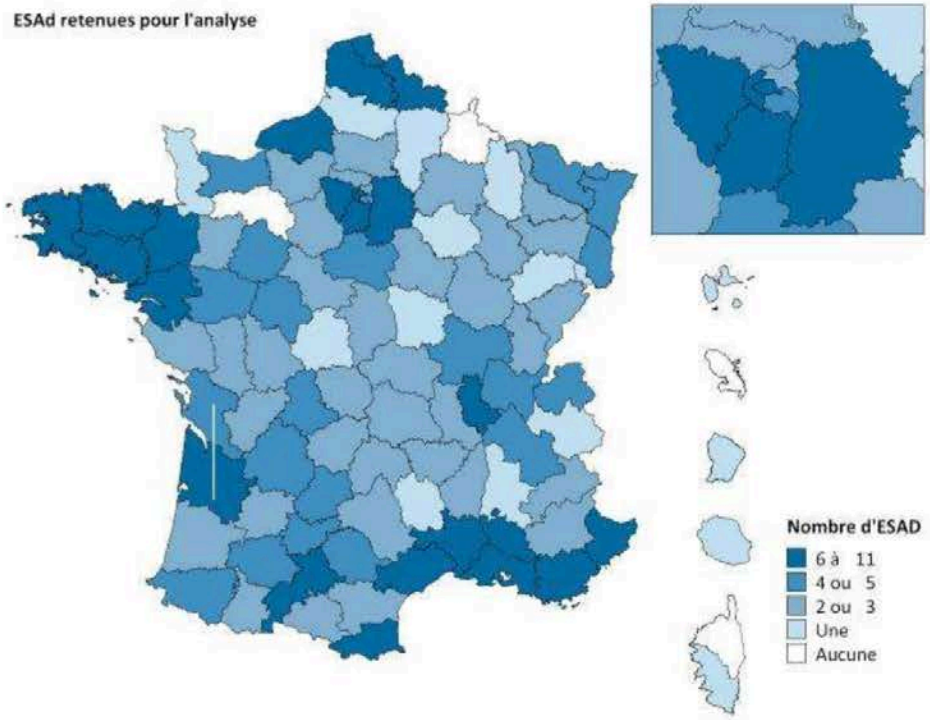
Indications :	Absence d'indication :
- Patient ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée - A un stade précoce de la maladie (idéalement MMSE >18, éventuellement MMS >15) - Ayant un début de répercussion sur sa vie quotidienne : par exemple, troubles de la mémoire que le patient n'arrive plus à gérer, appauvrissement de la vie sociale, environnement à adapter, modification du comportement. - Acceptant le principe de séances de réhabilitation à son domicile	- Patient sans répercussion de la maladie sur sa vie quotidienne - Stade évolué de la maladie, absence de communication possible, entrainement des capacités restantes impossible - Patient dont l'entourage compense les difficultés du patient dans les activités de la vie quotidienne et n'exprime pas de demande - Patient qui refuse toute intervention à domicile

Déroulement de l'intervention : Intitulé de la prescription du médecin (*Faire pratiquer 12 à 15) séances de réhabilitation pour troubles cognitifs ou troubles de mémoire ou maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée par une équipe spécialisée Alzheimer de SSIAD.*

Dans la maladie d'Alzheimer, la réhabilitation n'a pas pour but la restauration des capacités perdues, mais l'utilisation des capacités restantes ou ignorées pour améliorer l'autonomie dans les activités de la vie courante. Elle vise à mobiliser ces capacités, à adapter l'environnement, à préserver une vie sociale et relationnelle et à transférer à l'aidant des compétences adaptées à la situation.

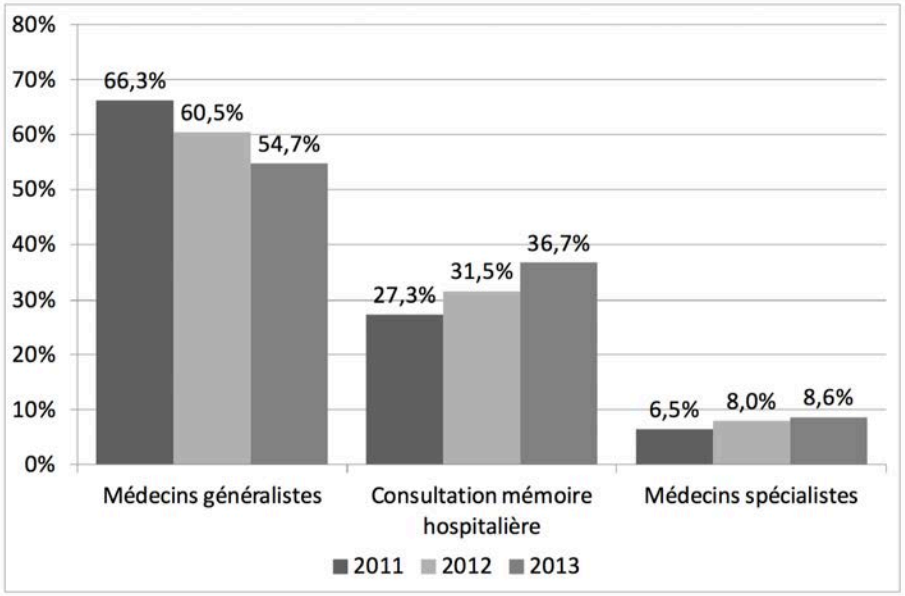
Carte 1 : *Implantation des ESAd identifiées et des ESAd retenues pour l'analyse*



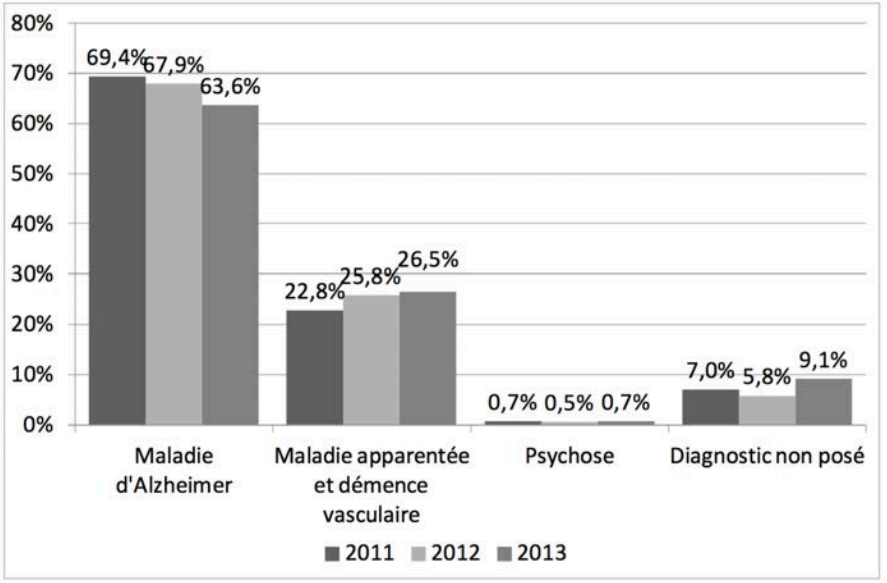


Champ : Structures ayant déclaré une activité d'ESAd en 2013.
Source : Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

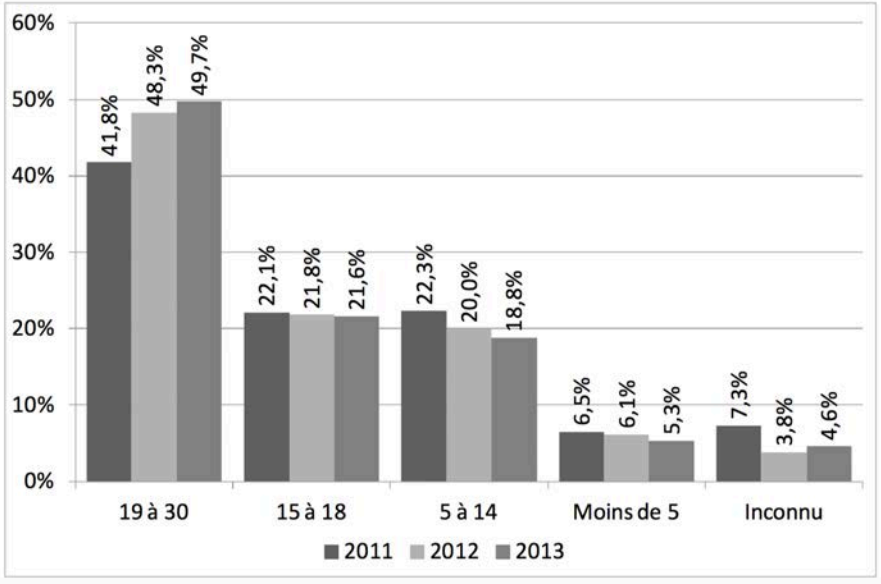
Prescripteurs des séances d'ESAd



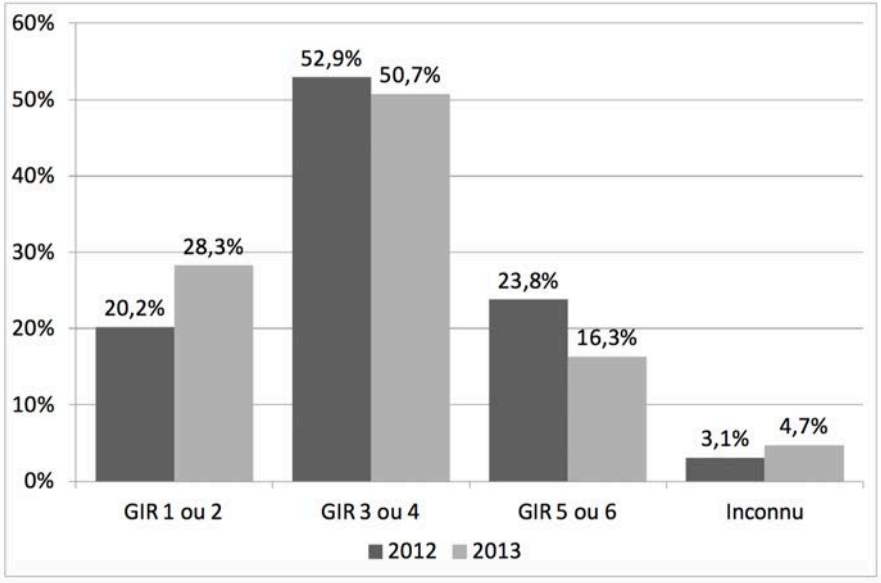
Diagnostics motivant la demande de prise en charge par une ESAd



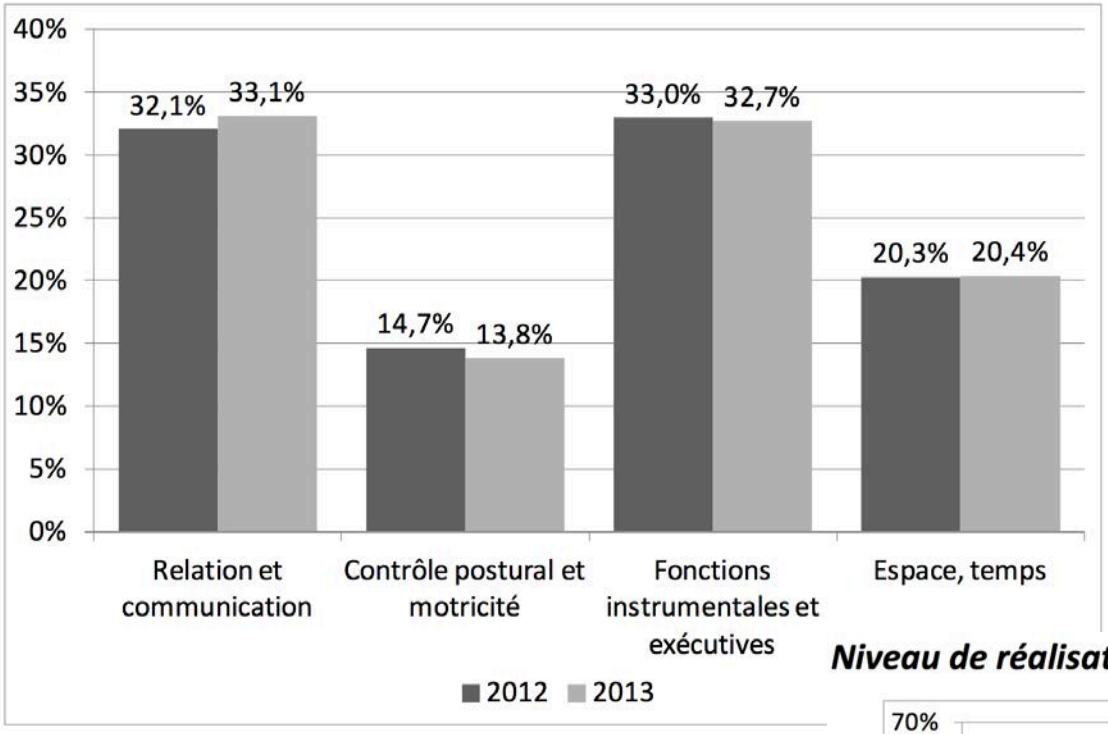
Répartition des patients d'ESAd selon le score au MMSE



Répartition des patients d'ESAd selon le niveau de dépendance (GIR)

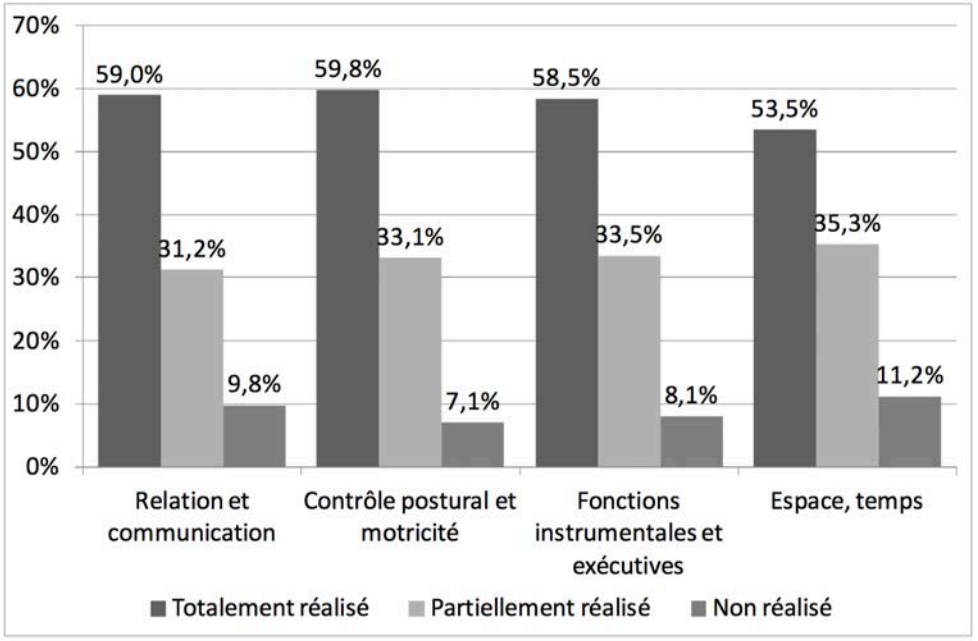


Objectif principal des séances d'ESAd



	Part d'ESAd ayant au moins un intervenant du type	
	2012	2013
Infirmière coordinatrice	95,3 %	94,6 %
Ergothérapeute	81,9 %	79,0 %
Psychomotricien	41,7 %	47,2 %
ASG (assistants de soins en gérontologie)	95,3 %	96,2 %
Aides-soignants et Aides Médico-Psychologique	14,6 %	10,5 %

Niveau de réalisation de l'objectif principal des séances d'ESAd



Création d'unités spécialisées au sein des services de soins de suite et de réadaptation (SSR), pour malades atteints d'Alzheimer.

Individualisation au sein de SSR d'unités cognitivo-comportementales (10-12 lits)

Dédiées à la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer en situation de crise et présentant des troubles du comportement.

Provenant du domicile, d'EHPAD, ou de secteurs d'hospitalisation.

Principes et objectifs des UCC

- **Pour des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées avec des caractéristiques:**
  - **mobilité (patients valides),**
  - **agressivité,**
  - **troubles du comportement productifs (hyperémotivité, hallucinations, troubles moteurs, agitation, troubles du sommeil graves).**
- **Pour patients jeunes et âgés.**

Nature des soins en UCC

- **Programmes d'activités structurés et adaptés.**
  - **Objectifs:**
    - **Diminution des troubles**
    - **Diminuer l'utilisation des psychotropes sédatifs et de la contention**
- **Considérations architecturales.**
- **Assurer une prise en charge adaptée et notamment non médicamenteuse avec des personnels spécifiques:**
  - **Psychomotricien**
  - **Ergothérapeute**
  - **Psychologue**
  - **…**
- **Ce dispositif s'inspire de ce qui a déjà été réalisé dans certaines unités de « psycho-gériatrie »**

Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2013 ; 11 (2) : 151-6

État des lieux des unités cognitivo-comportementales (UCC) : résultats d'une enquête nationale

Description of cognitive-behavioral specialized units in France: results of a national investigation

Marie Noblet-Dick[1,7]
Cécile Balandier[2]
Geneviève Demoures[3,7]
Olivier Drunat[4,7]
Denise Strubel[5,7]
Thierry Voisin[6,7]

[1] Pôle de gériatrie, CHU de Strasbourg, France

[2] Direction générale de l'offre de soin, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris, France

[3] Etablissement de psychogériatrie Le Verger des Balans, Annesse et Beaulieu, France

[4] Pôle de gériatrie, Hôpital Bretonneau, Paris, France

Résumé. Le groupe de travail UCC de la SFGG a travaillé en collaboration avec la DGOS pour réaliser un état des lieux des UCC en France grâce à une enquête nationale. Sur les 55 UCC ouvertes en 2011, 43 ont répondu au questionnaire. Les UCC accueillaient très majoritairement des patients relevant des critères d'admission prévus dans le cahier des charge ministériel du 15 septembre 2008, à savoir des patients déments, valides, en situation de crise se manifestant par des troubles du comportement perturbateurs. Le bénéfice du séjour était communément mesuré par le NPI (*neuropsychiatric inventory*) qui passait en moyenne de 32 à 18. Majoritairement, les thérapies corporelles, cognitives et sensorielles étaient pratiquées, mais des missions de court-séjour (diagnostic, prise en charge de pathologies aiguës) étaient aussi assurées par un quart des UCC. Les effectifs médicaux et soignants étaient très disparates d'une UCC à l'autre. Près de la moitié des UCC ont déclaré avoir un effectif insuffisant, et un tiers a signalé un manque de formation. La difficulté la plus souvent citée (81 % des UCC) se situait pour la sortie avec une durée moyenne de séjour de 36 jours. D'un point de vue architectural, même si le nombre de lits était respecté (11 en moyenne), seulement 58 % des UCC avaient des chambres seules exclusives. L'hétérogénéité retrouvée dans cette enquête incite aux échanges de pratique.

Mots clés : maladie d'Alzheimer, démence, troubles du comportement, unité cognitivo-comportementale

Enquête nationale sur l'accueil de patients Alzheimer jeunes en UCC en 2013

Lebert F, Leroy M, Pasquier F, Strubel D

CENTRE NATIONAL DE RÉFÉRENCE MALADES ALZHEIMER JEUNES

Société Française de Gériatrie et Gérontologie

points clés de l'enquête ucc (dgos-sfgg) 2012

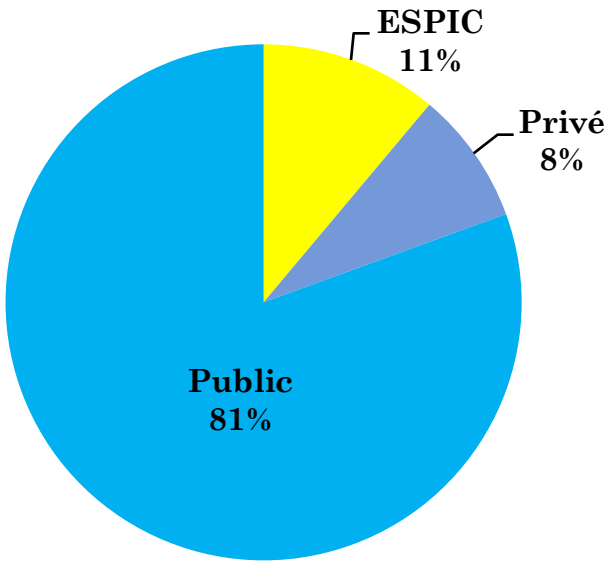
LES UCC EN 2012

Nombre d'UCC :	Nombre de lits :	Moyenne lits/UCC :
72	801	11

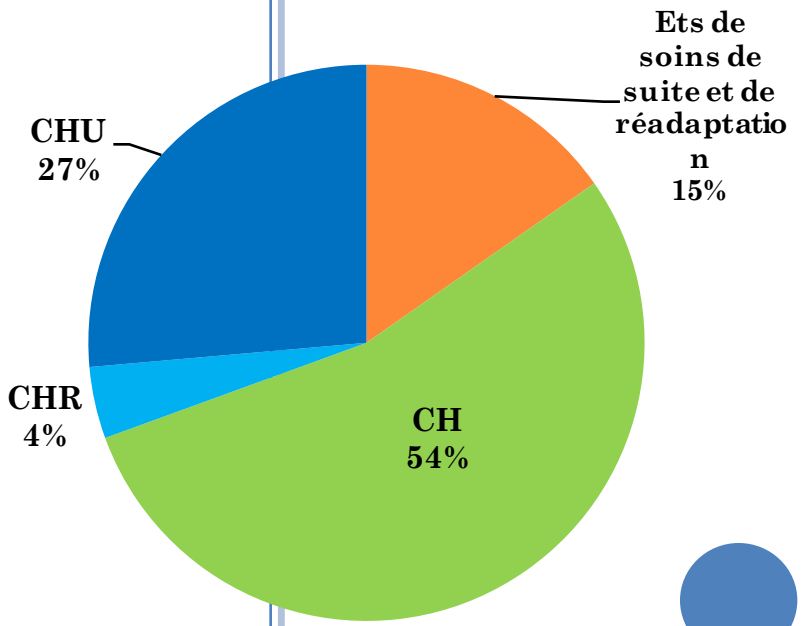
Profil des UCC

Base : 72 ucc

par statut juridique



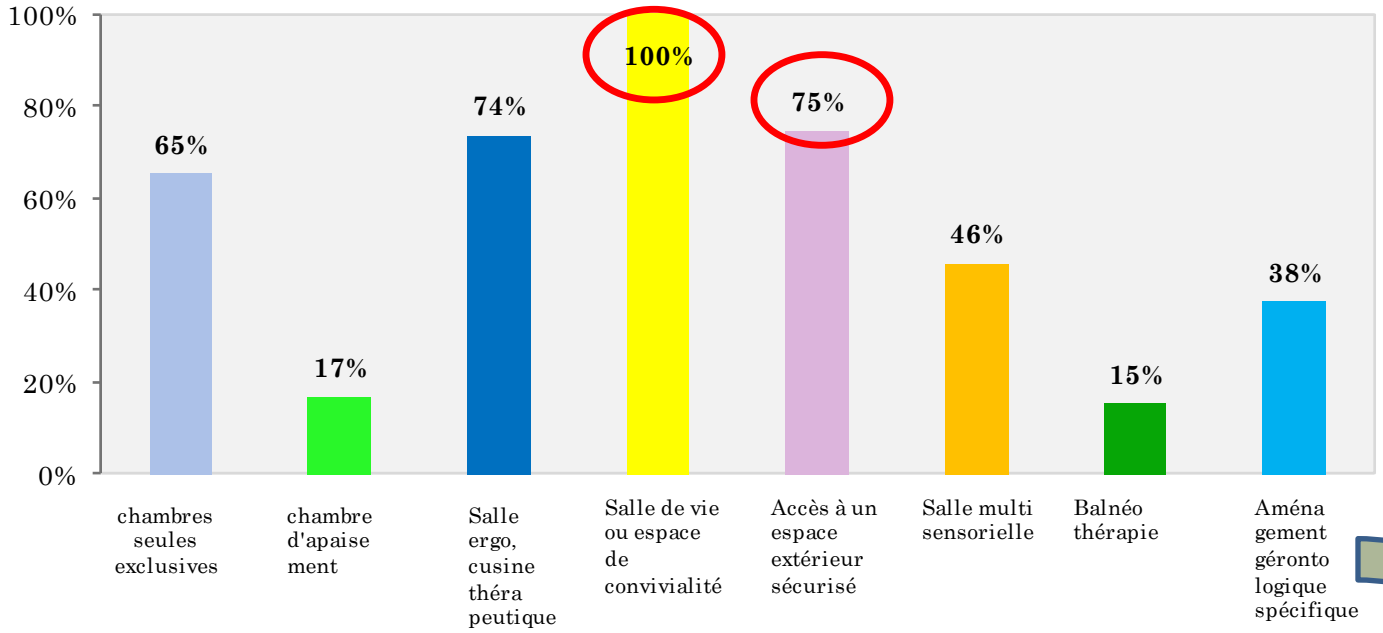
par catégorie d'établissement



ARCHITECTURE

• Les aménagements spécifiques

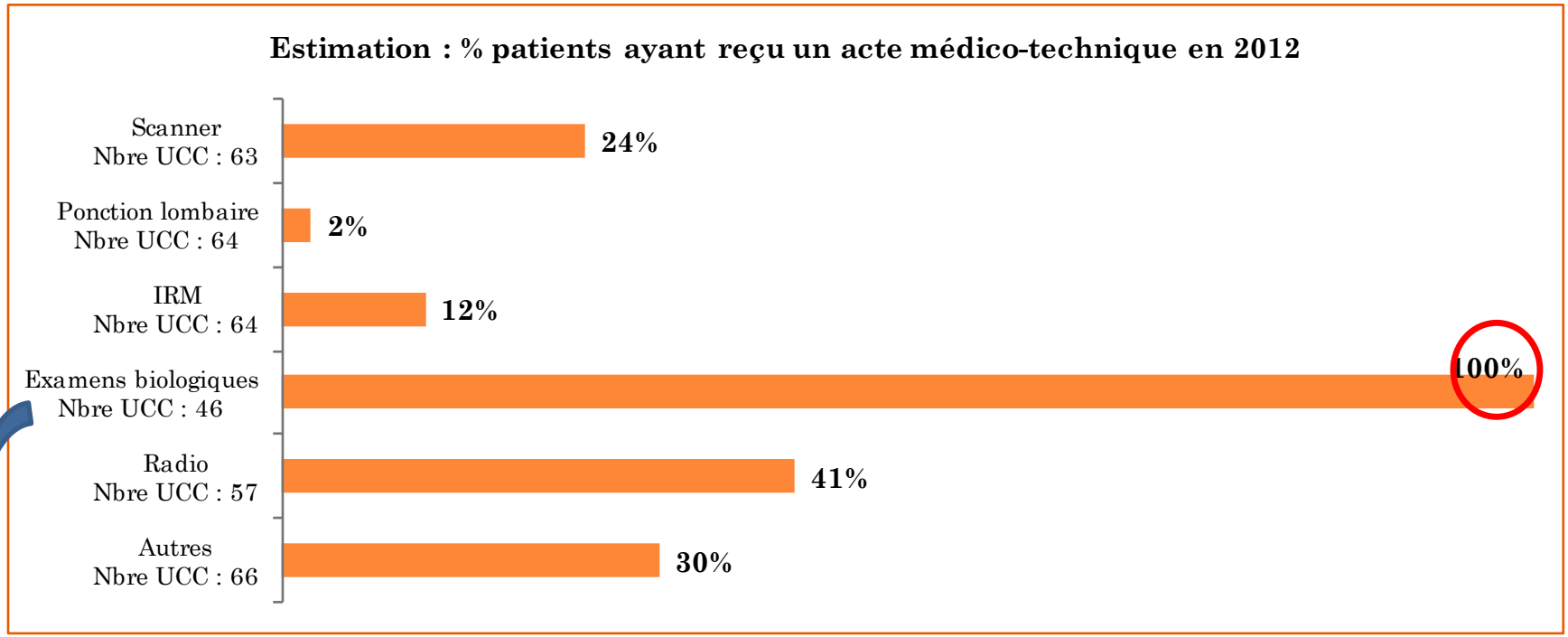
Base : 72 ucc (71 réponses pour 'accès à un espace extérieur sécurisé')



Aménagement gérontologique spécifique :
horloge mémorielle spécifique Alzheimer, détecteurs de mouvements dans les chambres / système de **détection des chutes**, **guidance par les couleurs**, **phonie musicale** individualisée dans chaque chambre, **montres anti-fugues** aux poignets des patients, projet d'acquisition d'un **robot thérapeutique…**

PLATEAU TECHNIQUE : TYPE D'EXAMENS PRATIQUES

Base : seules les ucc ayant répondu sur la base des 20 derniers dossiers terminés ont été retenues . Le nombre de ces ucc est précisé pour chaque acte.



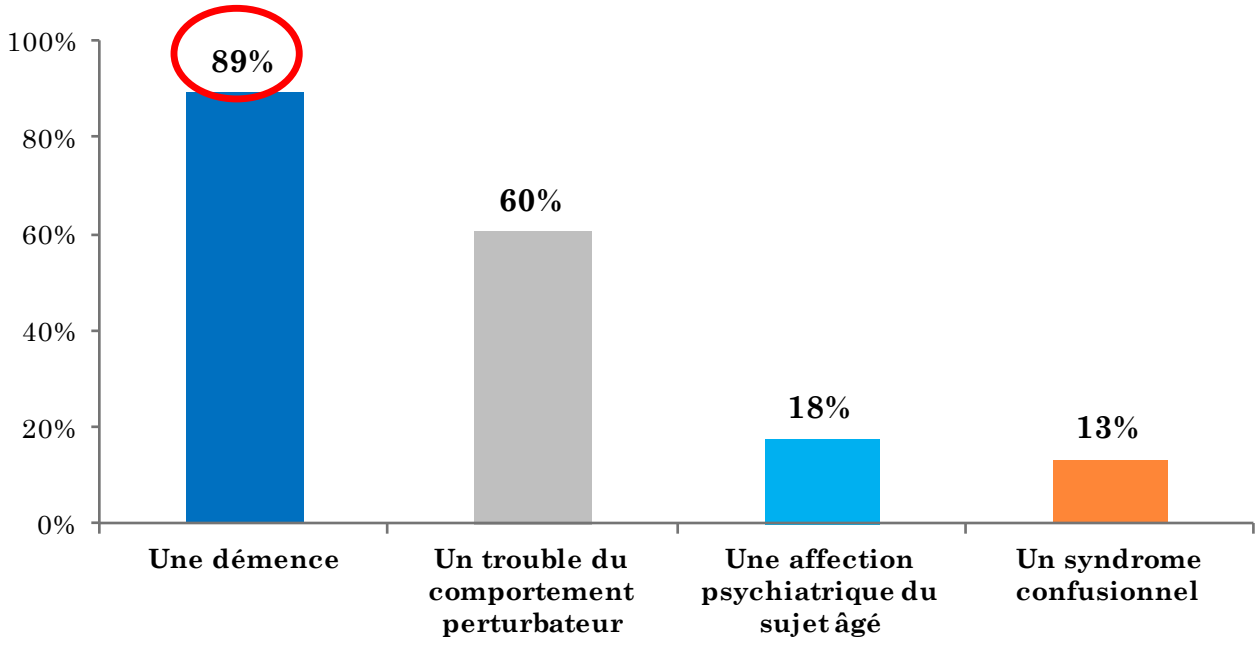
Autres :
EEG, SPECT, Scintigraphies, échographies, ETT/ETO, Doppler, Dat SCAN, HTO

2 examens biologiques par séjour par patient

PROFIL DES PATIENTS

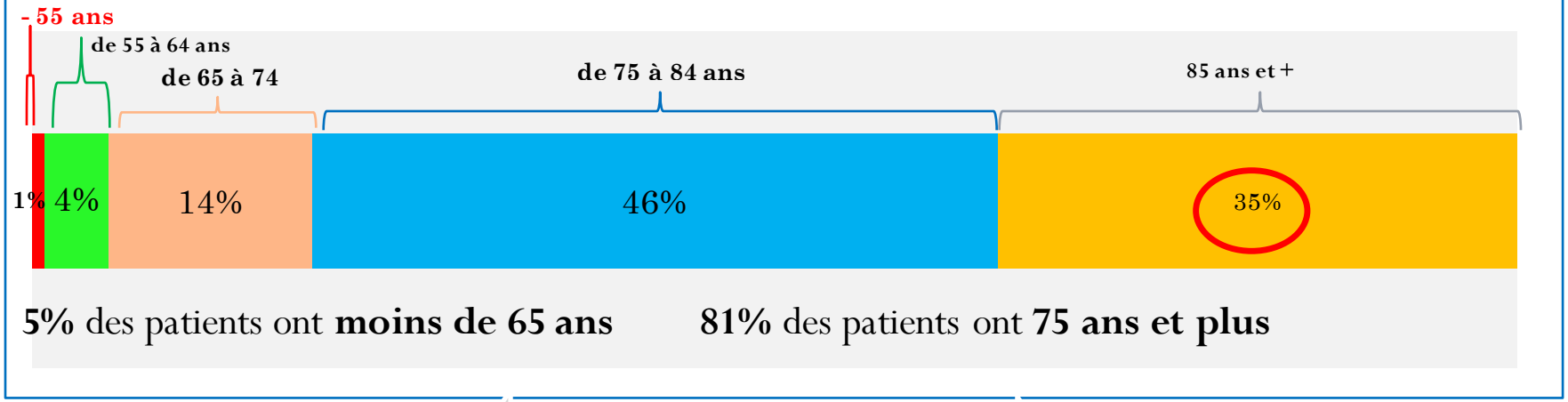
• Typologie des patients accueillis

Base : ucc ayant répondu exclusivement sur la base des 20 derniers dossiers terminés (24)



PROFIL DES PATIENTS : AGE, SEXE

• Age (66 ucc)



40 ans — patient le plus jeune

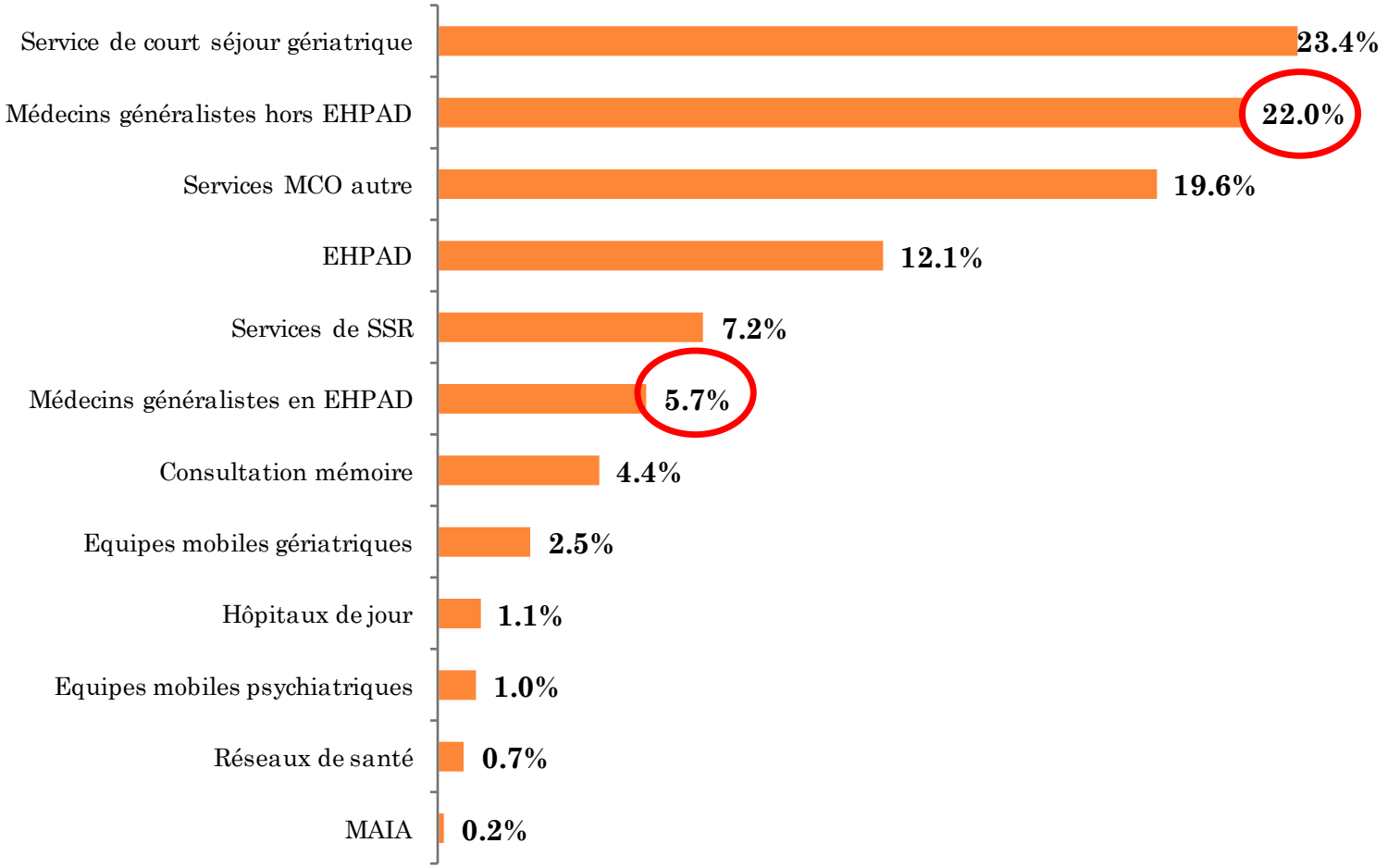
patient le plus âgé — 103 ans

• Sexe

ADRESSAGE DES PATIENTS

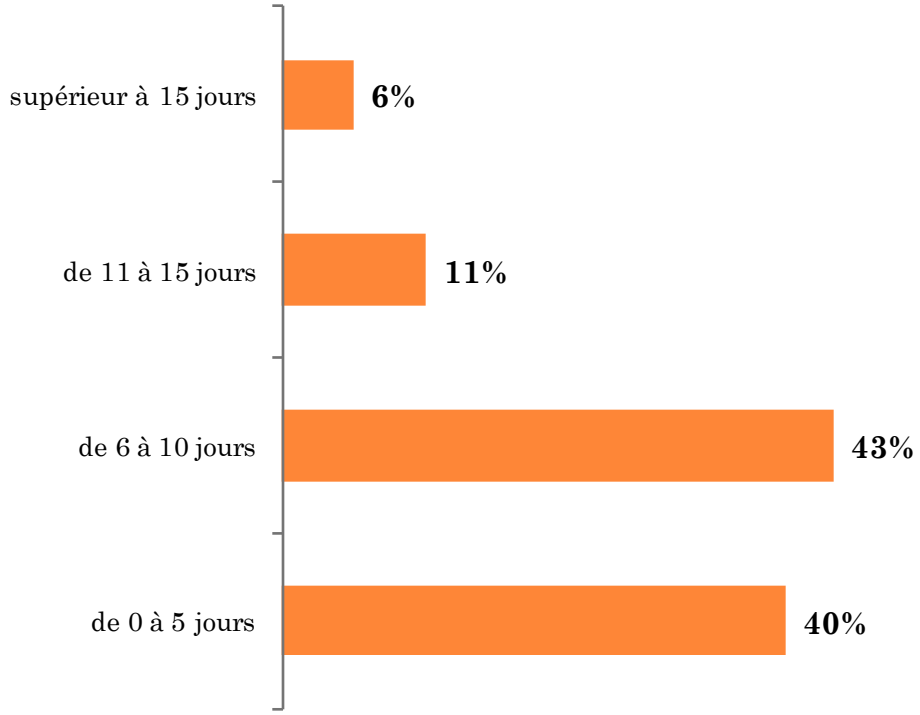
- **Données 2012 (62 ucc)**

1/3 des patients adressé par un médecin généraliste



DELAI MOYEN ENTRE LA DEMANDE ET L'ADMISSION

- Base : 53 ucc

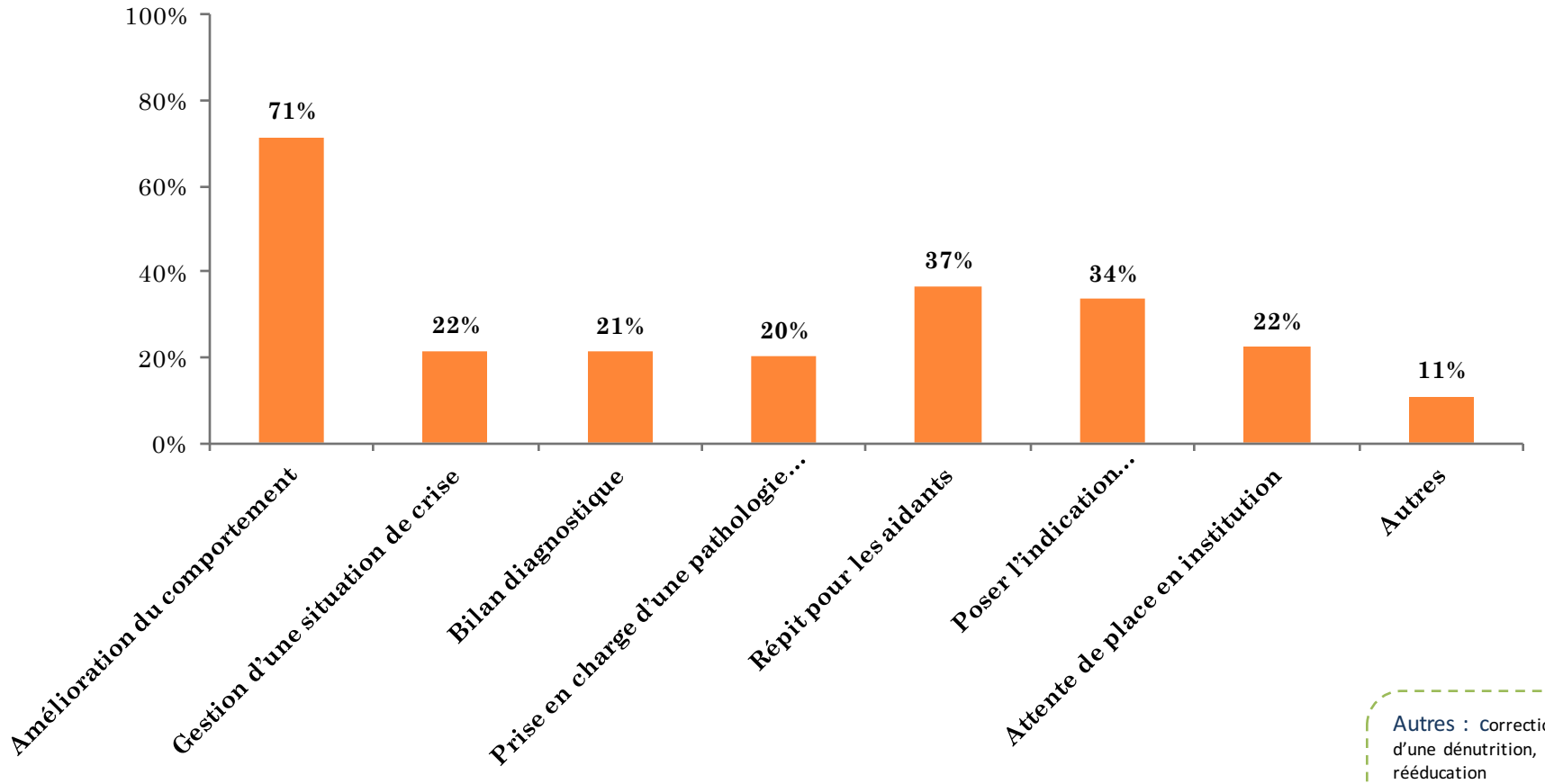


Délai moyen : 7,60 jours

OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE

- **plusieurs choix possibles**

Base : ucc ayant répondu exclusivement sur la base des 20 derniers terminés (49)



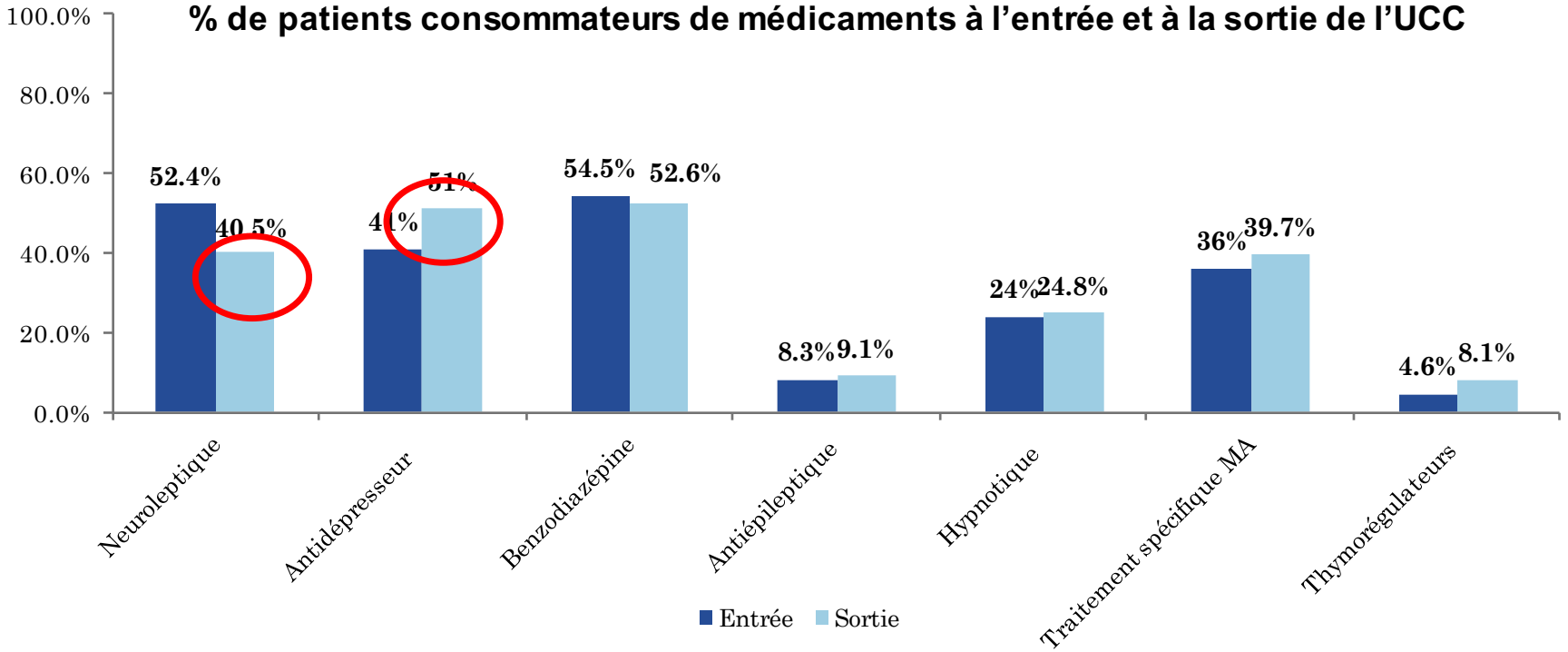
Autres : correction d'une dénutrition, rééducation autonomie , prise en charge palliative, séjour observation/analyse,

LES THERAPIES MEDICAMENTEUSES

Base : ucc ayant répondu exclusivement sur la base des 20 derniers dossiers terminés (29)

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 a sortie

LES THERAPIES NON MEDICAMENTEUSES

Base : 69 ucc

15 catégories identifiées

- Gym / Psychomotricité / Kinésithérapie / Ergothérapie / Orthophonie (18%)
- Stimulation sensorielle / Relaxation / Snozelen /luminothérapie (17%)
- Stimulation cognitive (13%)
- Art thérapie / activités manuelles / jeux / théâtre / peinture (13%)
- Cuisine / Repas (8%)
- Musique / Chant (7%)
- Jardin (5%)
- Entretien psychologue / Groupe de parole (5%)
- Sorties d'agrément (5%)
- Soins du corps / Esthétisme (3%)
- Autres méthodes (Montessori, Humanitude, Validation, Hypnose…) (2%)
- Danse (1%)
- Sorties culturelles (0,65%)
- Animaux (0,65%)
- Contention physique (0,2%)

Des thérapies émergentes : danse, animaux, sorties culturelles…

LES THERAPIES NON MEDICAMENTEUSES

Base : 69 ucc

Gym / Psychomotricité / Kinésithérapie / Ergothérapie / Orthophonie (18%)

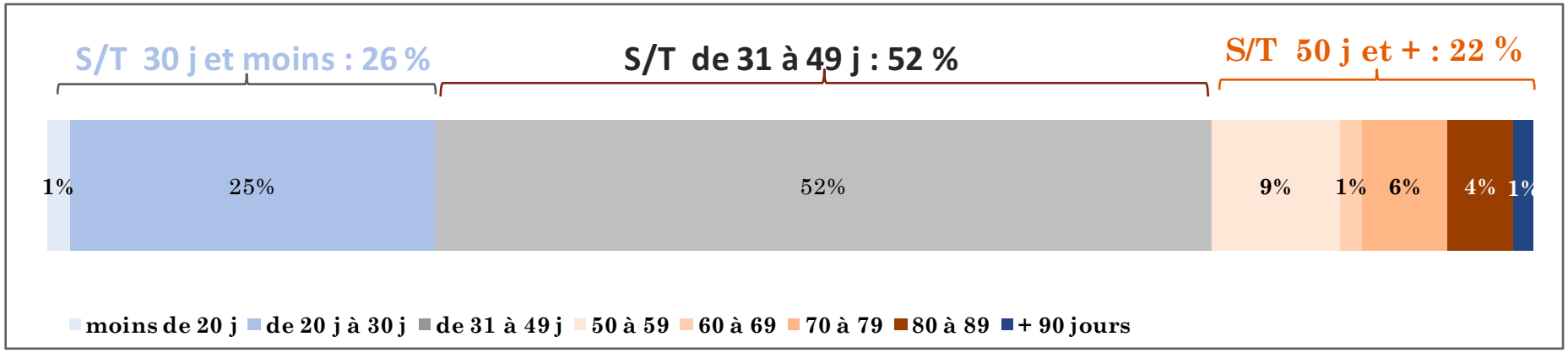
Stimulation sensorielle / Relaxation / Snozelen /luminothérapie (17%)

Stimulation cognitive (13%)

Art thérapie / activités manuelles / jeux / théâtre / peinture (13%)

DUREE DE SEJOUR

- Base : 69 ucc



1 jour

séjour le plus court

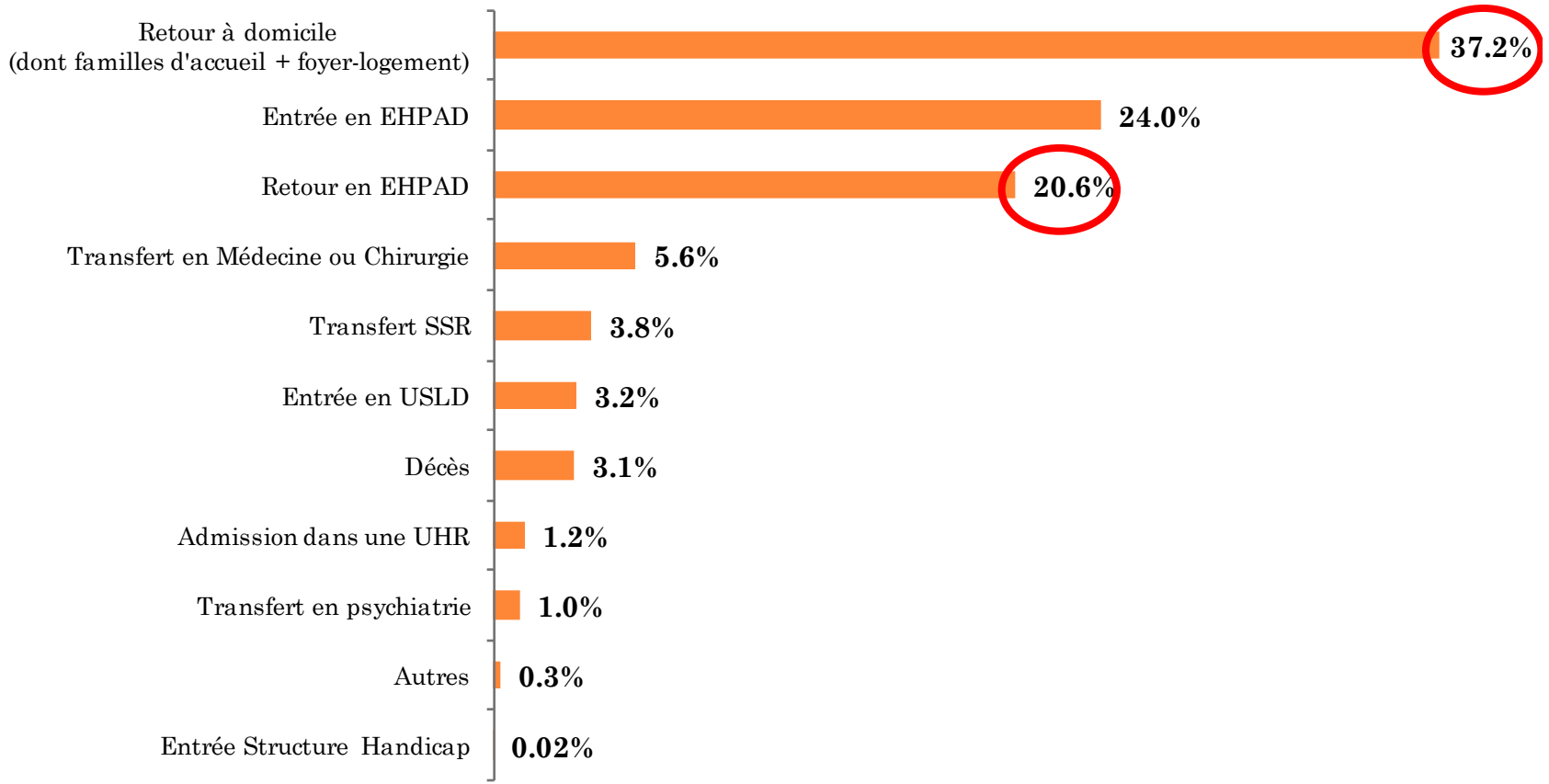
séjour le plus long

560 jours

DESTINATION A LA SORTIE

- **Données 2012 (67 ucc)**

58 % des patients retournent à domicile



Autres : urgences, sortie contre avis médical…

A partir de ces enquêtes

- Grande hétérogénéité des UCC en France:
  - Moyens
  - Type de prise en charge notamment non-médicamenteuse
  - Provenance des patients
  - De mise en place (« maturité de l'UCC »)
  - **Population prise en charge**

- Difficile d'envisager le profil de sujet admis en UCC sans évaluer le contexte.

Ger Psychol Neuropsychiatr Vieil 2014 ; 12 (4) : 371-8

Prise en charge des symptômes psychocomportementaux de la démence en unité spécialisée

Management of behavioral symptoms in dementia in a specialized unit care

Pascal Saidlitz[1]
Sandrine Sourdet[2]
Bruno Vellas[2,3]
Thierry Voisin[1,3]

[1] Unité cognitivo-comportementale, CMRR Toulouse, Gérontopôle, Université Toulouse Purpan, France <saidlitz.p@chu-toulouse.fr>

[2] CMRR Toulouse, Gérontopôle, Université Toulouse Purpan, France

[3] Inserm, UMR1027, Epidémiologie et analyses en santé publique, Faculté de médecine, Toulouse, France

Résumé. Le plan Alzheimer 2008-2012 a permis le développement d'unités spécialisées dans la prise en charge des troubles psychocomportementaux dans le cadre des pathologies cognitives, en privilégiant les approches médicamenteuses et non médicamenteuses. Ces Unités cognitivo-comportementales, grâce à leur architecture adaptée, à la formation spécifique des personnels, prennent en charge des patients présentant des troubles du comportement perturbateurs. *Objectifs* : Analyse de l'évolution des symptômes comportementaux, de l'autonomie, et de la prescription des psychotropes, au sein de l'Unité cognitivo-comportementale de Toulouse. *Résultats* : 199 patients inclus sur les 2 années de l'étude. Les troubles du comportement sont significativement améliorés au cours du suivi, avec un effet rémanent après la sortie. L'autonomie globale, notamment à la marche, n'est pas altérée. La prescription de psychotropes, entre autre de neuroleptiques, est significativement moindre à la sortie. *Conclusion* : Nous montrons dans cette étude l'efficacité d'une prise en charge globale des symptômes comportementaux perturbateurs, favorisant les approches médicamenteuses et non médicamenteuses, en unité spécialisée.

Mots clés : démence, maladie d'Alzheimer, troubles du comportement, neuroleptiques

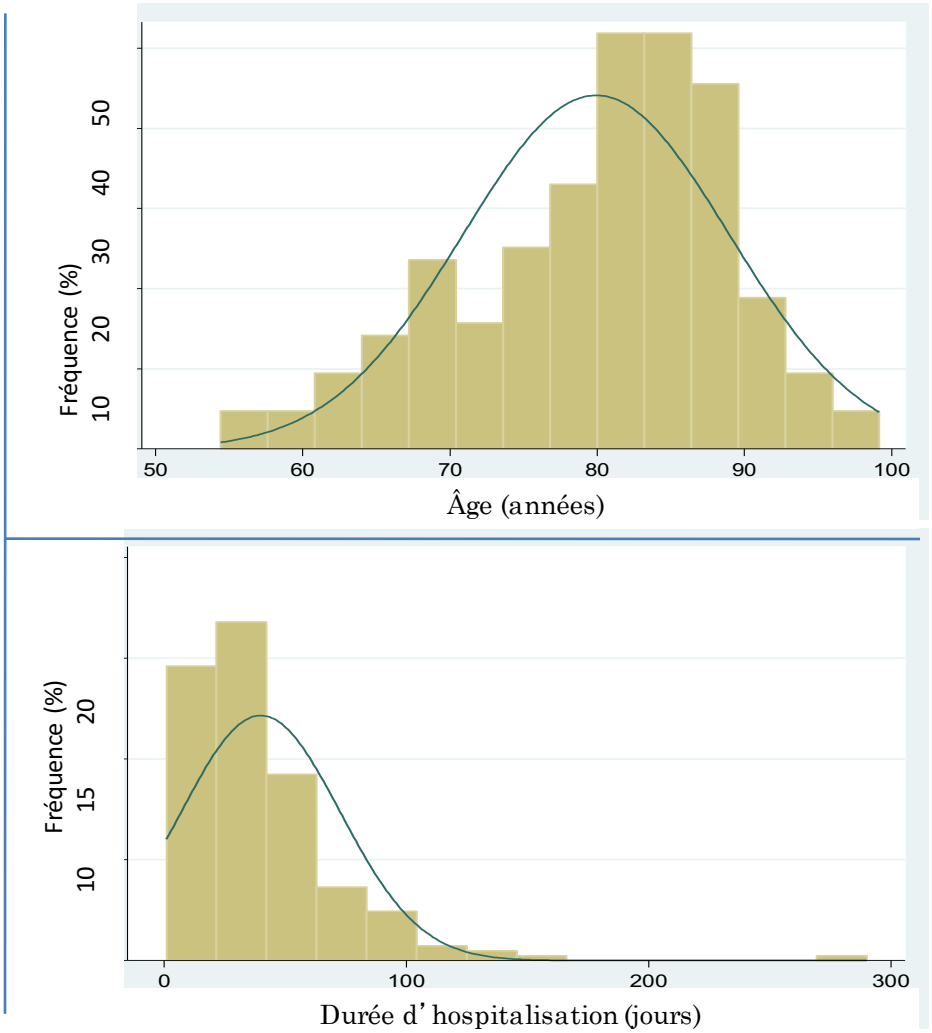
Tirés à part

DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

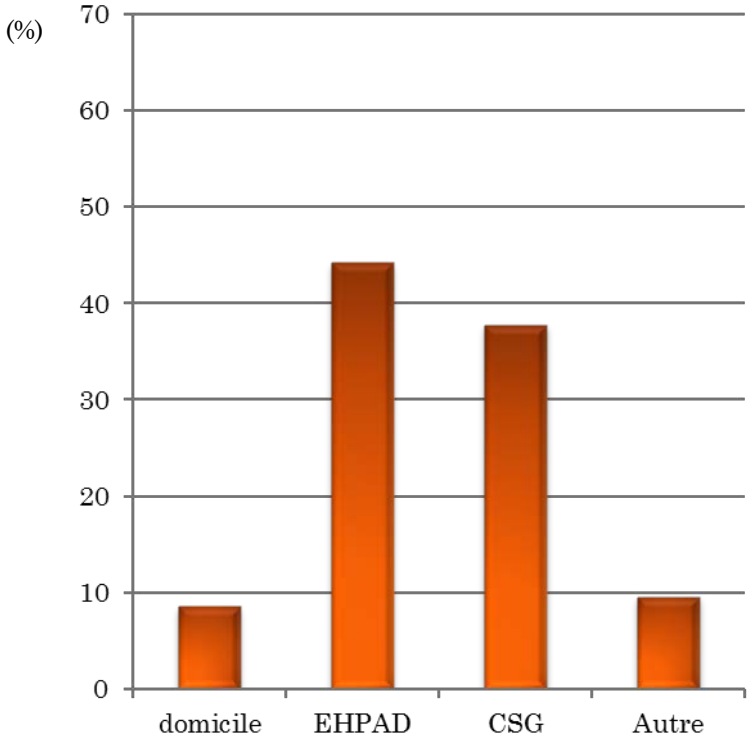
- 199 patients inclus (2ans)
- Âge moyen 79,9 ans

(ET 9,0); médiane 81,3

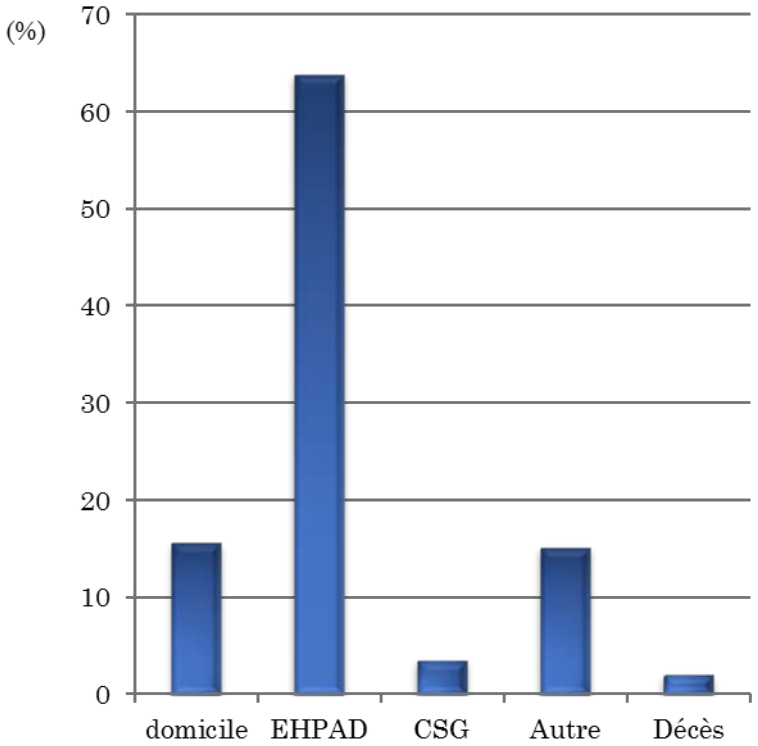
- Hommes 48,7%
- Diagnostic principal: démence 85,4%, psychiatrique 12,6%, syndrome confusionnel 2%
- Durée moyenne d'hospitalisation: 39,9 jours (ET 32,8); médiane 31 jours



PROVENANCE ET SORTIE



Provenance

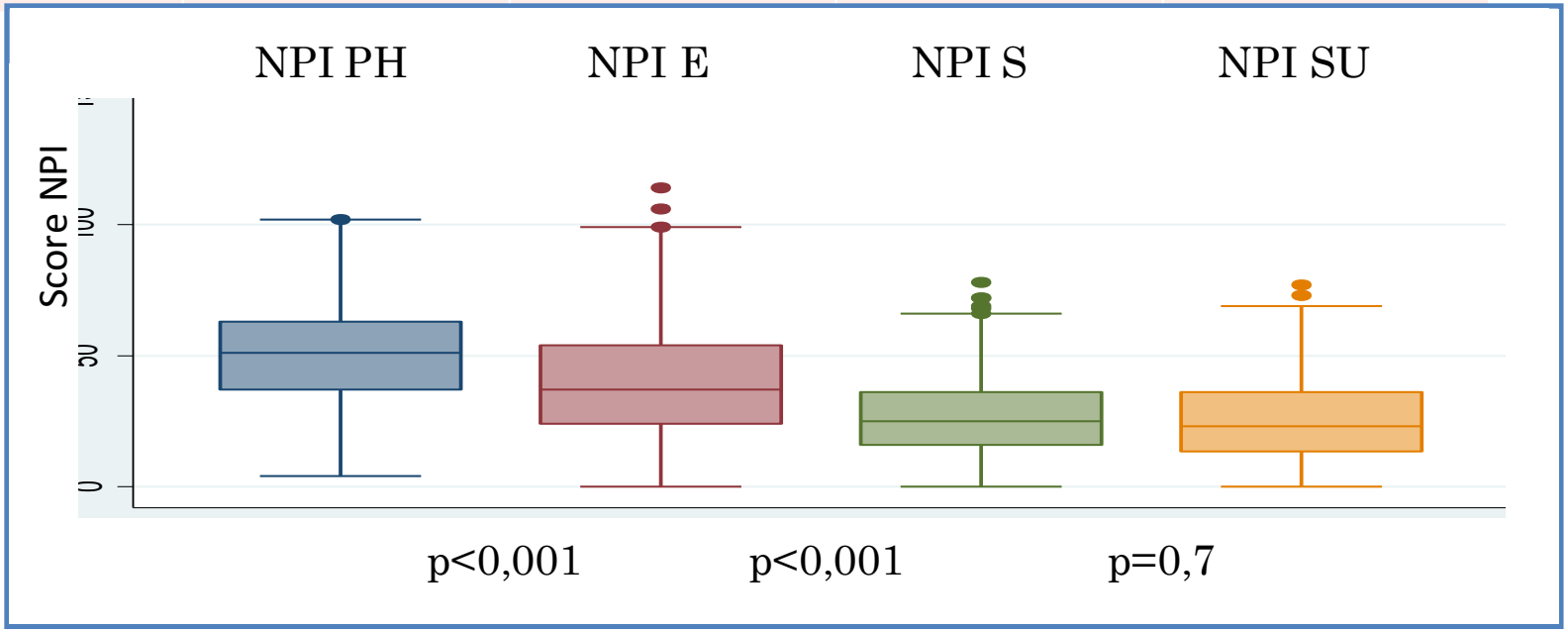


Sortie

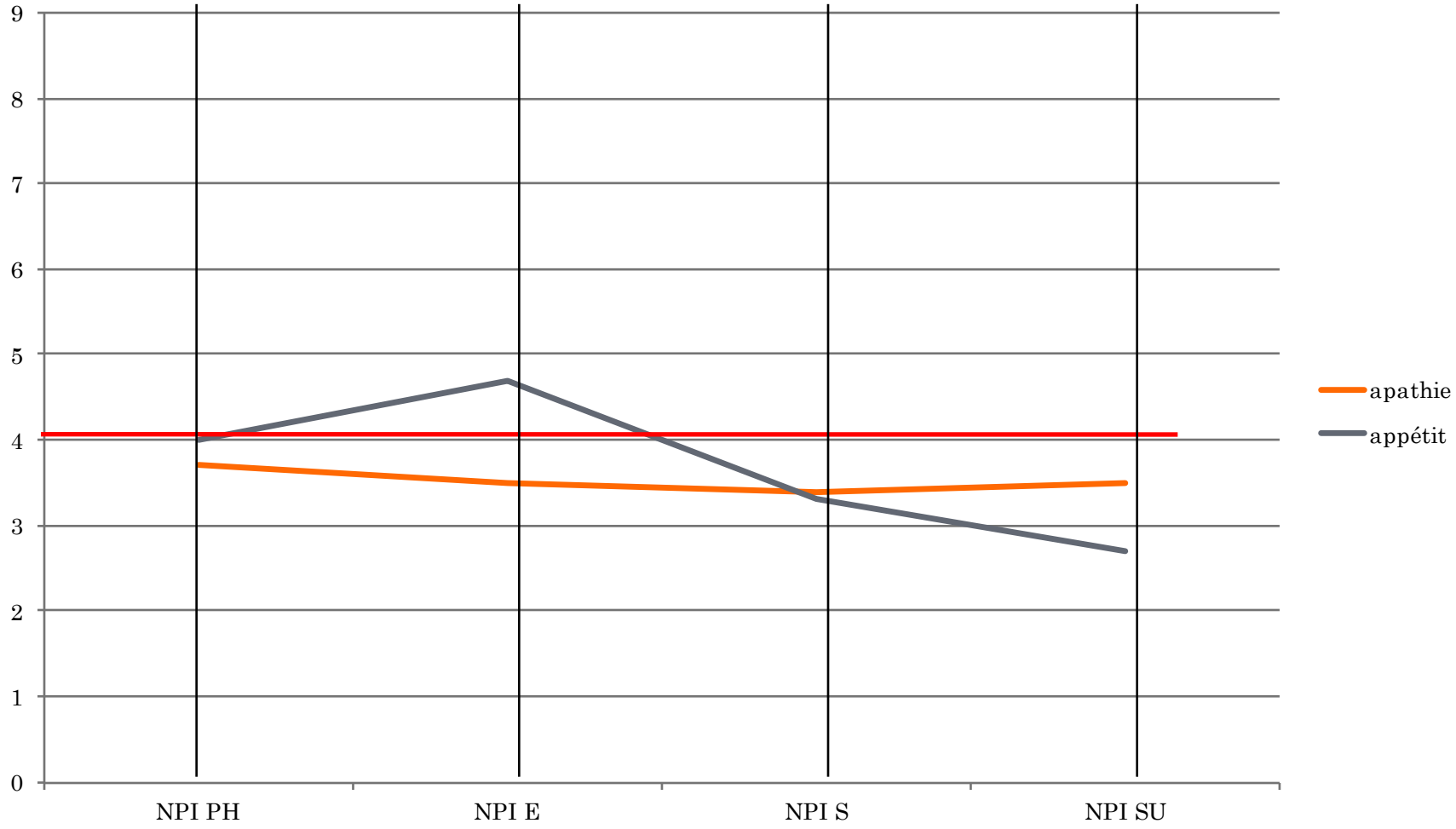
EHPAD= EHPAD, USLD, UHR ; Autre=Psychiatrie, SSR, Soins palliatifs, autres service hospitalier; CSG=court séjour gériatrique

DISTRIBUTION DES TROUBLES COMPORTEMENTAUX (NPI TOTAL)

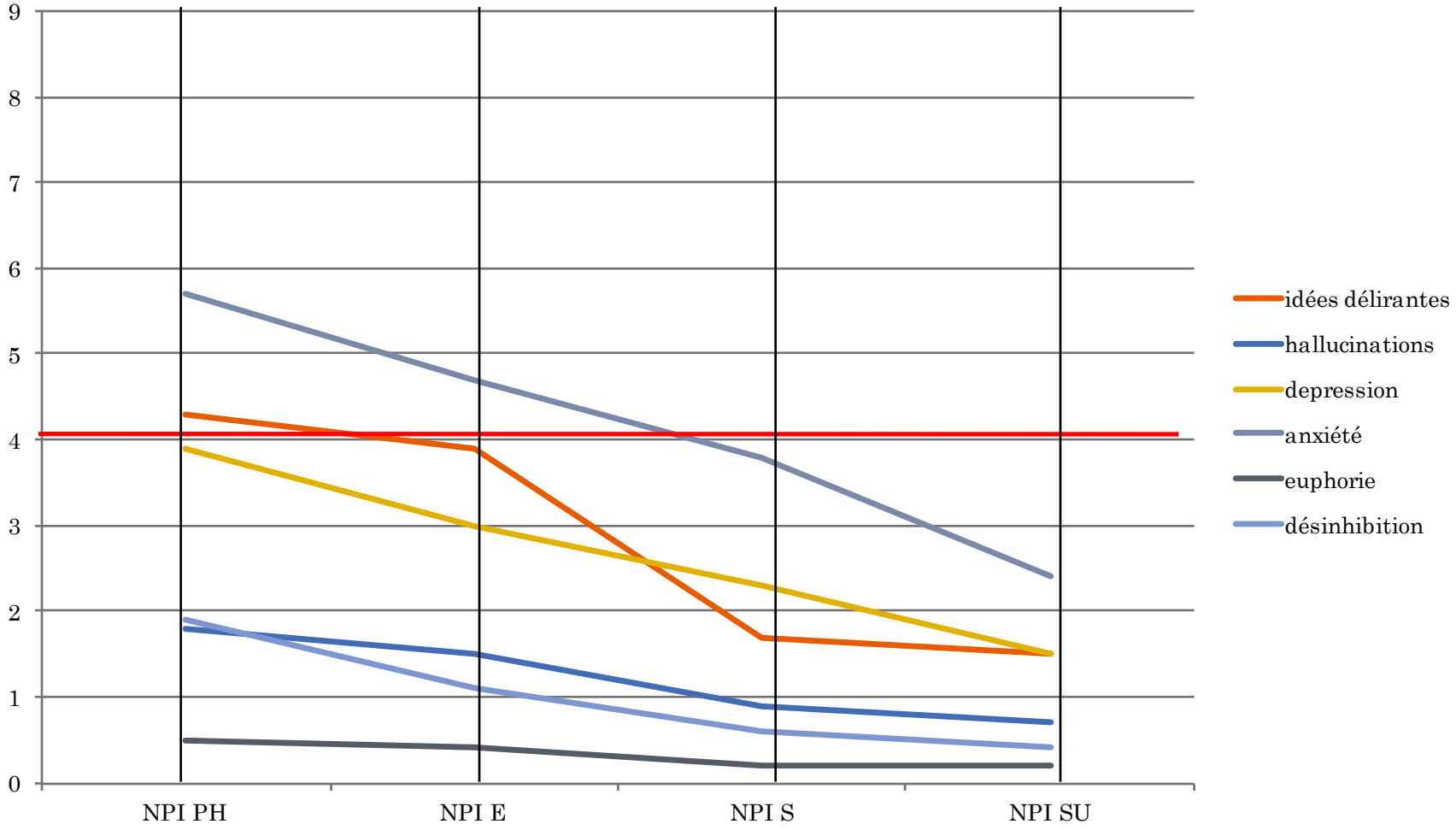
	NPI préhospit (NPI PH)	NPI entrée (NPI E)	NPI sortie (NPI S)	NPI suivi (NPI SU)
Moyenne (ET)	50,2 (18,3)	39 (21,5)	26,6 (15,8)	24,9 (15,7)
Min	4	0	0	0
Max	102	114	78	77
Médiane	51	54	36	36



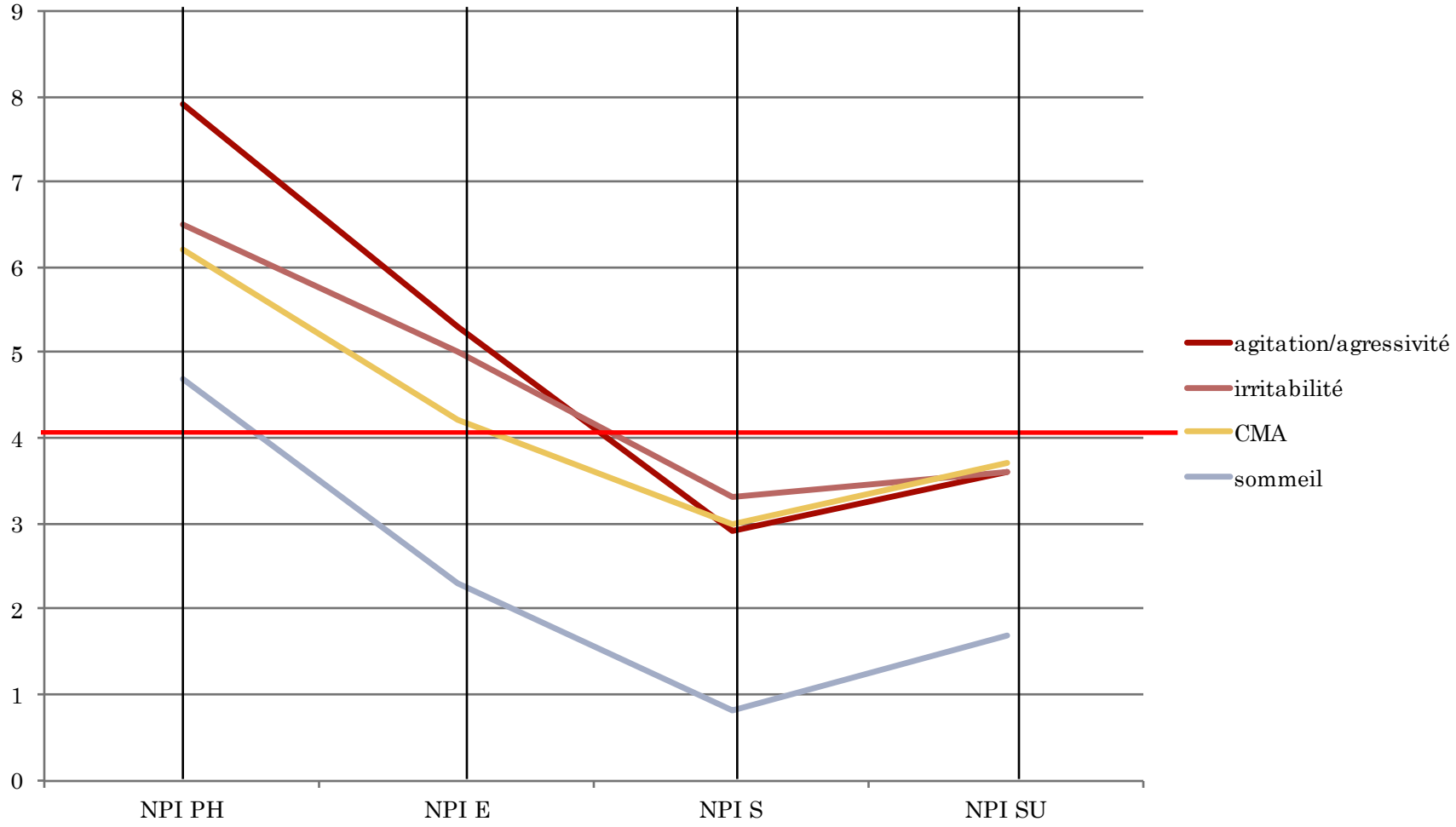
RÉSULTATS: EVOLUTION DES ITEMS DU NPI



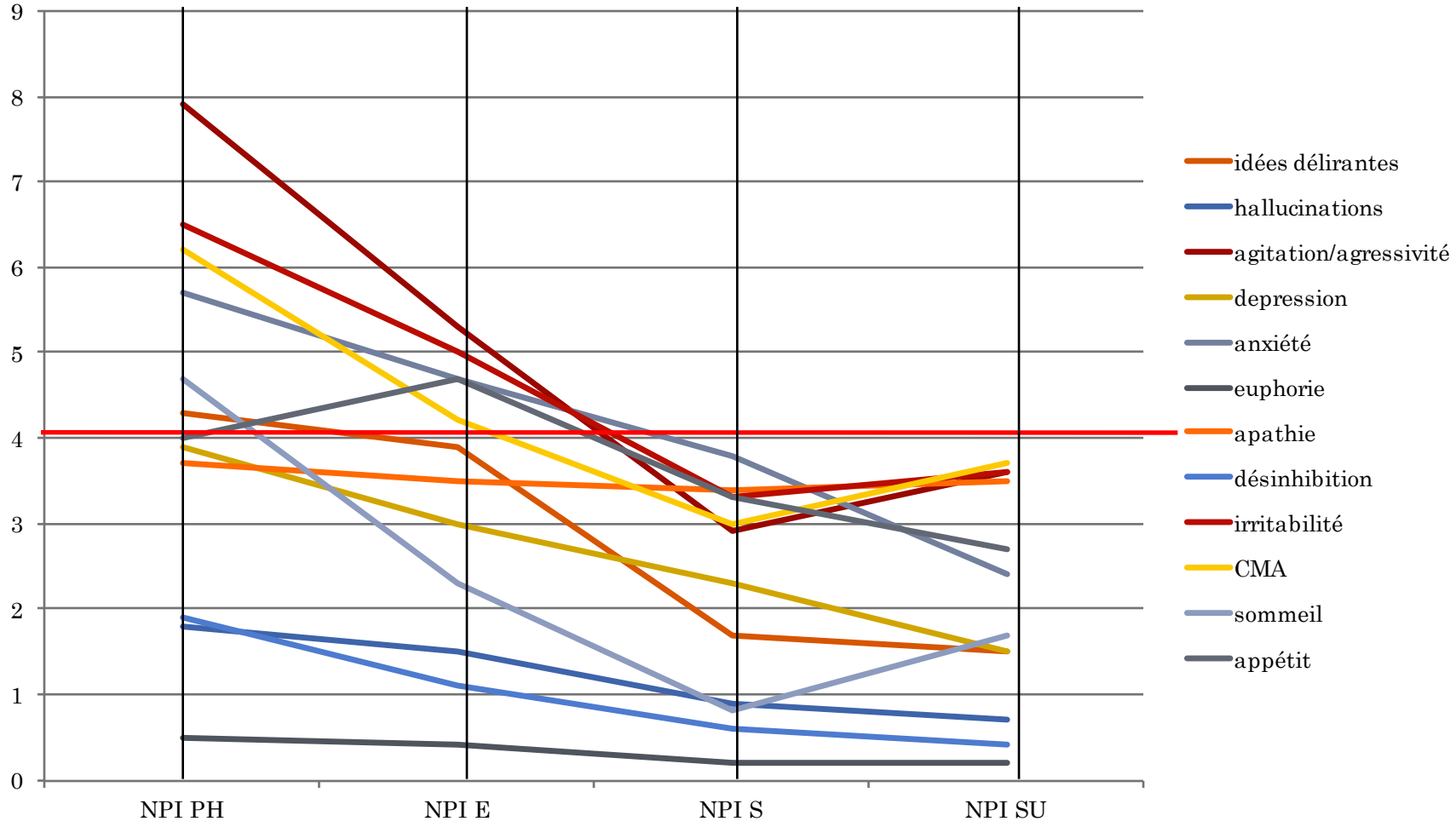
RÉSULTATS: EVOLUTION DES ITEMS DU NPI



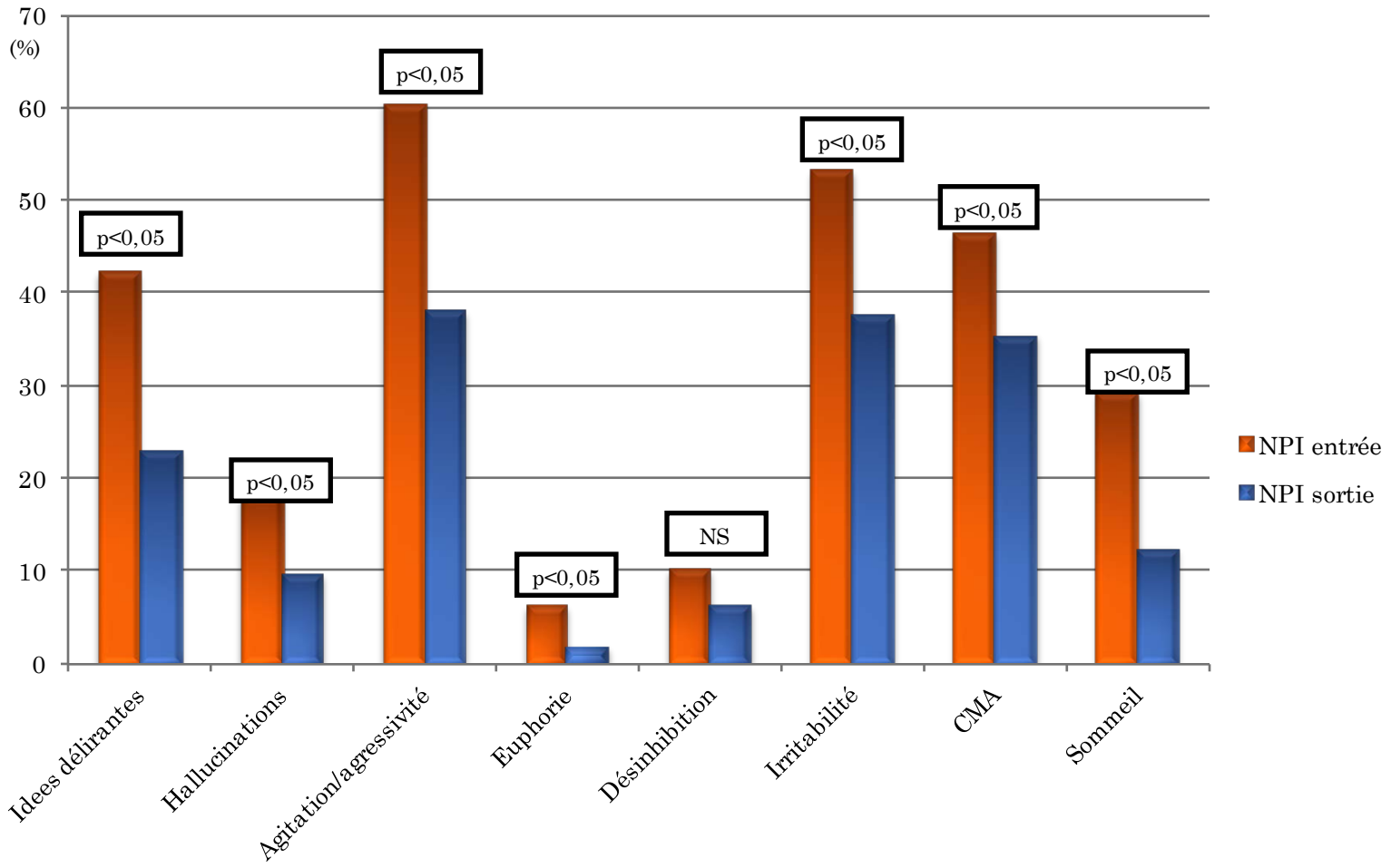
RÉSULTATS: EVOLUTION DES ITEMS DU NPI



EVOLUTION DES ITEMS DU NPI

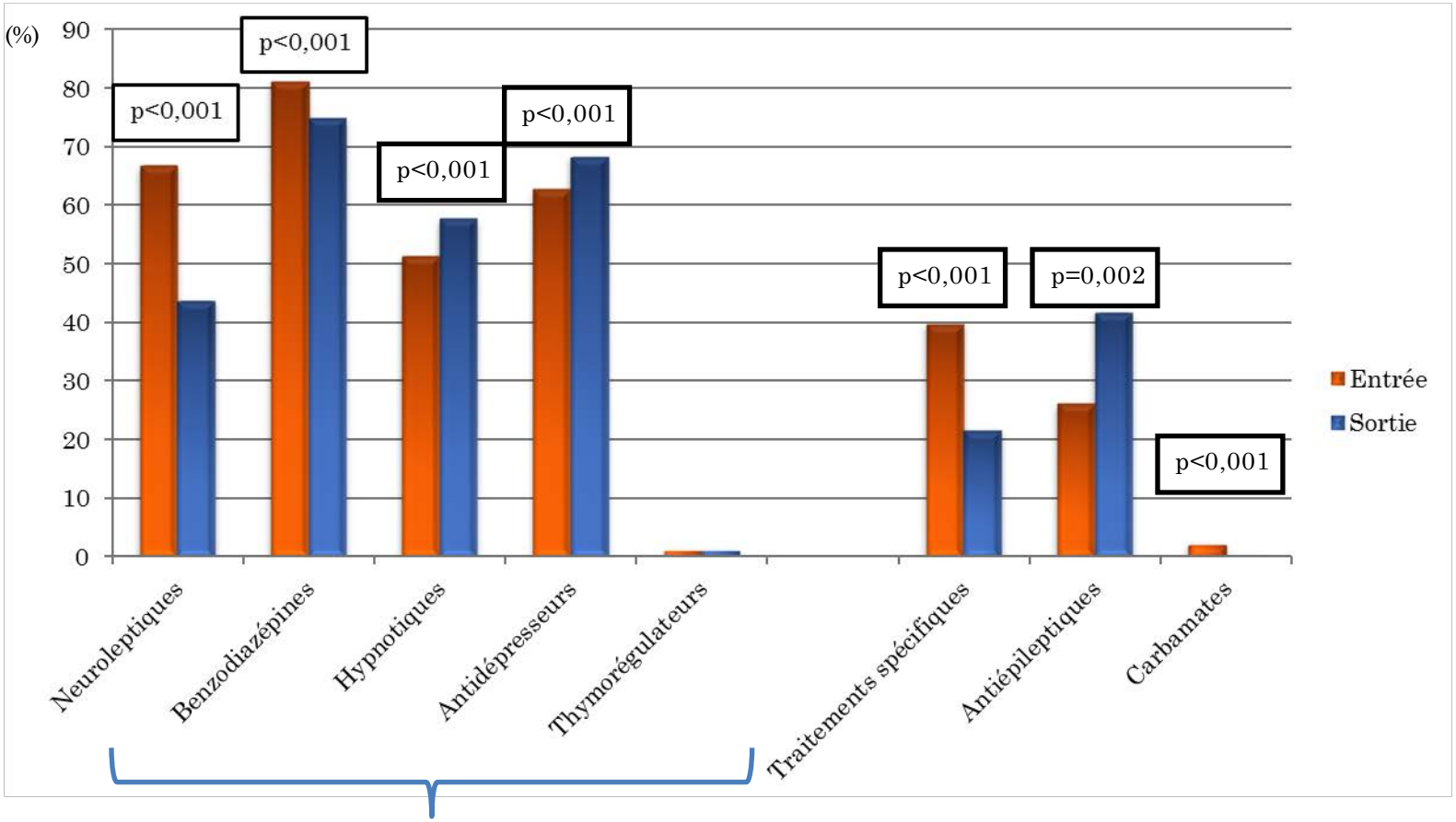


EVOLUTION DES ITEMS PRODUCTIFS DU NPI



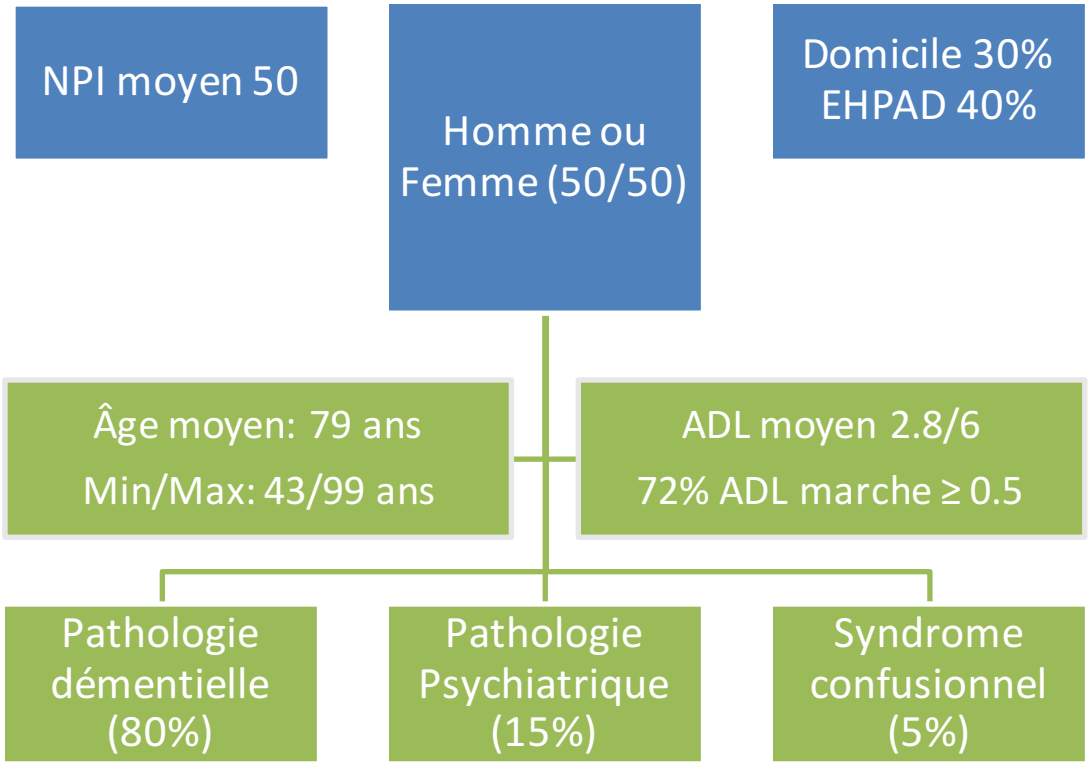
Patients ayant un score ≥ 4 (seuil de significativité clinique) aux items productifs (%)

PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES



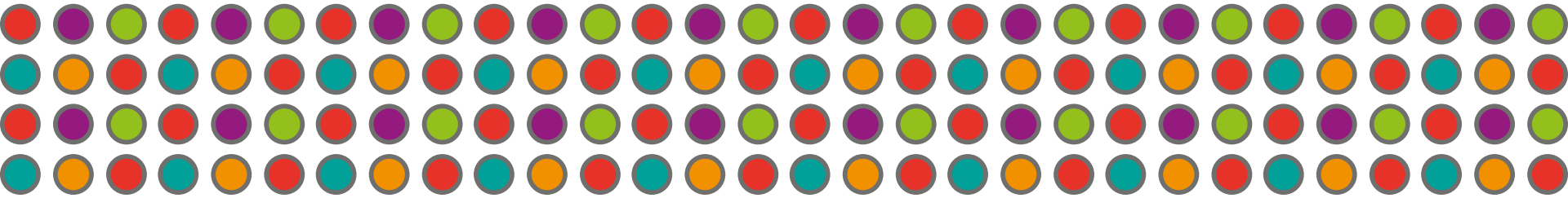
Classification de Delay & Deniker

Quel est le patient « type » admis en UCC?

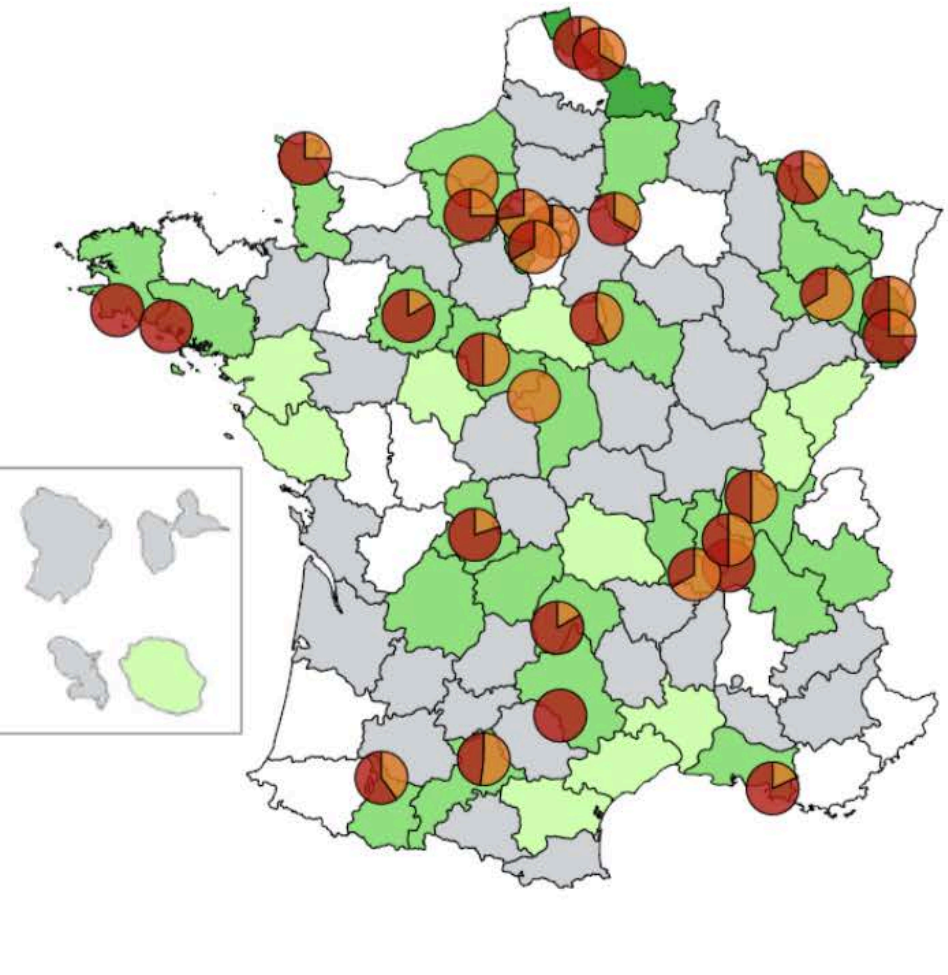


Données UCC de Toulouse, 2011-2013

exemple du sujet jeune en UCC



Nombre d'UCC présentes par département et UCC ayant accueilli des patients jeunes en 2013



Présence d'UCC, ou non, accueillant des patients jeunes

- Absence d'UCC
- Au moins 1 UCC présente mais 0 accueillant
- 1 UCC qui accueille
- 2 UCC qui accueillent
- UCC présentes mais données manquantes

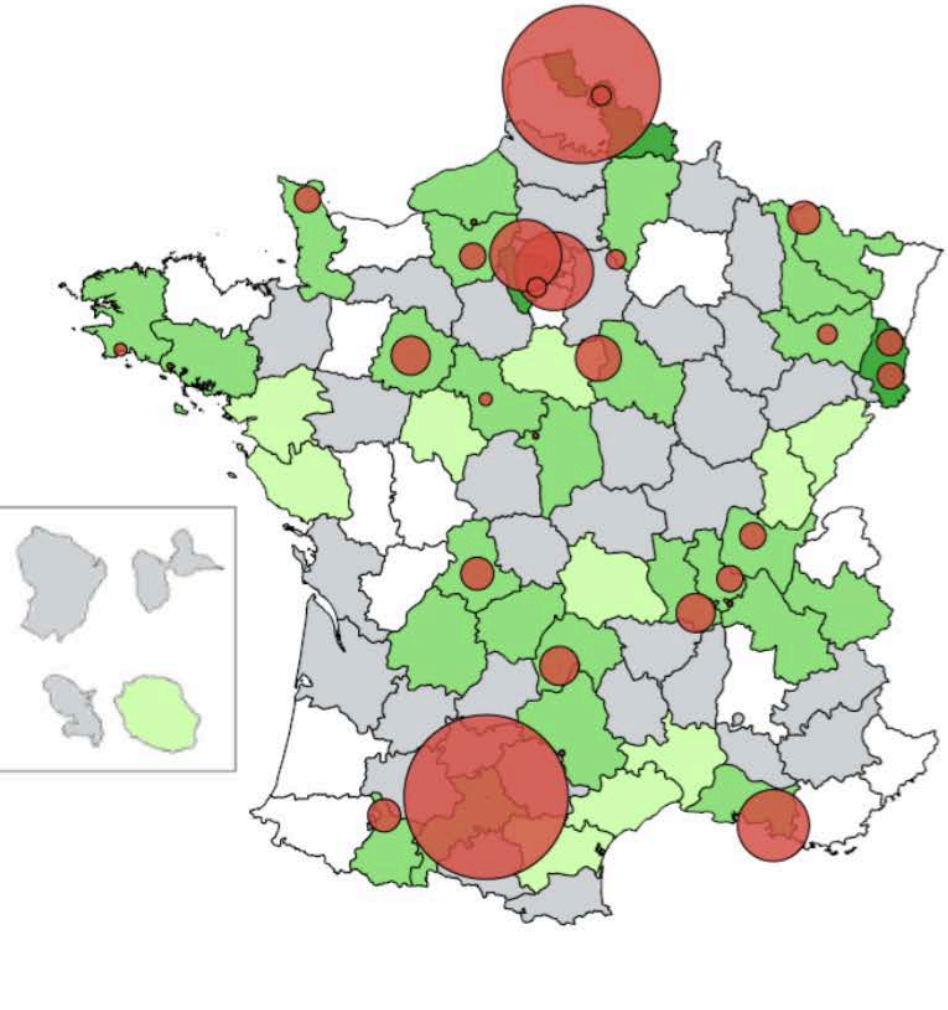
Tranche d'âge des patients acceuillis

- Entre 61 et 65 ans
- Moins de 60 ans

Enquête nationale sur l'accueil de patients Alzheimer jeunes en UCC en 2013
Lebert F, Leroy M, Pasquier F, Strubel D, SFGG

Chiffres du 15/12/2014

Nombre d'UCC présentes par département et UCC ayant accueilli des patients jeunes en 2013



Présence d'UCC, ou non, accueillant des patients jeunes

- Absence d'UCC
- Au moins 1 UCC présente mais 0 accueillant
- 1 UCC qui accueille
- 2 UCC qui accueillent
- UCC présentes mais données manquantes

Nombre de patients accueillis

25

10

2

Enquête nationale sur l'accueil de patients Alzheimer jeunes en UCC en 2013
Lebert F, Leroy M, Pasquier F, Strubel D, SFGG

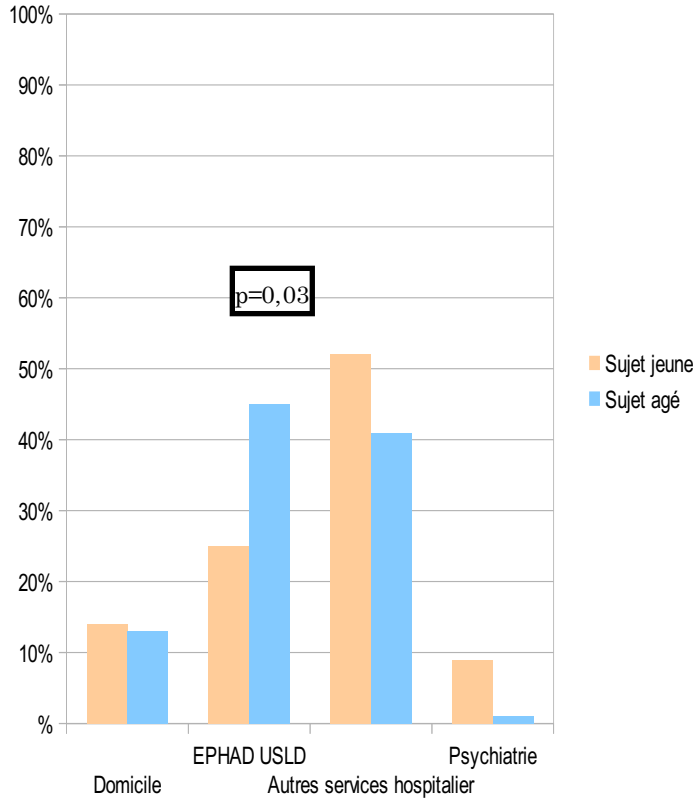
Chiffres du 15/12/2014

LES SUJETS JEUNES EN UCC: à Toulouse

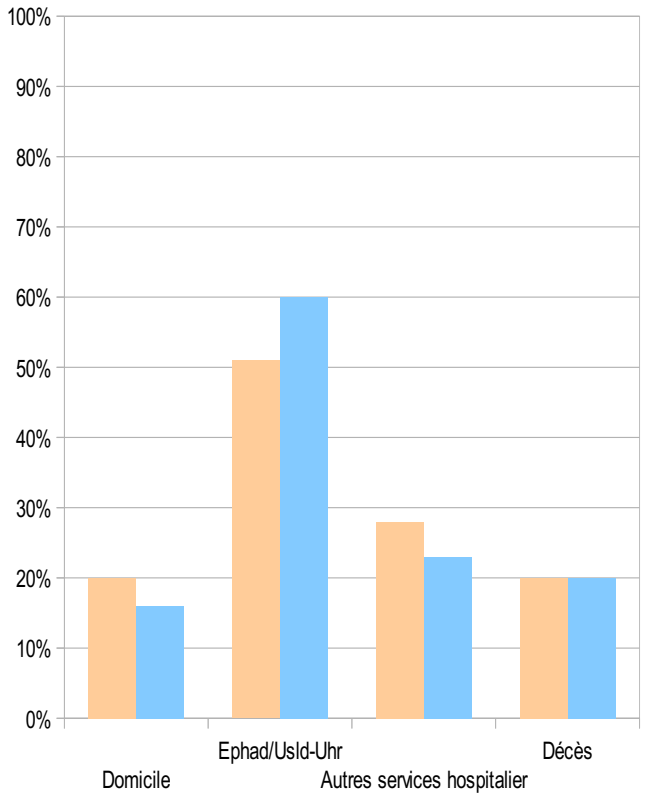
	Sujets jeunes (n=35)	Sujets âgés (n=291)	p
Sexe masculin	**72% (n=25)**	**46% (n=135)**	**0,005**
Durée hospitalisation (jours)	**55, IC [35;75]**	**35, IC [32;38]**	**0,001**
Diagnostic -Psychiatrique -Sd démentiel -Sd confusionnel	 20% (n=7) 80% (n=28) 0	 13% (n=37) 83% (n=241) 4% (n=13)	0,289
Institutionnalisation USLD/ EHPAD	3 % (n=1)	4% (n=10)	0,600
Rehospitalisation 1 mois	9% (n= 3)	8% (n=23)	0,546
Rehospitalisation 3 mois	9% (n=3)	15% (n=43)	0,237

Données 2011-2013. D. Monteau, P. Saidlitz, T. Voisin.

DISCUSSION: LES SUJETS JEUNES EN UCC à Toulouse



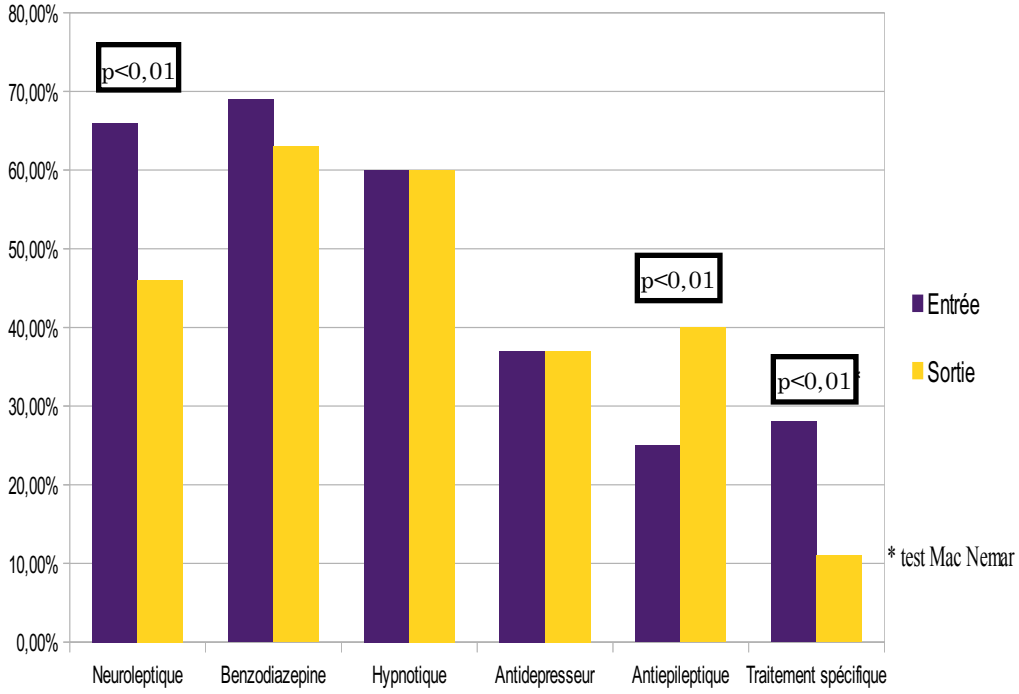
PROVENANCE



SORTIE

Données 2011-2013. D. Monteau, P. Saidlitz, T. Voisin.

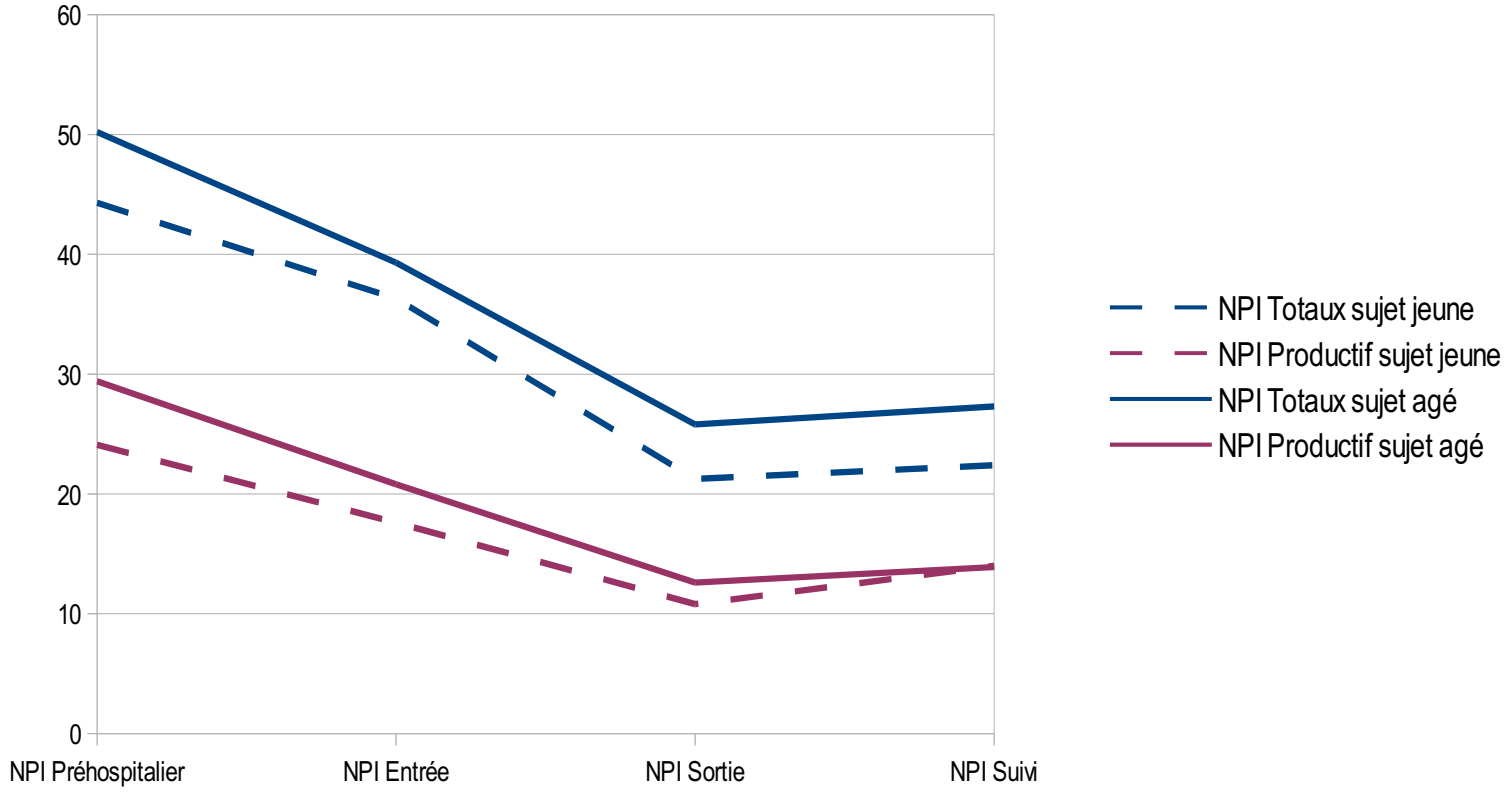
LES SUJETS JEUNES EN UCC à Toulouse



	Nombre moyen entrée	Nombre moyen sortie	p=
Sujet jeune	**3,4** +/-1,1	**2,8** +/-1,1	**0,03**
Sujet âgé	**3,8** +/-1,2	**3,0** +/-1,3	**0,01**
	p=0,8	p=0,3	

Données 2011-2013. D. Monteau, P. Saidlitz, T. Voisin.

LES SUJETS JEUNES EN UCC à Toulouse



Données 2011-2013. D. Monteau, P. Saidlitz, T. Voisin.

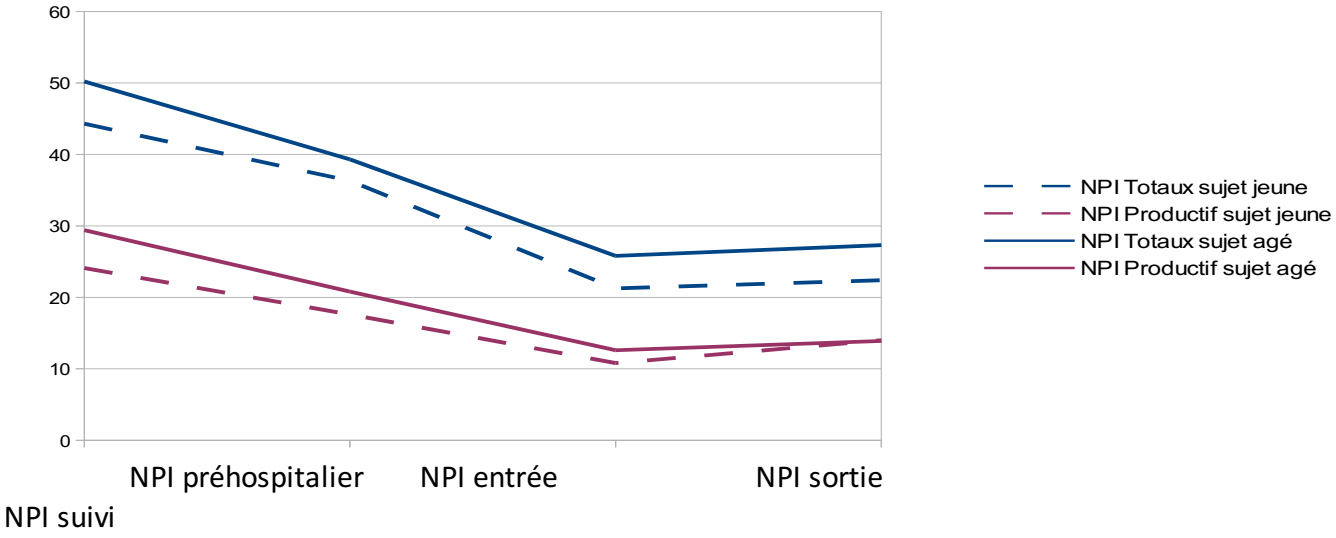
LES SUJETS JEUNES EN UCC à Toulouse

Moins de 65 ans: 10,7% des admissions (n=34, n total=326)

Plus d'hommes (72% vs 46%), hospitalisations plus longues (55 jours vs 35 jours)

Diagnostic, autonomie, lieu de sortie, taux de réadmission, nombre de psychotropes: pas de différence

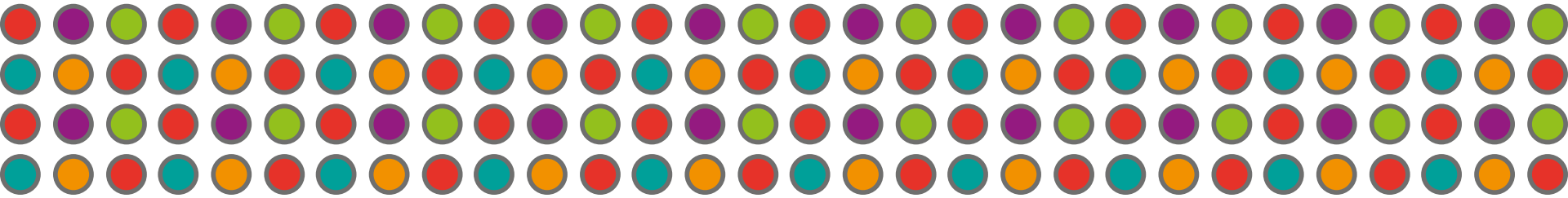
Amélioration équivalente des troubles du comportement



Données 2011-2013. D. Monteau, P. Saidlitz, T. Voisin.

PASA et UHR

Des pôles d'activités et de soins adaptés et des unités d'hébergement renforcées (PASA et UHR – mesure n°16) pour améliorer la prise en charge des malades souffrant de troubles du comportement en établissement .



Pôles activités et de soins adaptés « PASA »

- Accueil durant la journée
- Environ 12-14 personnes
- Ayant des troubles du comportement modérés.
- Activités sociales et thérapeutiques
- Personnel qualifié, formé, soutenu
- Elaboration d'un projet adapté de soin et d'un projet de vie personnalisé ;
- La participation des familles et des proches ;
- La conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

ANNEXE V

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ DES MALADES ALZHEIMER OU APPARENTÉS EN VUE DE L'OUVERTURE D'UN PÔLE D'ACTIVITÉS ET DE SOINS ADAPTÉS (PASA) DANS UN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES (EHPAD) OU D'UNE UNITÉ D'HÉBERGEMENT RENFORCÉE (UHR) EN UNITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE (USLD) OU EN EHPAD

Ces critères ne sont que des critères d'admissibilité.

L'admission dans ces unités est une autre démarche qui consiste à élaborer un projet de vie entre une personne, sa famille ou ses proches et une équipe soignante, après avis du médecin coordonnateur et sous la responsabilité administrative d'un directeur d'établissement.

Le NPI-ES est validé par le médecin coordonnateur de l'EHPAD ou le médecin de l'USLD après une réflexion menée dans le cadre d'une équipe soignante pluridisciplinaire.

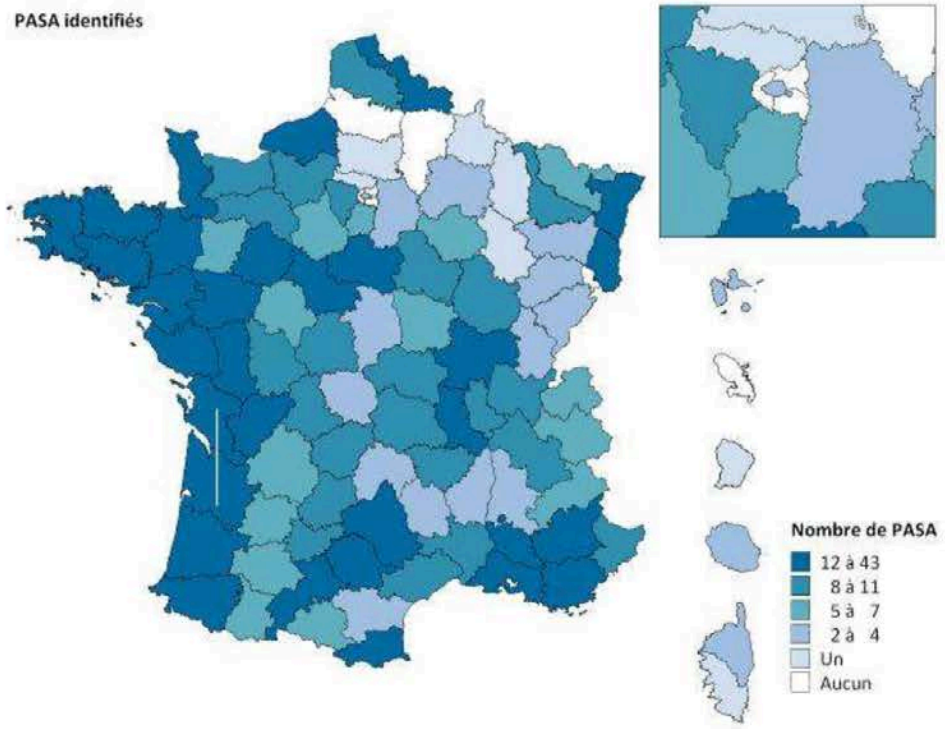
Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)

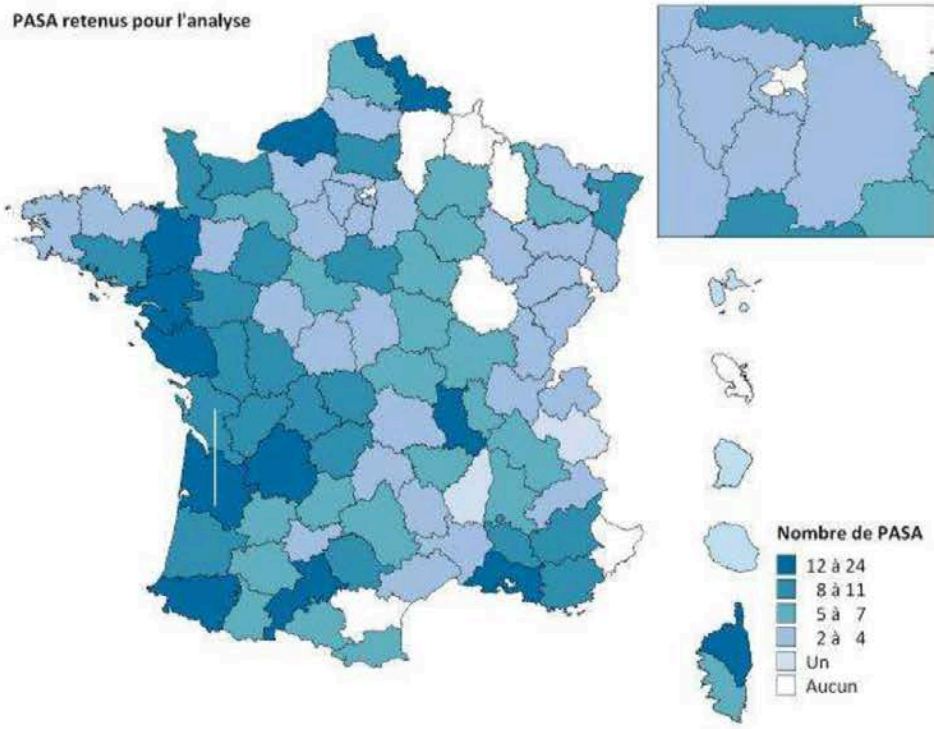
L'EHPAD dispose d'une file active d'au moins vingt malades éligibles parmi les résidents hébergés.

Sont éligibles à un PASA les malades :

- ayant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée (critères DSM IV ou NINCDS-ADRDA) ;
- et des troubles du comportement modérés mesurés par un score strictement supérieur à 3, à au moins un des items de l'échelle NPI-ES (inventaire neuropsychiatrique version équipe soignante) ;
- et des troubles du comportement qui :
  - altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents ;
  - et dont l'ampleur est mesurée par l'échelle de retentissement du NPI-ES entre 2 et 4 ;
  - et qui interviennent selon une fréquence d'au moins une fois par semaine lors du mois précédent ;
- et n'ayant pas de syndrome confusionnel (défini par la Haute autorité de santé – HAS : « Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation », mai 2009) ;
- et mobiles, c'est-à-dire capables de se déplacer seul, y compris en fauteuil roulant ;
- et ne remplissant pas les critères d'admissibilité en UHR.

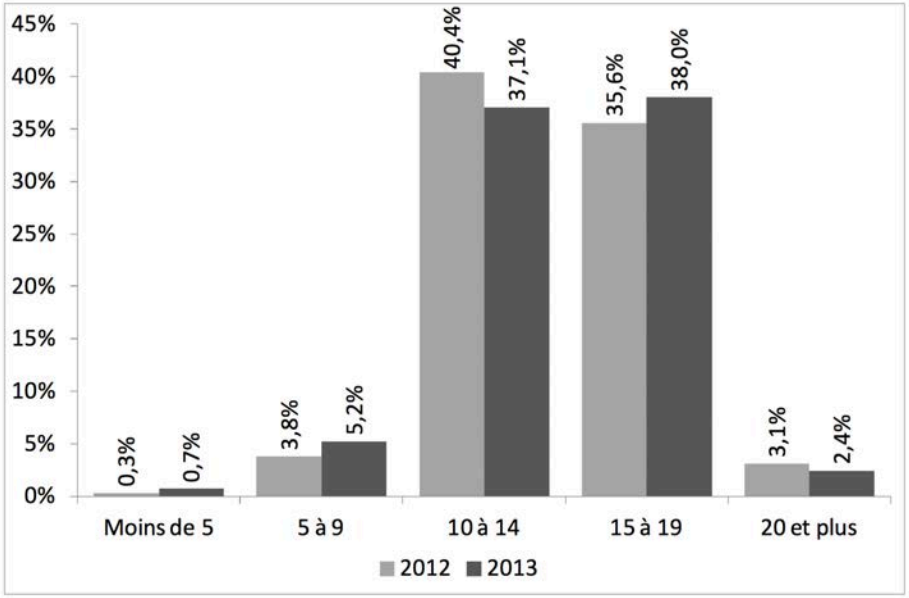
Carte 2 : *Implantation des PASA identifiés et des PASA retenus pour l'analyse*



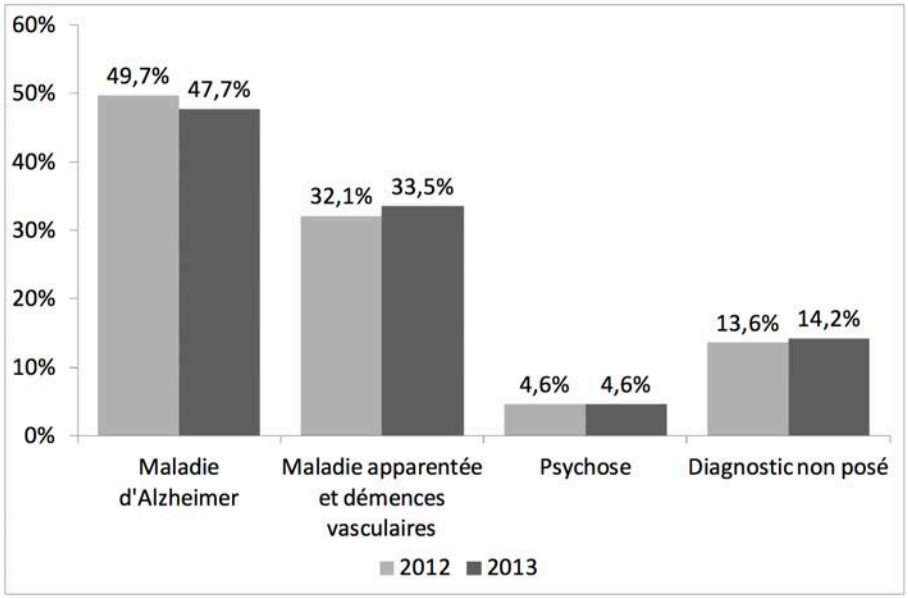


Champ : Structures ayant déclaré une activité de PASA en 2013.
Source : Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

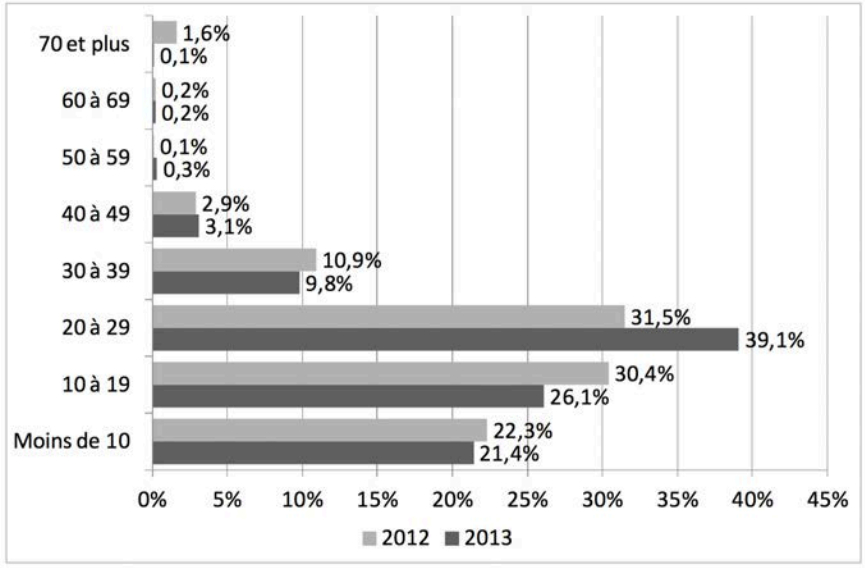
Répartition des résidents en PASA selon le score au MMSE



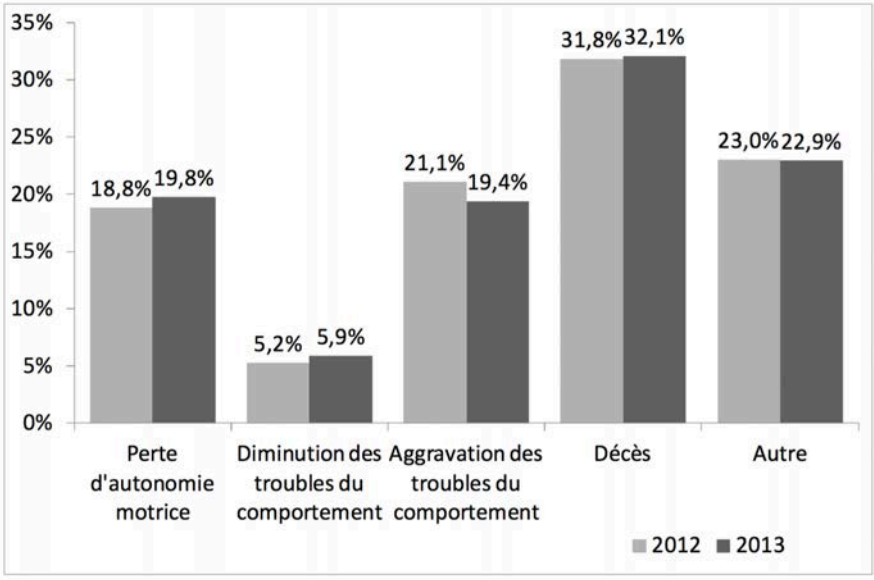
Répartition des résidents en PASA selon le diagnostic posé



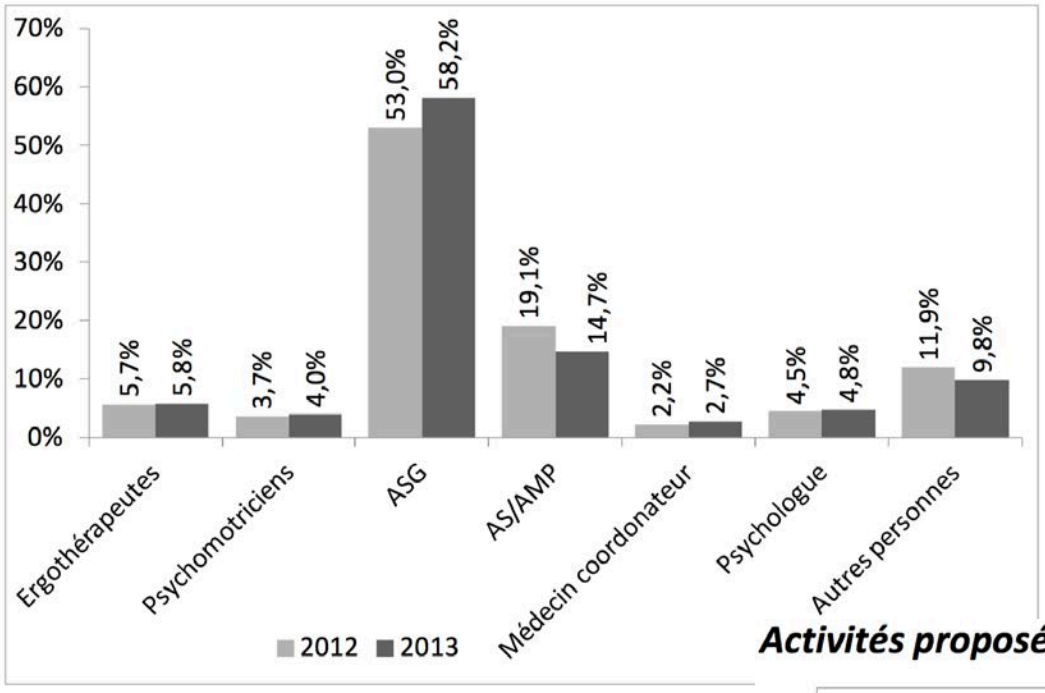
Répartition des résidents en PASA selon la moyenne des scores F*G au NPI-ES



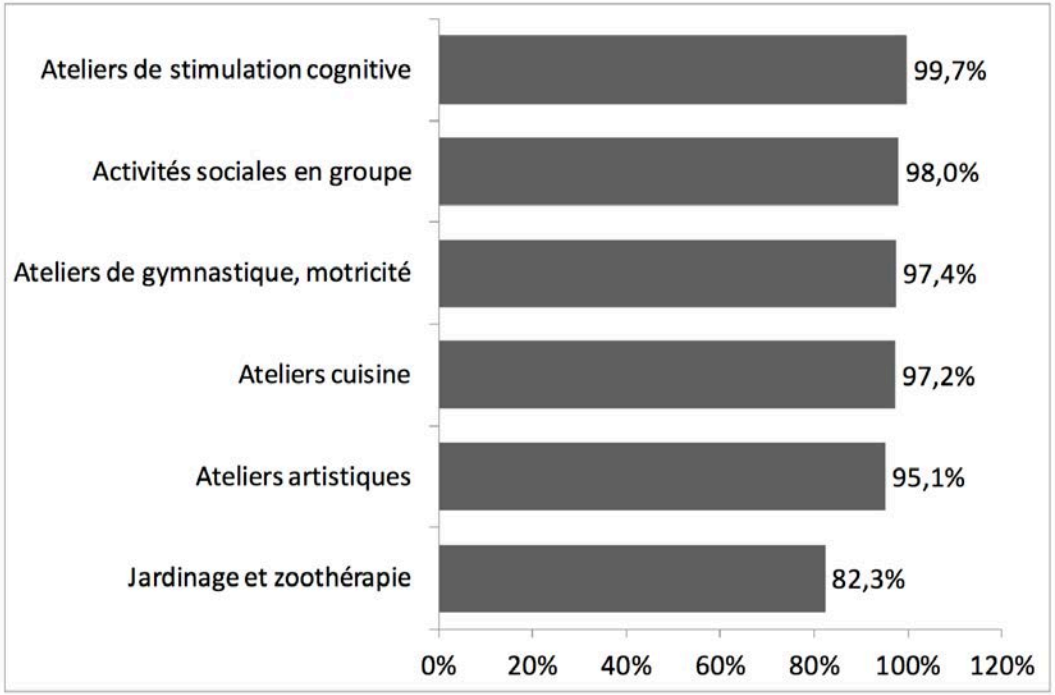
Motifs de sortie des PASA



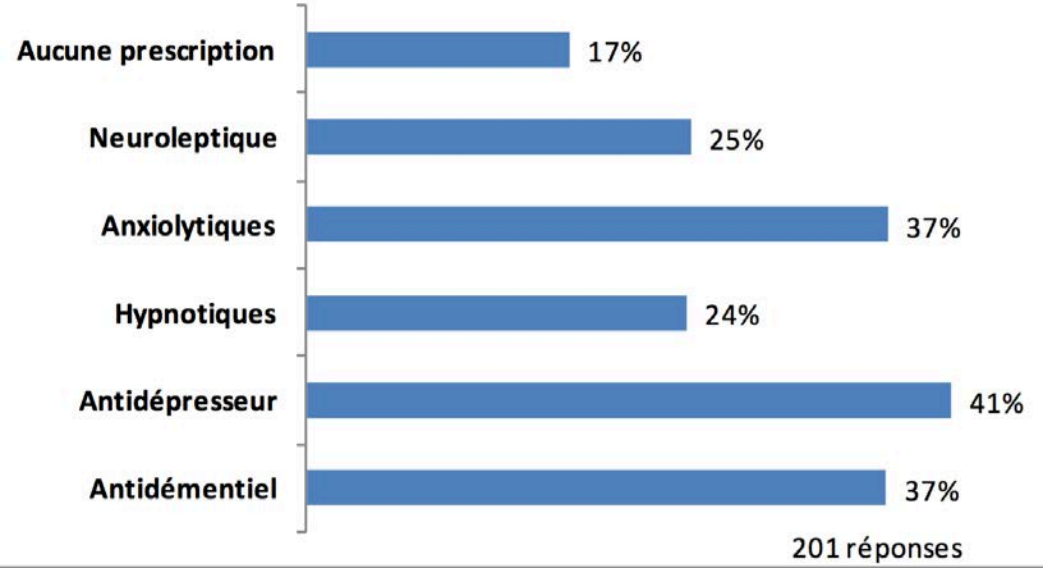
Type de professionnels des PASA (en % d'ETP)



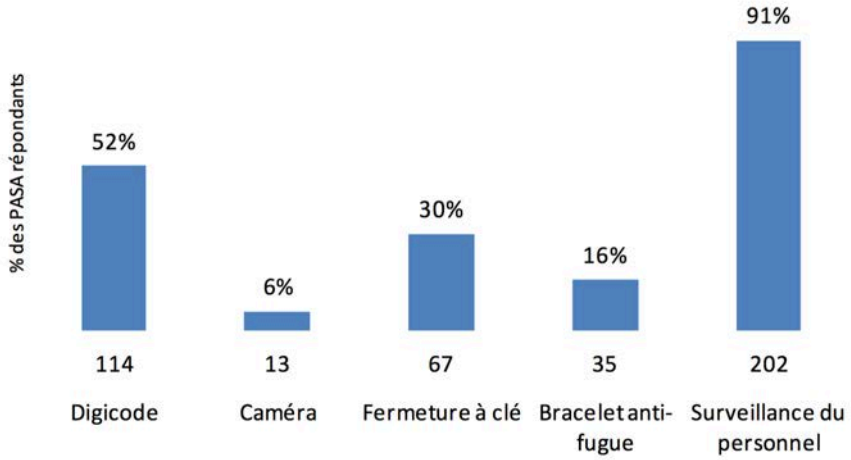
Activités proposées en PASA en 2013



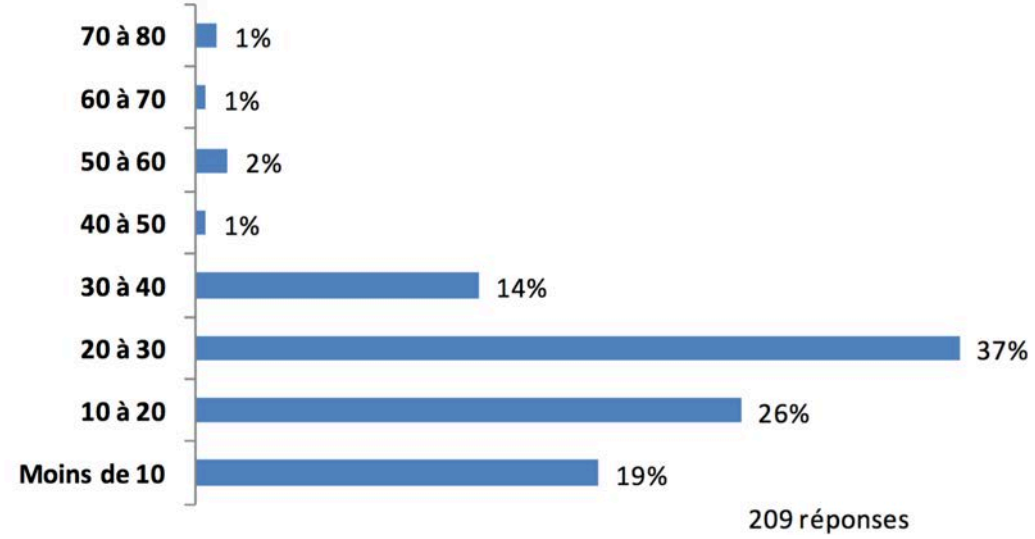
Traitements médicamenteux



Moyens de sécurisation du PASA



NPIES - Moyenne des scores F*G



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction Générale de la Cohésion Sociale

CNSA
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Rapports d'activités 2011

Équipes Spécialisées Alzheimer à domicile (ESA)

Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)

Unités d'Hébergement Renforcées (UHR)

(Mesures 6 et 16 du plan Alzheimer 2008-2012)

PASA: Enquête CNSA, DGCS, DREES 2013

- 1010 PASA parmi les 4390 Établissements
  Disparités entre les départements (de 0 et 43 par département)
- 54,1% sont dans des établissements publics
  59,1 résidents accueillis par année pleine en moy. (36 200 résidents sur l'ensemble des institutions)
- 84,8 ans et MMSE de 14,3 (± 3,3)
  et score NPI-ES de 19,4 (± 10,7) en moy.

L’unité d’hébergement renforcée (UHR)

- Hébergement (12 à 14 personnes), soins et des activités adaptés.
- Dans les USLD et dans certains EHPAD.
- Personne atteinte de la maladie d’alzheimer ou d’une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères.
- La présence d’un personnel qualifié, formé, soutenu
- L’élaboration d’un projet adapté de soin et d’un projet de vie personnalisé ;
- La participation des familles et des proches ;
- La conception d’un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

ANNEXE V

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ DES MALADES ALZHEIMER OU APPARENTÉS EN VUE DE L'OUVERTURE D'UN PÔLE D'ACTIVITÉS ET DE SOINS ADAPTÉS (PASA) DANS UN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES (EHPAD) OU D'UNE UNITÉ D'HÉBERGEMENT RENFORCÉE (UHR) EN UNITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE (USLD) OU EN EHPAD

Ces critères ne sont que des critères d'admissibilité.

L'admission dans ces unités est une autre démarche qui consiste à élaborer un projet de vie entre une personne, sa famille ou ses proches et une équipe soignante, après avis du médecin coordonnateur et sous la responsabilité administrative d'un directeur d'établissement.

Le NPI-ES est validé par le médecin coordonnateur de l'EHPAD ou le médecin de l'USLD après une réflexion menée dans le cadre d'une équipe soignante pluridisciplinaire.

Unités d'hébergement renforcées (UHR)

L'établissement dispose, en interne ou en provenance d'un autre établissement, d'au moins douze malades éligibles.

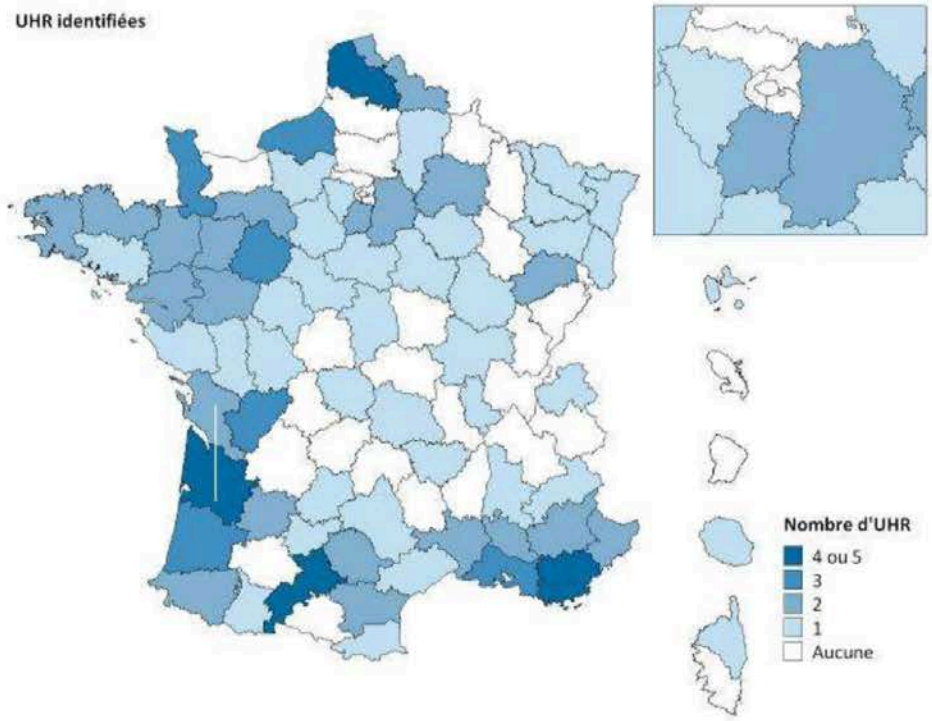
Sont éligibles à une UHR les malades :

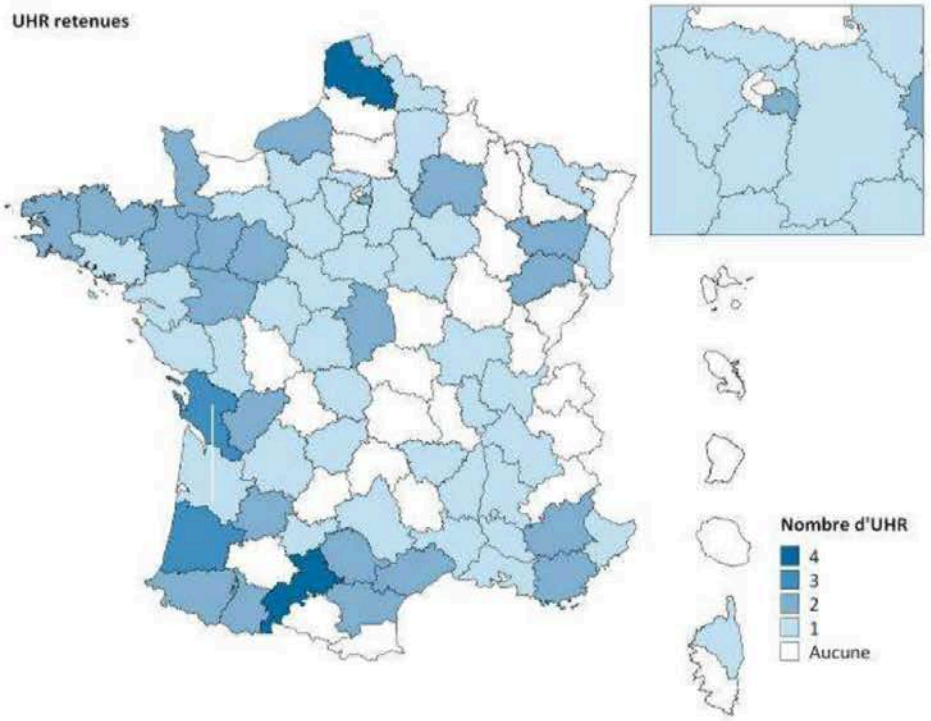
- ayant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée (critères DSM IV, NINCDS-ADRDA) ;
- et des troubles du comportement sévères mesurés par un score strictement supérieur à sept à un des items de l'échelle NPI-ES concernant seulement les troubles perturbateurs suivants : idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, désinhibition, exaltation de l'humeur/euphorie, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant ;
- et avec une l'échelle de retentissement du NPI-ES à 5, éventuellement 4 lors de 2 évaluations au cours du mois précédent ;
- et mobiles, c'est-à-dire capables de se déplacer seul, y compris en fauteuil roulant ;
- et n'ayant pas de syndrome confusionnel (défini par la HAS : « Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation », mai 2009).

Les critères de sortie d'un malade de l'UHR sont les suivants :

- la personne est confinée au lit ou fauteuil ;
- les troubles du comportement ont diminué de façon significative : tous les critères du NPI-ES sont inférieurs à 3 pendant un mois.

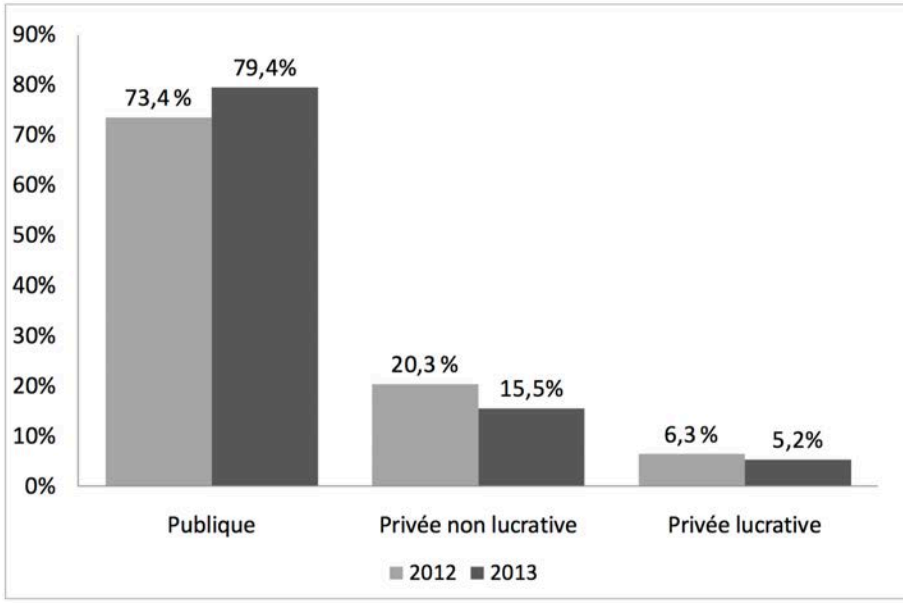
Carte 3 : Implantation des UHR identifiées et des UHR retenues pour l'analyse



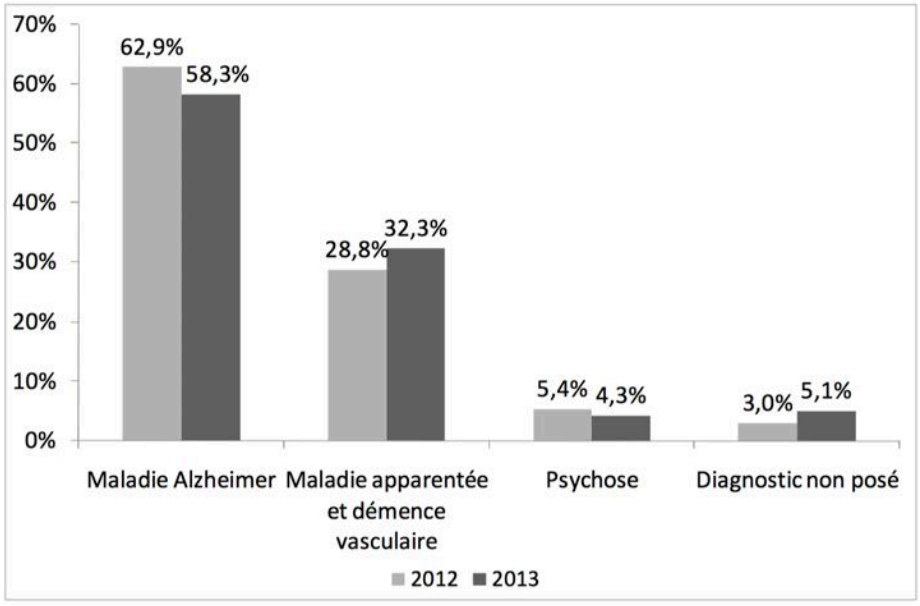


Champ : Structures ayant déclaré une activité d'UHR en 2013.
Source : Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

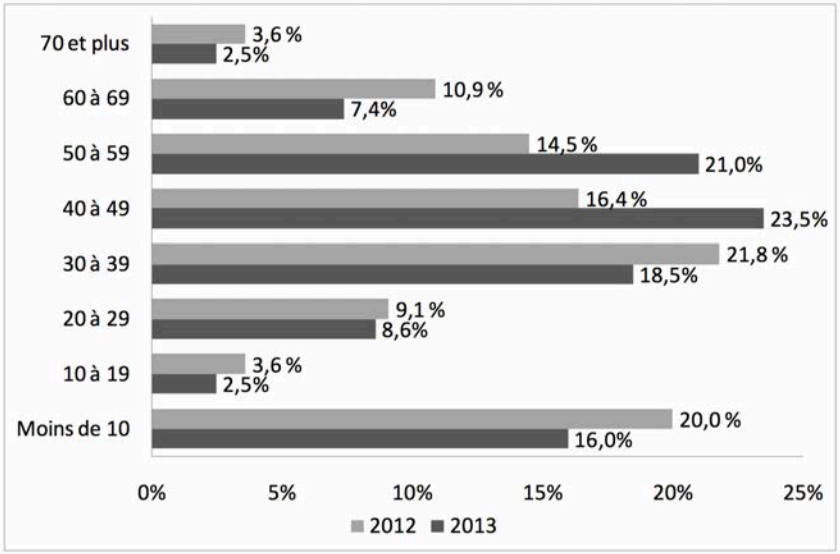
Structure porteuse des UHR en 2013



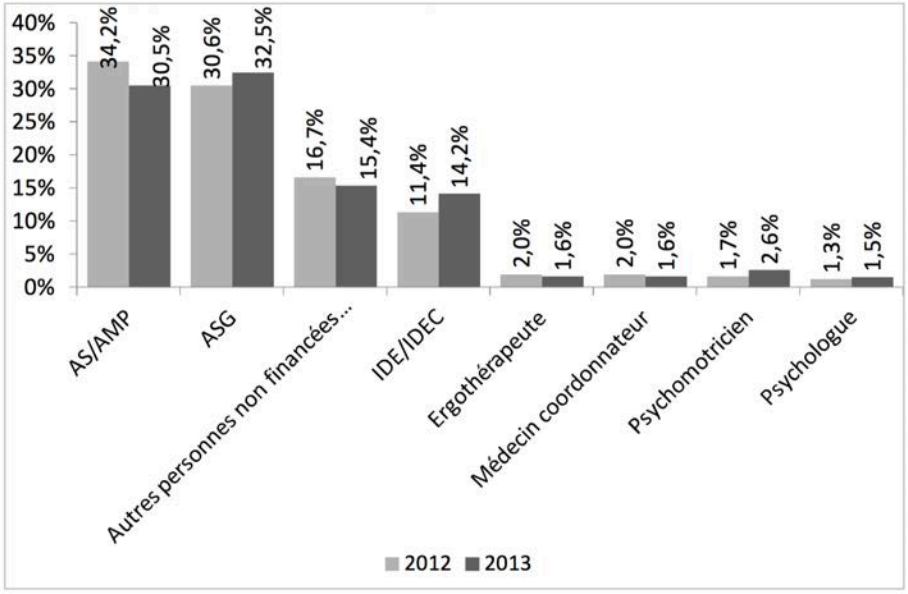
Répartition des résidents en UHR selon le diagnostic posé



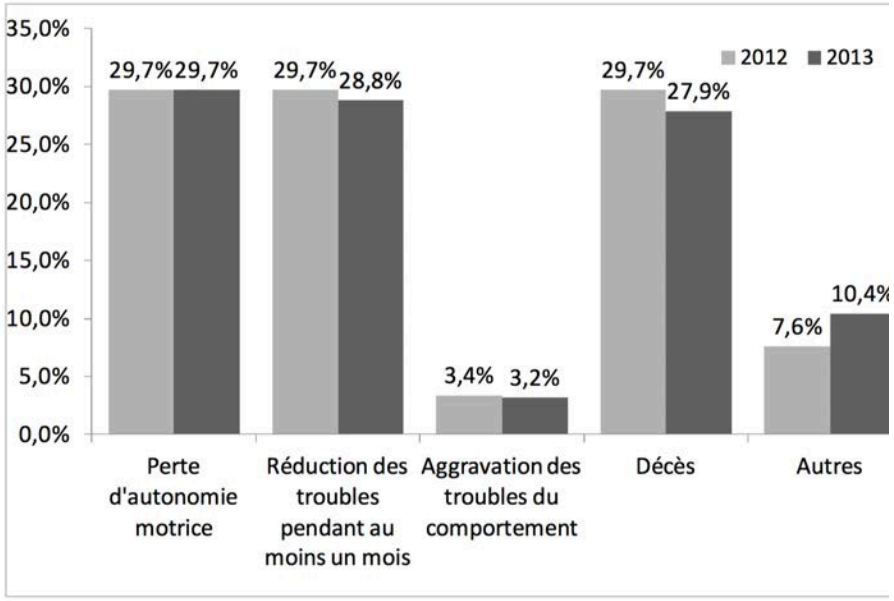
Répartition des patients en UHR selon la moyenne des scores F*G



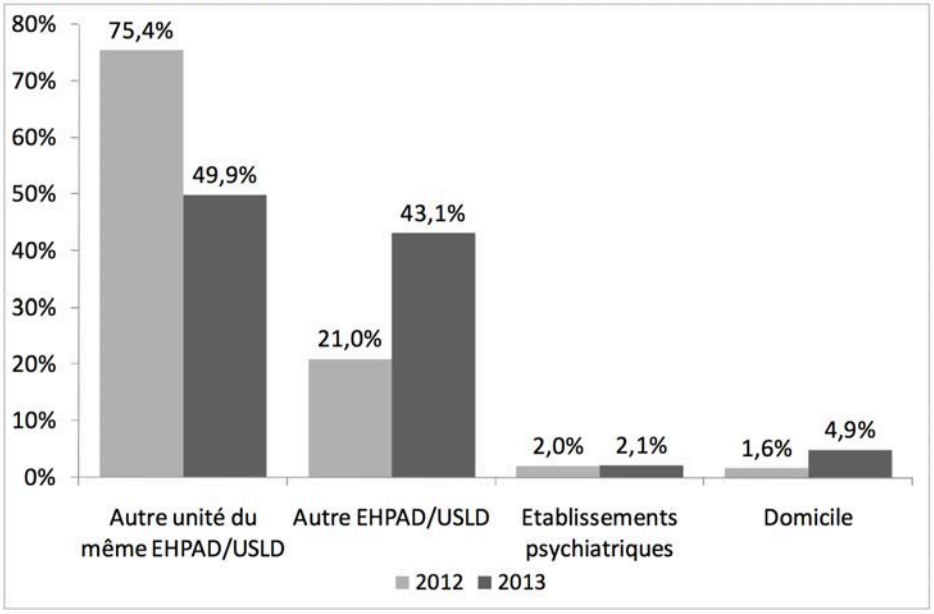
Type de professionnels en UHR (en % d'ETP)



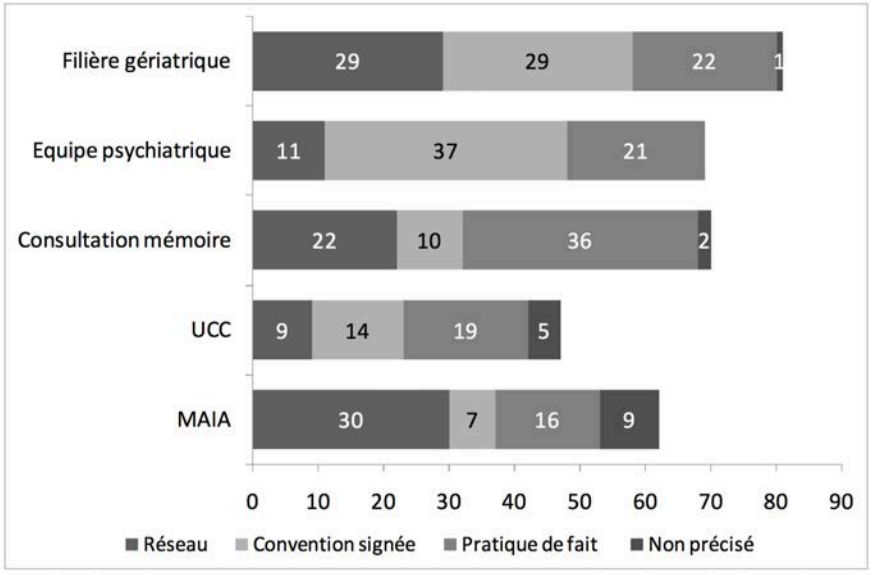
Motifs de sortie des UHR



Destination de sortie des UHR



Type de partenariat mis en place en UHR (en effectifs) –Année 2013



UHR: Enquête CNSA, DGCS, DREES 2013

- 146 UHR parmi les 4390 Établissements en France
  79,4% sont dans des établissements publics
  14 lits (± 3) et 20,9 (± 6,6) résidents accueillis par an en moy.
- 81,8 ans et MMSE de 7,4 (± 3,3)
  et score NPI-ES de 38,4 (± 19,2) en moy.
- L'agitation, l'agressivité et comportements moteurs aberrants
- 47,4 % anxiolytiques, 41,9% antidépresseurs et 41,2% neuroleptiques.

labellisation sur tout le territoire de "portes d'entrée unique" les "maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades alzheimer" (maia)

Création d'un lieu de coordination associant le secteur sanitaire et le secteur médico-social constituant un "guichet unique" ou une "porte d'entrée unique".

Mise en place de "coordonnateurs" sur l'ensemble du territoire

MAIA: méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

- Issu du Plan Alzheimer 2008-2012, les dispositifs MAIA visent à créer un partenariat co-responsable de l'offre de soins et d'aides sur un territoire donné et concernent aujourd'hui toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle, quelle que soit la nature de leurs besoins.
- MAIA est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins.

L'INTÉGRATION

Mise en place d'un nouveau modèle d'organisation
et mise en synergie des ressources et acteurs
des champs sanitaire, social et médico-social

Une ARS

Identifie les besoins d'intégration des services et lance un appel à candidatures

confie à...

Un porteur de projet

CG, CLIC, CIAS, hôpitaux, établissements de santé, réseaux de santé...

recrute avec le conseil général et l'ARS...

Un pilote MAIA

Chef d'orchestre, il impulse la démarche et assure l'articulation entre tous les acteurs

anime et fait le lien entre...

Concertation stratégique

Espace collaboratif et décisionnel entre décideurs et financeurs

Concertation tactique

Espace collaboratif et décisionnel entre les producteurs d'aides et de soins

S'assure d'une réponse harmonisée et unique aux demandes des PA à tout endroit du territoire

Professionnel dédié à la coordination de l'ensemble des actions nécessaires au maintien à domicile des personnes âgées en situation complexe

structurés par...

des outils communs

Accueil, orientation et observation des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus

Méthode MAIA :

un modèle organisationnel national adapté aux diversités locales

3 MÉCANISMES MAIA

Les décideurs et les financeurs

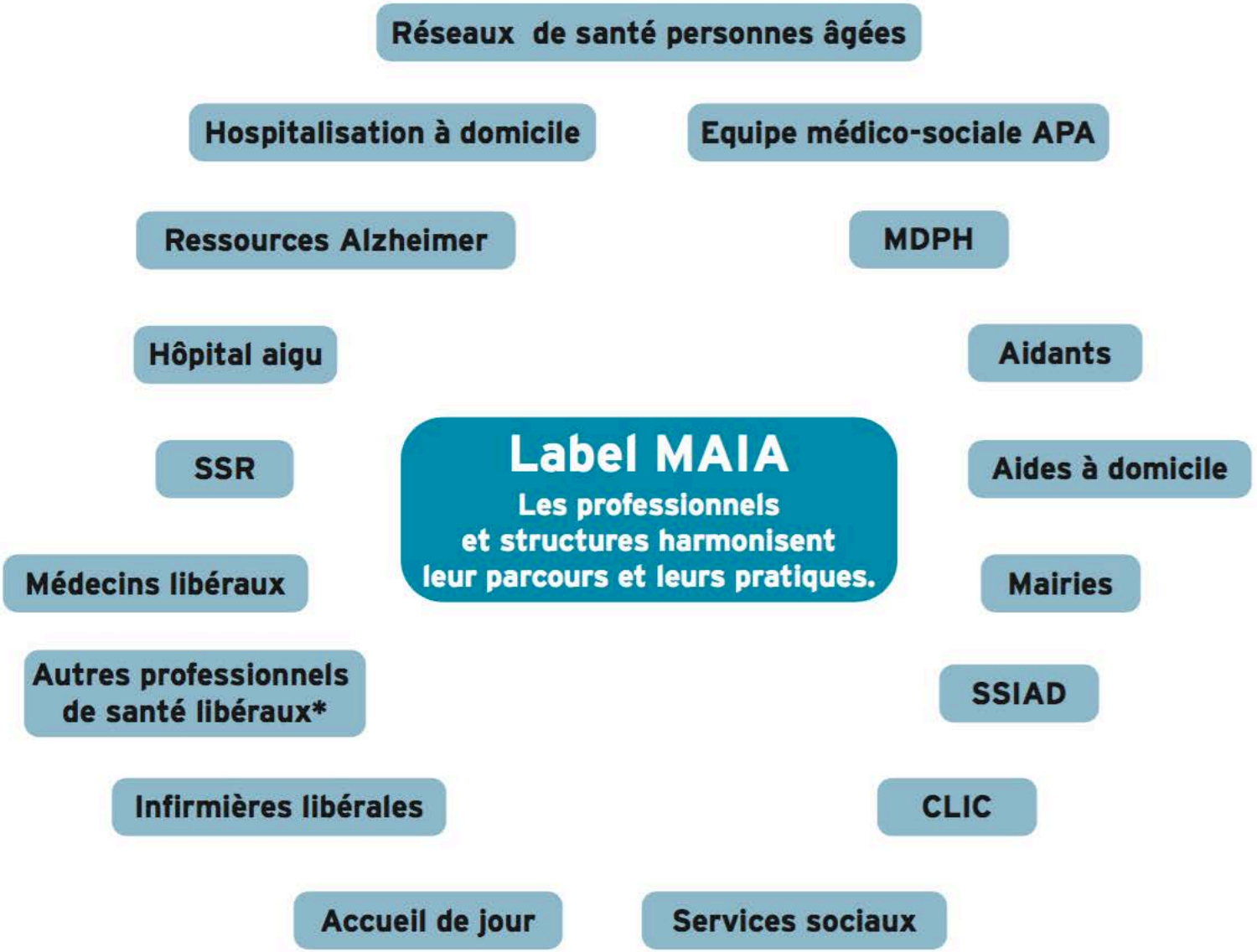
ARS, CARSAT, MSA, RSI, Conseil général

Les opérateurs des champs sanitaire, social et médico-social sur le territoire interagissent :

CCAS
Équipes mobiles gériatriques
Équipes APA
Médecins libéraux
Réseaux de santé
Hôpitaux CLIC
Infirmières
SAAD SSIAD
Hébergement temporaire
Gestionnaires de cas
Hospitalisation à domicile
EHPAD

La population âgée de plus de 60 ans en perte d'autonomie

Le réseau intégré des partenaires dans les MAIA



*Psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes...

• **3 mécanismes interdépendants :**

- **La concertation**, qui permet de décloisonner les différents secteurs et de construire un projet commun entre tous les acteurs, décideurs, financeurs et responsables des services d'aide et de soins.
- **Le guichet intégré**. Il s'agit de fournir, à tout endroit du territoire une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers, en les orientant vers les ressources adéquates par l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation du territoire. Cette organisation est notamment permise par la démarche de concertation.
- **La gestion de cas** (1). Pour les personnes âgées en situation complexe , un suivi intensif au long cours (y compris pendant les périodes d'hospitalisation) est mis en œuvre par un gestionnaire de cas (c'est là une nouvelle compétence professionnelle (2)). Il est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile et devient le référent des situations complexes. Ce faisant, il contribue à améliorer l'organisation du système de prise en charge en identifiant les éventuels dysfonctionnements observés sur le territoire.

La gestion de cas

- Pour les personnes âgées en situation complexe , un suivi intensif au long cours (y compris pendant les périodes d'hospitalisation) est mis en œuvre par un gestionnaire de cas.
- Il est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile et devient le référent des situations complexes.
- Il contribue à améliorer l'organisation du système de prise en charge en identifiant les éventuels dysfonctionnements observés sur le territoire.

Repérer la population à orienter vers un gestionnaire de cas MAIA

CIRCULAIRE N°SG/DGOS/R4/DGS/MC3/DGCS/3A /CNSA/2015/281 du 7 septembre 2015 relative à la mise en oeuvre du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019

En l'absence de situation médicale aigüe ou de crise, la gestion de cas s'adresse à une personne de 60 ans et plus[1] qui souhaite rester à domicile et dont la situation présente les 3 critères suivants :

1 Le cas échéant, les gestionnaires de cas peuvent être mobilisés pour une personne de moins de 60 ans souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée si sa situation présente les critères ci-dessus.

1- Critère 1 :

Situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile en raison de :

a. problème d'**autonomie fonctionnelle** (AVQ et/ou AIVQ)
b. **et** problème relevant du **champ médical**
c. **et** problème d'**autonomie décisionnelle**

AVQ ou AIVQ : les activités de la vie quotidienne et/ou les activités « instrumentales »de la vie quotidienne sont impactées : la personne a des difficultés pour se laver, s'habiller, se déplacer …(AVQ), faire ses courses, le ménage, le repas, la lessive, prendre ses médicaments, utiliser le téléphone, gérer son budget …(AIVQ)

Autonomie décisionnelle : altération du processus décisionnel quelle qu'en soit l'origine (individuelle ou environnementale) avec pour conséquences des difficultés de gestion administrative et financière, de protection de soi et de sécurité affective et matérielle, d'élaboration d'un projet de vie, d'expression de ses souhaits, aspirations et besoins.

2- Critère 2 :

Aides et soins insuffisants ou inadaptés

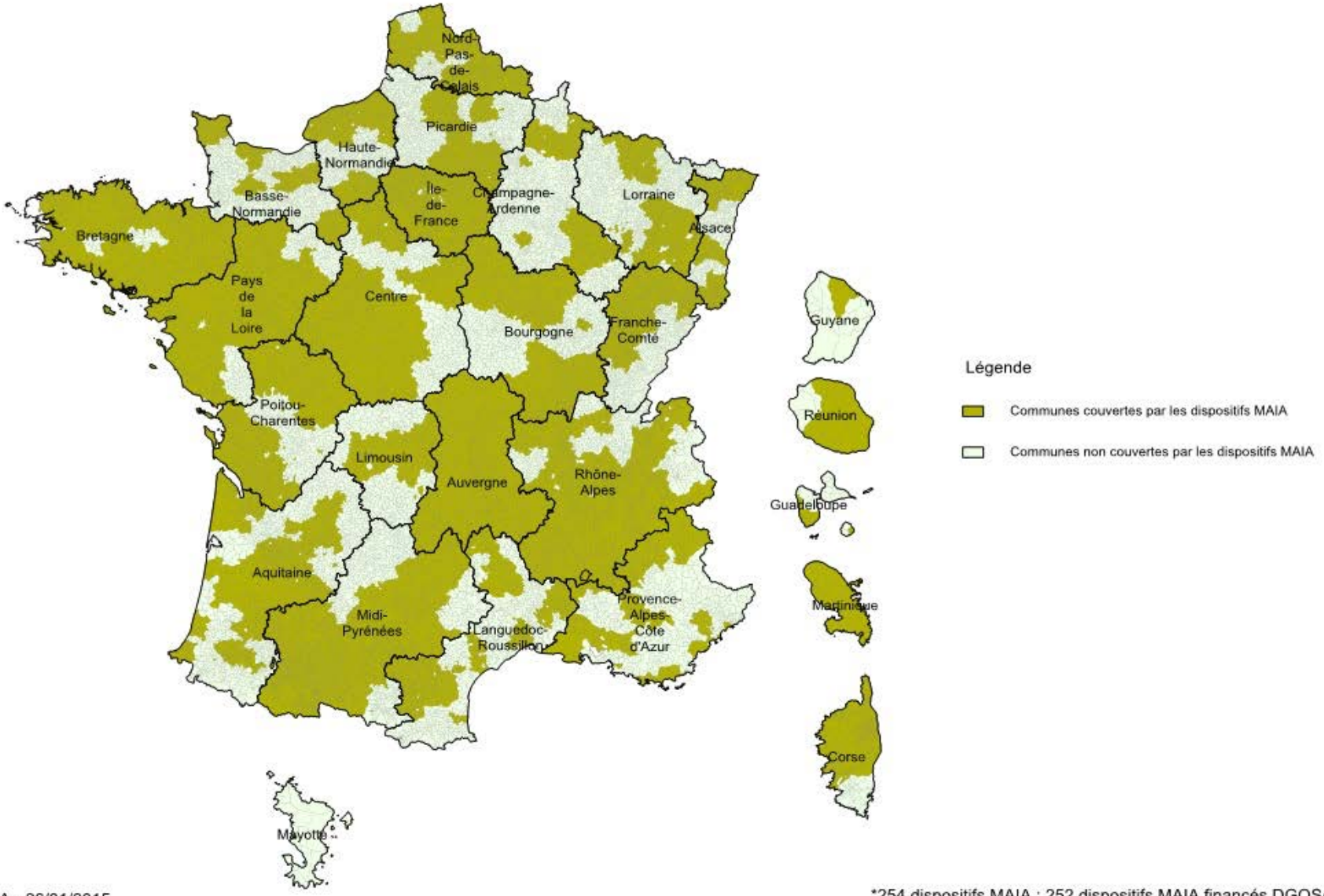
3- Critère 3 :

Pas d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner dans la durée les réponses aux besoins.
Personne isolée ou dont l'entourage n'est pas en mesure de mettre en place et coordonner les aides et les soins

Si les 3 critères sont validés alors la multiplicité des champs à suivre et l'intensité de l'accompagnement (fréquent et continu dans tous les domaines) nécessite le suivi par un gestionnaire de cas

Couverture du territoire national par les dispositifs MAIA*

Année 2014



Editeur : CNSA - 26/01/2015
Source : données transmises par les Agences Régionales de Santé à la CNSA - Arrêtées le 24 décembre 2014.

*254 dispositifs MAIA : 252 dispositifs MAIA financés DGOS/CNSA
et 2 dispositifs MAIA hors AAC

Une filière complexe: De nombreux acteurs dans la filière

- Etablissements:
  - Sanitaires:
    - *UCC,*
    - *Unité de court séjour Alzheimer,*
    - *Unité de psychogériatrie,*
    - *Equipe mobile,*
    - *…*
  - Médico-sociaux
    - *UHR,*
    - *PASA,*
    - *« Unités Alzheimer », …*
    - *Accueil temporaire,*
    - *…*
- Domicile
  - *ESA*
  - *Accueil de jour,*
  - *Accueil temporaire,*
  - *Plateforme de répit,*
  - *MAIA,*
  - *…*
- Les aides
  - APA
  - PCH
  - …
- Association de Famille

La filière c'est aussi:

- Équipe mobile trouble du comportement
- Télémédecine
- …

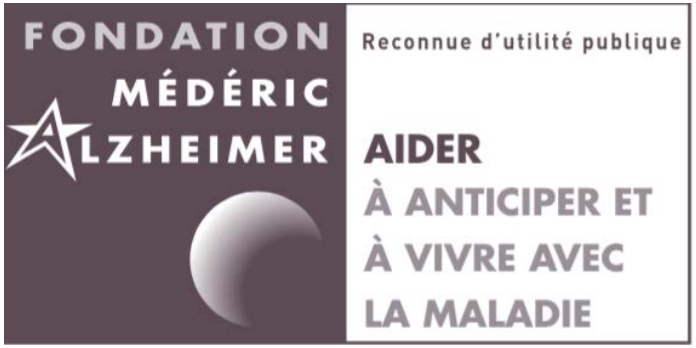
Référence: ***UNITÉS DE SOINS, D'ÉVALUATION ET DE PRISE EN CHARGE ALZHEIMER***
LIVRE BLANC
http://www.uspalz.com/

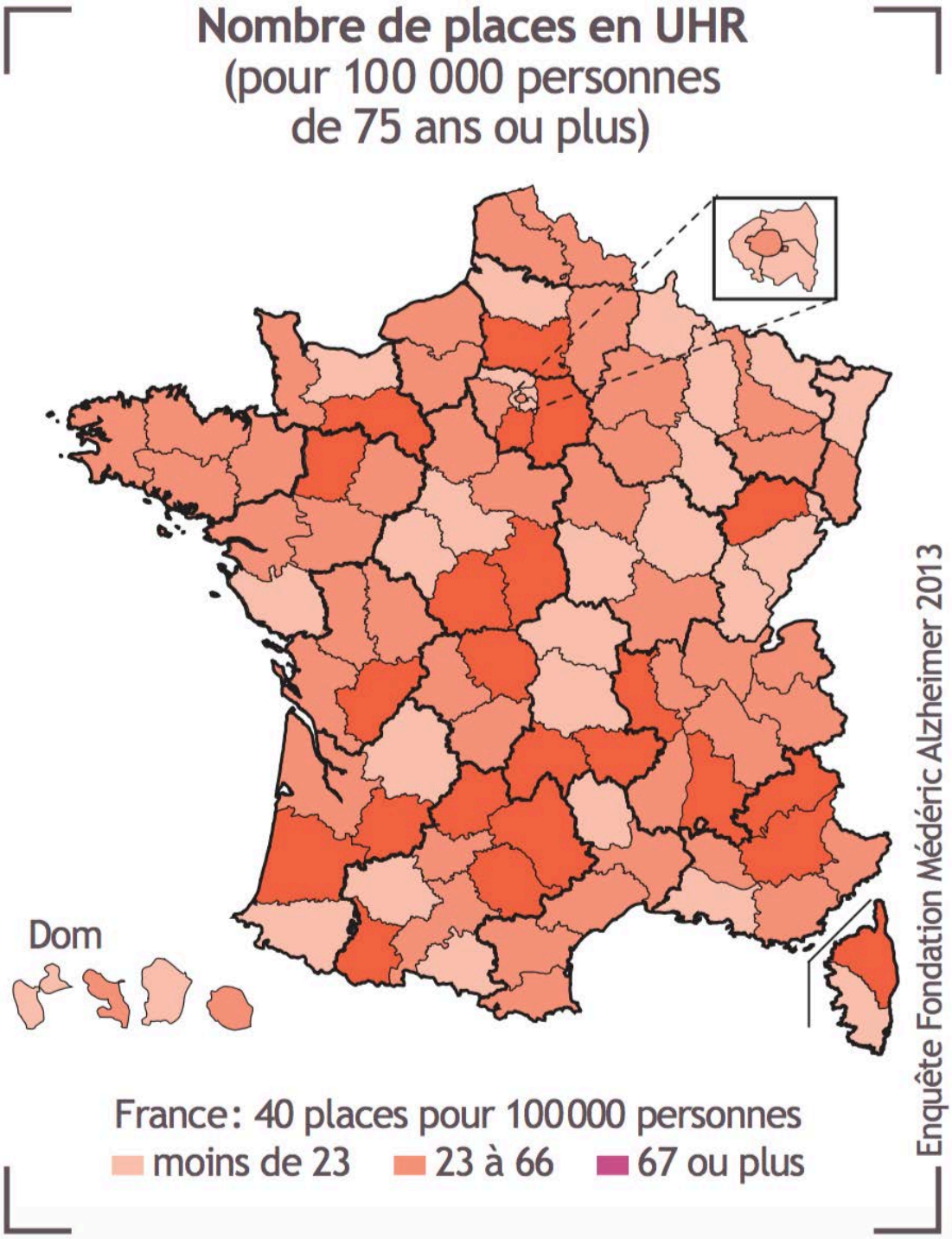
Ce qu'il faut retenir de cette présentation !

- Point 1: Filière complexe, importance de connaître les objectifs de chacun des éléments de la filière
- Point 2: De nouveaux acteurs clés: ESA, MAIA, PASA, UHR, UCC, …
- Point 3: Grande hétérogénéité de fonctionnement (sujet jeune, organisation, activités, …)
- Point 4: Savoir créer des liens, rencontrer les acteurs, décloisonner.

Toute exploitation, diffusion, reproduction, modification ou réédition de tout ou partie de ce document sur un support électronique ou papier quel qu'il soit est formellement interdite, sauf autorisation expresse de l'enseignant-auteur. Toute utilisation non autorisée par l'enseignant-auteur est constitutive de contrefaçon pénalement sanctionnée au titre de la législation afférente à la propriété intellectuelle (articles L. 122-4 et L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle). Seule la copie à usage privé est autorisée ; par copie privée, il convient d'entendre un usage licite, privé et non commercial d'un ou de plusieurs éléments du document à destination d'un ordinateur ou de tout autre support strictement personnel.

LA LETTRE DE
L'OBSERVATOIRE
DES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER
Numéro double 31-32 Avril 2014




Nombre de places en UHR
(pour 100 000 personnes
de 75 ans ou plus)
Dom
France: 40 places pour 100000 personnes
moins de 23
23 à 66
67 ou plus
Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2013

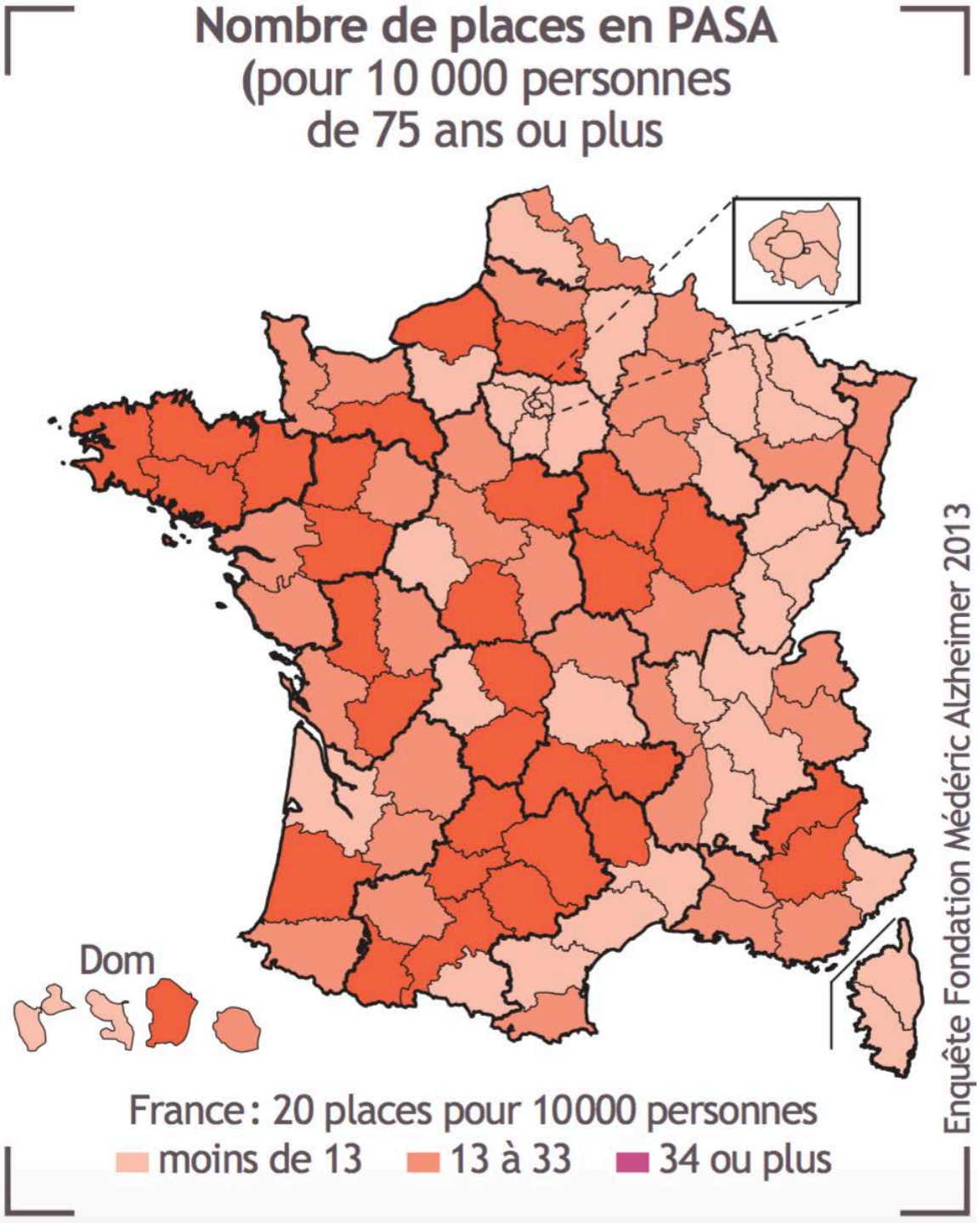
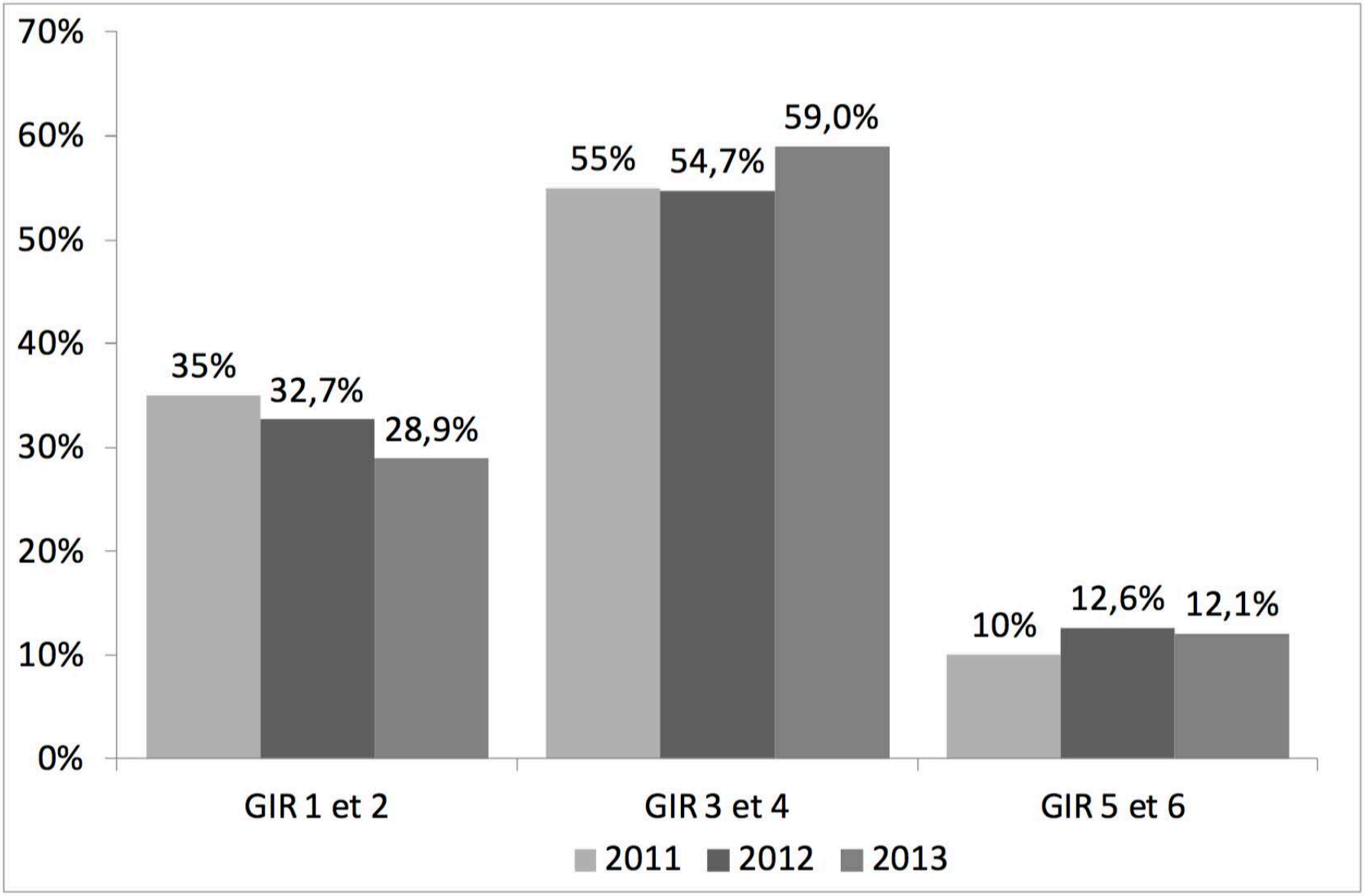
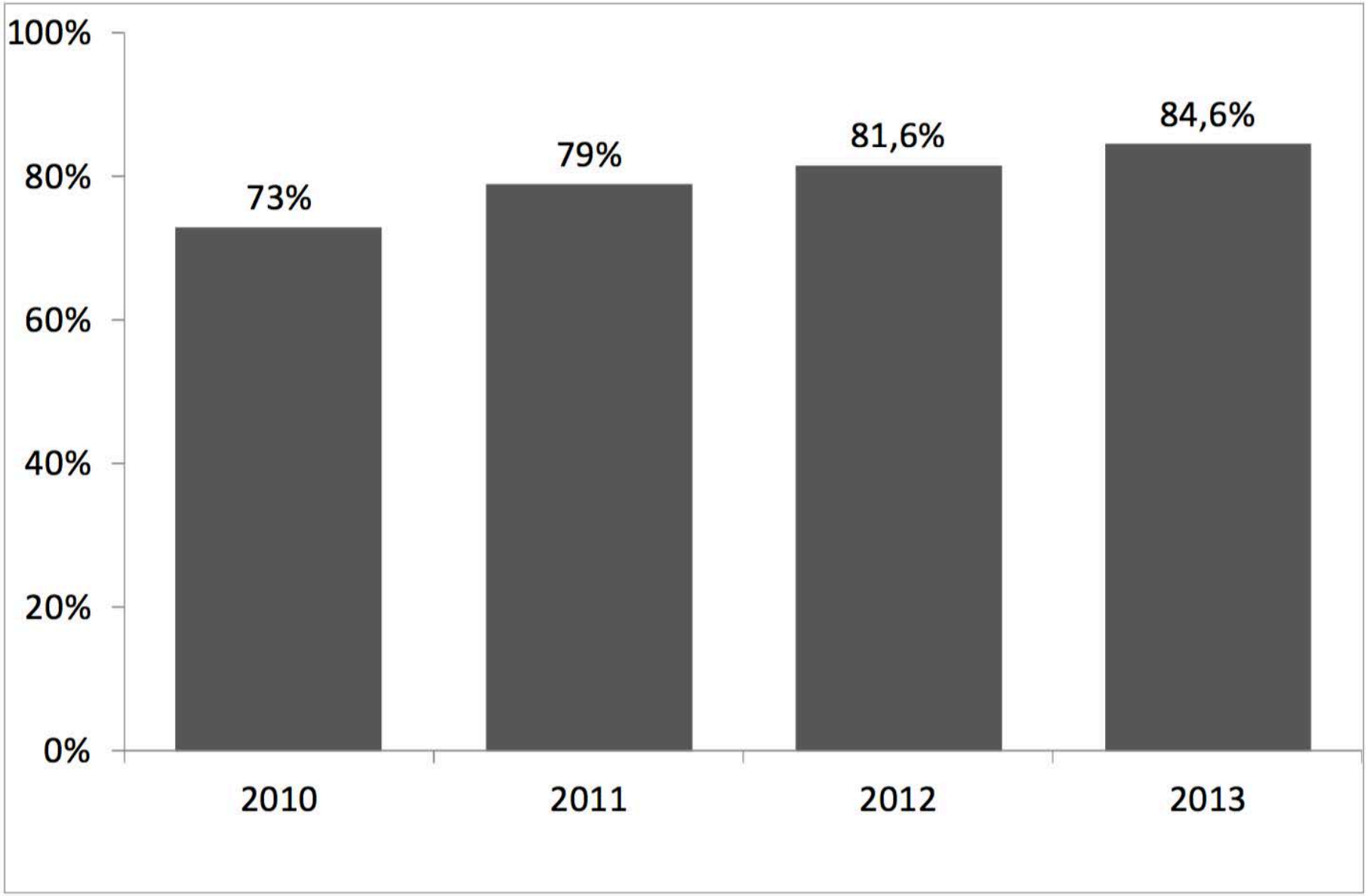

Nombre de places en PASA
(pour 10 000 personnes
de 75 ans ou plus
Dom
Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2013
France : 20 places pour 10000 personnes
moins de 13
13 à 33
34 ou plus

Tableau 7 : *Capacité d'accueil installée selon le type d'unité*

ANNEE 2013	Nombre de structures	Capacité totale installée	Moyenne	Écart-Type	Médiane
Centres d'accueil de jour	194	2 564	13,2	± 4,6	12
Établissements non spécialisés	883	6 208	7,0	± 4,1	6
Ensemble	**1 077**	**8 772**	**8,1**	**± 4,8**	**6**

Répartition des bénéficiaires accueillis en accueil de jour par GIR



Organisation des transports