

HDJ gériatrique de patients atteints de troubles cognitifs et en situation de crise au CHU de Nantes

Typologie, parcours de soins et perspectives d'amélioration

Charlotte Mascart - CHU Nantes

Charlotte.mascart@chu-nantes.fr

26.03.2021

Patients âgés et recours aux soins non programmés

- ▶ 2016 : hausse de 6 % de la fréquentation des services d'urgences de l'AP-HP par les personnes âgées

Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé, enquête Sénat 2017

- ▶ Enquête sur le recours aux urgences des plus de 75 ans (données DREES 2013)

Boisguérin B, Mauro A. (2017). Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. Études et Résultats. DRESS

12% passages aux urgences (Pays de la Loire 15%)

Observatoire Régional des Urgences des Pays de la Loire

85 % à domicile (hors institution)

20% à la demande du médecin traitant

Troubles cognitifs et « crise » au domicile

► Crise :

Processus au cours duquel un événement stressant cause un déséquilibre nécessitant une prise de décision immédiate, menant au résultat désiré, et ainsi à une résolution de la crise. Si la crise n'est pas résolue, le cycle continue.

Reviewing the definition of crisis in dementia care, Macneil Vroomen and al, BMC geriatrics, 2013

► France, HAS 2011,

Obtenir une réponse immédiate

Mobiliser rapidement des ressources existantes

Avoir accès aux alternatives à l'hospitalisation (hébergement temporaire, hôpital de jour)

*Nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
Rapport du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012*

► Angleterre, *National service framework for older people, 2001*

Evaluation gériatrique en une heure

Voir les patients le jour même de la sollicitation

Soins sur une période de six semaines

Proposition d'accès rapide à l'EGS au CHU de Nantes l'HDJ d'urgence

- ▶ Ligne d'avis direct depuis 2003, accessible aux professionnels de santé
- ▶ Proposition d'évaluation pluriprofessionnelle
- ▶ Centrée sur la/ les problématiques principales
- ▶ Créneaux dédiés aux urgences : 2 demi-journées par semaine
- ▶ Possibilité d'ajouts en fonction de la conjoncture
- ▶ 4 propositions
 - Médecin, IDE, Assistante Sociale, Diététicien(ne)
 - Médecin, IDE, Assistant(e) Social(e), kinésithérapeute
 - Médecin, IDE, Assistante Sociale, Neuropsychologue
 - Médecin, IDE, Neuropsychologue, Psychiatre

Revue de littérature

- ▶ **Base de recherche :** Pubmed **Equation de recherche** AVOID AND EMERGENCY AND DEMENTIA
- ▶ plus de 60 ans, troubles cognitifs
- ▶ tous types d'interventions contrôlées ou non
- ▶ Sur 241 articles, 14 sélectionnés. Angleterre, EU, France
- ▶ Caractéristiques des patients inclus dans les différentes études : peu citées
- ▶ Interventions hétérogènes, pas de preuve d'une diminution du nombre d'hospitalisations non programmées

Ratna,1982, crisis interventions in psychogeriatrics: a two-years follow up study, Doyle and Varian, 1994 crisis interventions in psychogeriatrics a round-the-clock commitment, Richman and al,2003 Service innovation an outreach support team for older people with mental illness: crisis intervention, Dibben and al,2008, crisis intervention and home resolution treatment teams for older people with mental illness, Villars and al,2013, a follow up intervention in severely demented patients, Johnson and al,2012, Treatment Outcomes of a Crisis Intervention Program for Dementia With Severe Psychiatric Complications: The Kansas Bridge Project, Tool and al, 2011, The effectiveness of crisis resolution/home treatment teams for older people with mental health problems: a systematic review and scoping exercise ,Ledgerd and al,2016,Identifying the causes, prevention and management of crises in dementia. An online survey of stakeholders.Toot and al, 2013, Causes of crises and appropriate interventions: the views of people with dementia, carers and healthcare professionals, Hopkinson and al, 2017, Crisis management for people with dementia at home: Mixed-methods case study research to identify critical factors for successful home treatment, Gillepsie and al, 2019, High Intensity Telemedicine Reduces Emergency Department Use by Older Adults with Dementia in Senior Living Communities, Rubinsztein and al, 2020,Efficacy of a dementia intensive support (DIS) service at preventing admissions to medical and psychiatric wards: qualitative and quantitative evaluation, Girtanner,2009, Une unité d'intervention ambulatoire, Koskas and al 2018, Effectiveness of multidisciplinary consultation for older adults with Alzheimer's disease in response to acute situations.

Éléments clés de la prise en charge d'une crise

Selon les patients, les aidants, les soignants

- ▶ Prise en charge immédiate (horaires étendus, permanence téléphonique, accès urgences)
- ▶ Un recours téléphonique
- ▶ Un interlocuteur connaissant bien la situation du patient pris en charge
- ▶ Une équipe spécialisée dans la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs
- ▶ Une possibilité de répit facilement accessible aux aidants
- ▶ L'élaboration d'un plan de soins pour prévenir la crise, éducation de l'aidant
- ▶ Visites à domicile

2013, Toot and al, Identifying the causes, prevention and management of crises in dementia. An online survey of stakeholders.

2013, Toot and al, Causes of crises and appropriate interventions: the views of people with dementia, carers and healthcare professionals

2017, Hopkinson and al, Crisis management for people with dementia at home: Mixed-methods case study research to identify critical factors for successful home treatment

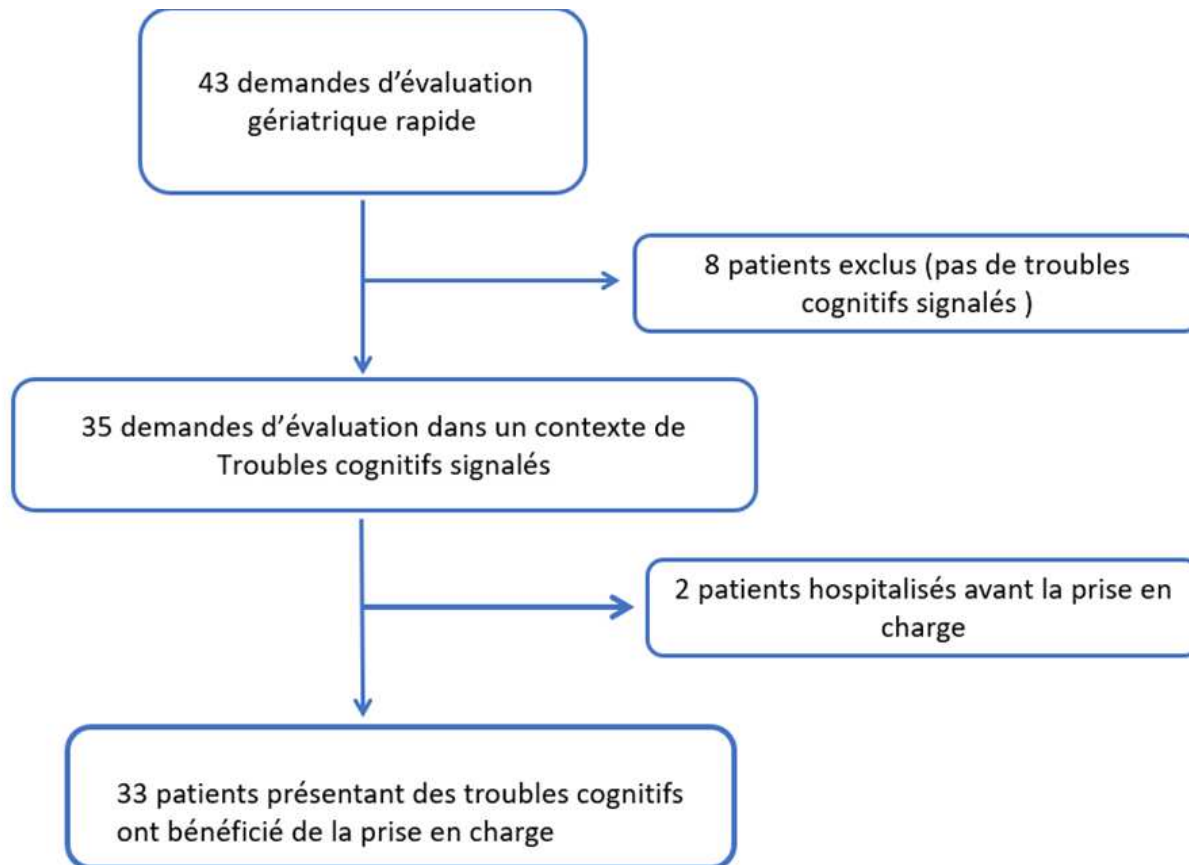
Etude de l'HDJ d'urgence

Matériel et méthodes

- ▶ Etude descriptive monocentrique
- ▶ Critères d'inclusion
 - plus de 70 ans
 - vit à domicile
 - troubles cognitifs déclarés
- ▶ Dossiers standardisés :
 - Evaluation Gériatrique Standardisée réalisée par l'infirmier(e),
 - Consultation gériatrique
 - Temps d'échange avec l'assistant(e) social(e), neuropsychologue, diététicien(ne), kiné, psychiatre
- ▶ Rappel des médecins traitants pour répertorier les hospitalisations à 30 jours

Résultats

entre décembre 2016 et janvier 2020



- âge moyen 86 ans
- 20 femmes pour 13 hommes
- Seulement 1 personne en résidence sénior
- 28 sollicitations initiales d'hospitalisation directe
- Délai moyen de prise en charge 14 jours

Caractéristiques gériatriques

- Population polypathologique (Score CIRS G 8,36)
- ADL 3,2 IADL 1,3
- MMSE moyen 16/30

- Troubles du comportement 17
- Aggravation de troubles cognitifs 17
- Troubles de la marche et chutes 11
- **Dénutrition 9**
- Difficulté de l'aidant 7

► Situation de l'aidant (subjective)

- Echelle de Zarit non systématique
- 28 présents. **16 rapportent une fatigue**
- Neuf aidants : troubles cognitifs

Motifs de recours

- Troubles du comportements :15
- Aggravation de troubles cognitifs : 10
- Chutes : 8
- Troubles thymiques : 4
- Dénutrition : 3

Plans de soins, parcours de soins

► Actions médicales et paramédicales

Réévaluation de traitements et modifications thérapeutiques (n=14),

Examens complémentaires (n=8)

Prescription de kinésithérapie (n=13)

Prise en charge nutritionnelle dont éducation des aidants (n=11)

► Parcours de soins

Suivi à 6 mois : gériatrie générale (7 patients), HDJ spécifiques (7 patients)

Hospitalisations programmées : court séjour (2 patients), SSR (3 patients)

Mise en sécurité immédiate en SSR (2 patients)

Hospitalisations non programmées à un mois (3 patients)

Résultats

► Lien avec le réseau de soins, prise en charge sociale

Majoration des aides à domicile (n= 16) , Révision APA (n = 11)

Coordination des intervenants à domicile - Contact CLIC (n=14)
- Contact CCAS (n=2)
- Contact MAIA (n=2)

Conseil d'inscriptions EHPAD (n=7), relance (n=7)

Lien ESA (n=2), Demandes d'hébergement temporaire (n=3), Lien accueil de jour (n=1)

Signalement au procureur (n=1), Conseil de protection (n= 7), Sauvegarde de justice (n=1)

Appel MT (2), appel IDE (2)

Discussion

► Points forts du dispositif

Equipe multidisciplinaire spécialisée, composition adaptable

Résolution immédiate d'une mise en danger pour deux patients

Synthèse pluridisciplinaire et élaboration d'un plan de soins immédiates

Résultats encourageants sur les réhospitalisations à 30 jours

► Points faibles par rapport aux données de la littérature

Pas de prise en charge immédiate

Pas de suivi sur plusieurs jours / semaines

Equipe non dédiée uniquement à cette fonction

Pas d'interlocuteur unique désigné

Pas de visites à domicile

Discussion

► Limites de l'étude

Etude rétrospective monocentrique

Non contrôlée

Résultats sociaux à relativiser, uniformisation évaluation aidants

Bons critères d'évaluation ? Sens du décompte des actions ?

► Forces de l'étude

Rigueur de recueil des données de l'EGS

Rappel systématique des médecins traitants : pas de perdu de vue

Conclusion

- ▶ Outil d'évaluation de l'hospitalo-requérance et d'orientation
- ▶ Evaluation pluriprofessionnelle, mais non immédiate, d'accessibilité limitée
- ▶ Montre la nécessité
 - d'une équipe mobile externalisée
 - de la mise en place du dispositif PAERPA
<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
 - En cours de mise en place au CHU de Nantes
- ▶ Mais également
 - de la disponibilité sur plusieurs semaines de l'équipe spécialisée
 - composition pouvant varier selon la problématique rencontrée
 - avec un interlocuteur référent
- ▶ Critères d'évaluation du dispositif
 - qualité de vie des patients et des aidants
 - ré-hospitalisations non programmées à 30 jours
 - à définir par les patients, les aidants, les professionnels

Merci de votre attention