

Les unités cognitivo-comportementales (UCC) en Midi-Pyrénées

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2015

Février 2017

Table des matières

Les caractéristiques des UCC en Midi-Pyrénées.....	2
Les caractéristiques des patients.....	3
Le parcours des patients.....	4
Evaluation des patients.....	6
Traitements et activités des patients	7
La prise en charge des patients « jeunes » en UCC	9

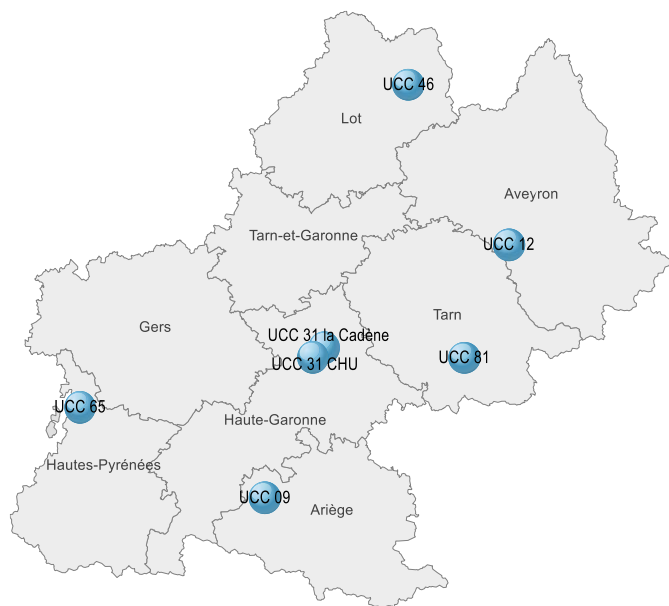
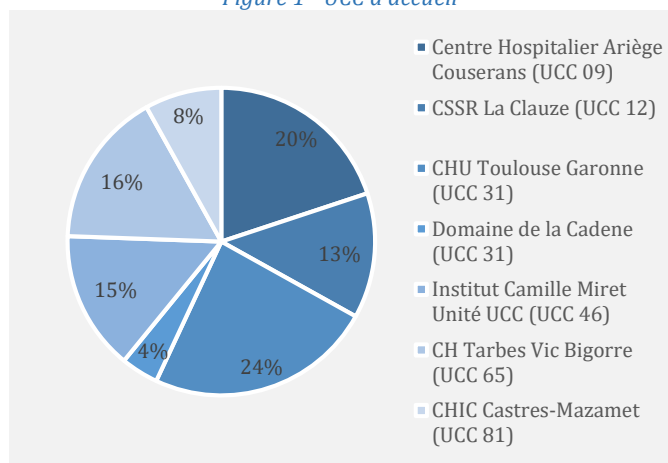


Figure 1 - UCC d'accueil



En 2015, la région Midi-Pyrénées compte 7 UCC, soit 82 lits en SSR, dont une rattachée à un établissement de santé spécialisé en psychiatrie.

Chaque UCC située en Ariège, Aveyron, Haute-Garonne (2 UCC), Lot, Hautes-Pyrénées et Tarn comprend entre 10 et 12 lits.

Cette synthèse présente les principaux résultats de l'analyse réalisée à partir des rapports d'activité des UCC en Midi-Pyrénées intégrant les caractéristiques des patients accueillis au cours de l'année. Au total, 532 patients entrés en 2015 ont été pris en compte dans l'analyse.

Cependant, la récupération des données patients pour l'année 2015 a été partielle :

- UCC 12 : Absence des patients sortis en 2016 bien qu'entrés en 2015 (uniquement ceux entrés et sortis en 2015).
- UCC 81 : Seulement un semestre a été saisi par l'établissement (à partir de juillet), soit la moitié des patients manquants.
- UCC 31 La Cadène : Seulement la moitié des lits étaient en fonctionnement sur l'année.
- UCC 65 : Taux élevé de réponses partielles aux fiches patients.

Le CHU de Toulouse représente une part importante des patients hospitalisés en UCC (24 % dans ce rapport). Or, de par le statut d'établissement de recours, l'expérience, l'antériorité et le profil des patients pris en charge, le fonctionnement de l'UCC du CHU peut s'écarter de celui des autres UCC de la région. De ce fait, les patients du CHU ont été isolés lors de l'analyse afin de disposer des résultats CHU et hors CHU.

Les caractéristiques des UCC en Midi-Pyrénées

Défini lors du troisième plan Alzheimer (2008-2012), le cahier des charges des UCC précise les principes généraux d'organisation, les critères d'orientation, la nature des soins, les ressources humaines et les considérations architecturales et matérielles.

Les professionnels intervenants

Selon le cahier des charges, les UCC doivent disposer de médecin, psychologue, professionnels de rééducation et personnels paramédicaux.

En moyenne, le nombre d'équivalent temps plein (ETP) de médecin hors CHU était de 0,97, dont 0,8 ETP gériatre (Figure 2).

L'UCC du domaine de la Cadène ayant eu une activité partielle au fil de l'an 2015, cet établissement a été exclu de l'analyse du personnel soignant. Ce personnel (infirmiers et aides-soignants) peut être mutualisé avec d'autres services du SSR, c'est pourquoi les ETP sont difficiles à comptabiliser.

Hors CHU, les ETP d'infirmier varient entre 4 et 9,8 et les ETP d'aide-soignant sont compris entre 4 et 12. Un infirmier et un aide-soignant sont présents la nuit au sein de toutes les UCC.

Toutes les UCC disposent d'un psychologue ou neuropsychologue et d'au moins un auxiliaire médical réalisant des actes professionnels de rééducation psychomotrice ou d'ergothérapie.

Hors CHU, des masseurs kinésithérapeutes sont disponibles dans 5 UCC, de même pour les diététiciens. Seule une UCC indique un temps d'orthophoniste. L'ensemble de ces professionnels sont également présents au CHU.

Les liens sur le territoire

Les UCC doivent s'intégrer au sein de leur filière afin d'assurer la prise en charge et la continuité du parcours des patients (en amont et aval de l'UCC). Dans ce cadre, les UCC s'articulent avec différentes structures au sein même de leur établissement ou au travers de partenariats.

Ainsi, toutes les UCC disposent de relation avec au moins un EHPAD et 6 d'entre elles sont également liées à une USLD. Alors que parmi les structures d'aval des UCC, les UHR occupent une place privilégiée, il est constaté une orientation anecdotique des patients vers ces structures en 2015.

L'articulation des UCC avec les autres services de soins s'organise principalement au sein de la filière gériatrique (au regard des dispositifs existants et de leur accessibilité) : 6 UCC avec un SSR PA poly pathologiques, 4 UCC avec un court séjour gériatrique, toutes les UCC avec un service de consultation mémoire et 4 UCC avec une équipe mobile gériatrique (EMG).

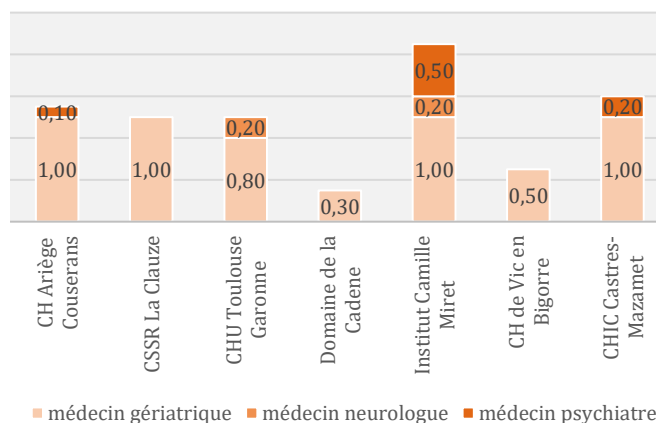
De même, dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs aidants, l'ensemble de ces UCC travaillent en partenariat avec une MAIA et 3 d'entre elles sont signataires d'une convention avec une association d'aide aux aidants.

Des liens existent également avec les services de psychiatrie ou de psycho-gériatrie pour 4 de ces UCC.

Les activités développées

La nature des soins proposés par les UCC doit s'orienter vers un programme d'activités non médicamenteuses et adaptées. Le cahier des charges recommande des activités psychosociales, de psychomotricité, d'ergothérapie et d'orthophonie.

Figure 2 - ETP des médecins par UCC



L'ensemble des UCC (CHU compris) proposent des activités motrices (ergothérapie et/ou psychomotricité, en individuel et/ou collectif) et au moins une activité psycho-comportementale collective (validation cognitive, évocation du passé, prise en charge psychosociale...). De même, des activités sensorielles sont réalisées dans tous les établissements. Seules deux UCC offrent la possibilité d'un suivi orthophonique. Une diversité d'autres activités sont également identifiées dans ces unités (arthérapie, relaxation, activité physique adaptée, atelier d'équilibre...).

La configuration architecturale

Bien que le cahier des charges recommande des chambres individuelles. Néanmoins, trois UCC possèdent néanmoins une chambre double (Tableau 1). Cette configuration peut être transitoire, des UCC se trouvant dans l'attente d'un réaménagement architectural. Un espace extérieur sécurisé est accessible dans la quasi-totalité des UCC (6/7).

Des salles d'activité sont présentes dans l'ensemble des UCC et cinq d'entre elles (dont le CHU) disposent également d'un lieu d'accueil destiné aux familles.

Des salles plus spécifiques peuvent également être présentes. Ainsi, 3 UCC possèdent un espace Snoezelen et 3 UCC (dont le CHU) disposent d'une salle d'apaisement.

La démarche autour des contentions

Les salles d'apaisement ont notamment pour objectif de réduire la prescription des contentions. Pour toutes les UCC, de manière systématique ou quasi-systématique, les contentions mises en place sont généralement prescrites, réévaluées en équipe et font l'objet d'une information aux familles. La fréquence des prescriptions est quant à elle réalisée toutes les 24h ou chaque semaine dans 5 UCC (dont le CHU).

Tableau 1 - Équipements dans les UCC

Locaux	Nombre d'UCC (hors CHU)	CHU de Toulouse
Uniquement des chambres individuelles	3	Oui
Salle d'activité	6	Oui
Salle de bain collective	1	Oui
Salle de soins	5	Oui
Salle Snoezelen	3	Non
Salle d'apaisement	3*	Oui
Salle d'accueil des familles	5	Oui

* en excluant celles non en fonctionnement en 2015 (La Cadène et CH de Vic en Bigorre)

Les caractéristiques des patients

Tableau 2 - Caractéristiques sociodémographiques

	CHU	Hors CHU
Sexe (en %)	Homme	45,9 %
	Femme	54,1 %
Age (en %)	< 65 ans	2,7 %
	65 - 74 ans	8,9 %
	75 - 84 ans	31,4 %
	≥ 85 ans	49,6 %
Age moyen	78,2	82,9

La répartition homme/femme des patients en UCC n'est pas significativement différente avec 54 % au CHU et 46 % hors CHU. L'âge moyen des patients est plus faible au CHU avec une moyenne de 78,1 ans contre 82,9 ans hors CHU. La proportion de patients de moins de 65 ans atteint 13,4 % au CHU contre 2,7 % pour les autres UCC (Tableau 2).

87 % des patients sont principalement atteints de démences et respectent les critères d'admission du cahier des charges. L'hospitalisation est cependant liée pour 5 % des patients à une pathologie psychiatrique ou un syndrome confusionnel (Figure 3). Ces derniers critères s'observent principalement au CHU (8,7 % de pathologie psychiatrique et 6,3 % de syndrome confusionnel).

Les sorties sont majoritairement motivées par l'amélioration des troubles du comportement (71 %, y compris CHU), alors que 4 % (7 % au CHU) s'expliquent par une aggravation de l'état de dépendance (Figure 4). Les autres motifs (16 %) concernent notamment des placements, des transferts dans d'autres services hospitaliers ou une volonté de la famille.

Figure 3 - Principale pathologie associée à l'entrée en UCC

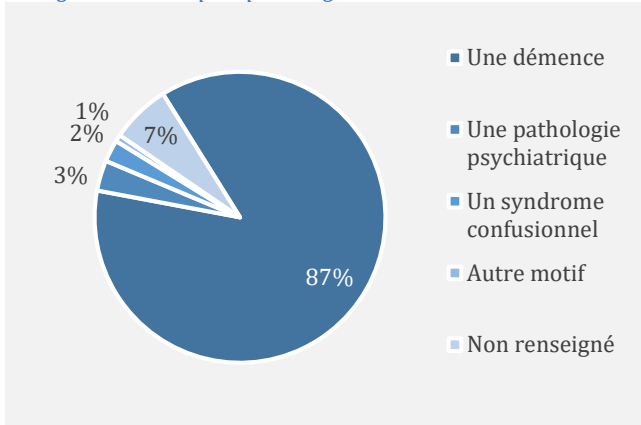
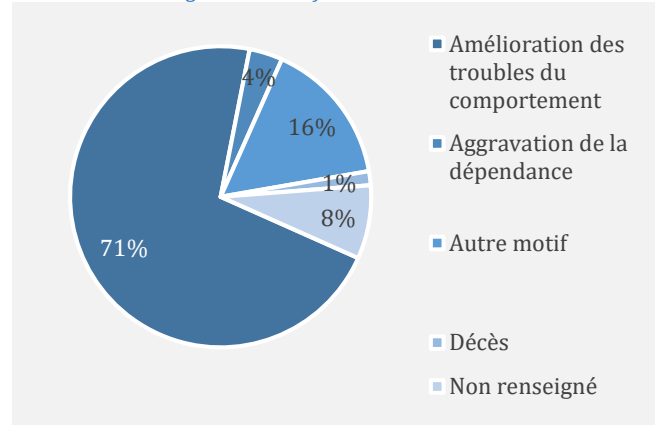


Figure 4 - Motif de sortie de l'UCC



Le parcours des patients

Carte 1 - Lieu de vie d'origine des patients hospitalisés dans une UCC de l'ex-Midi-Pyrénées

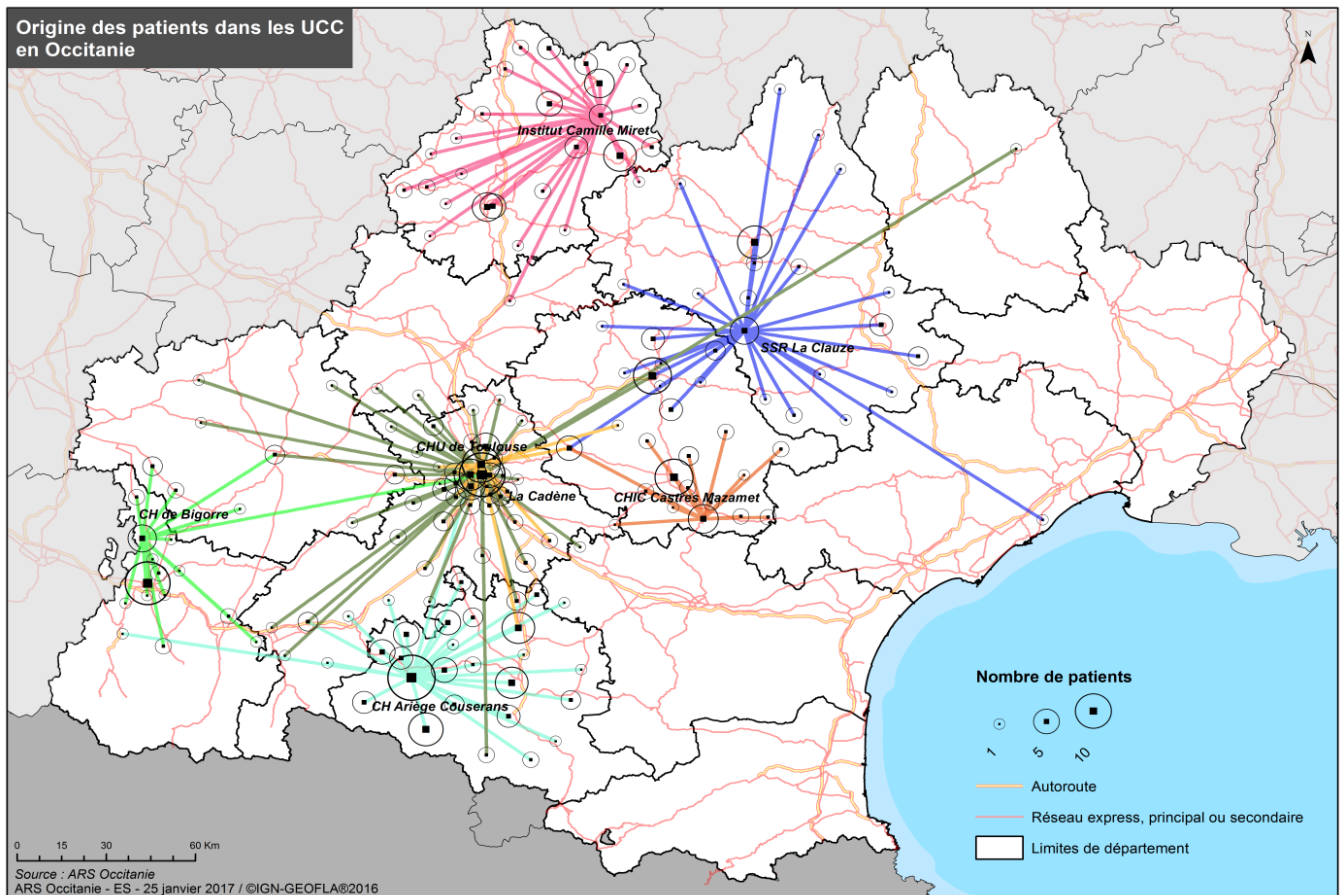


Figure 5 - Provenance des patients (en %)

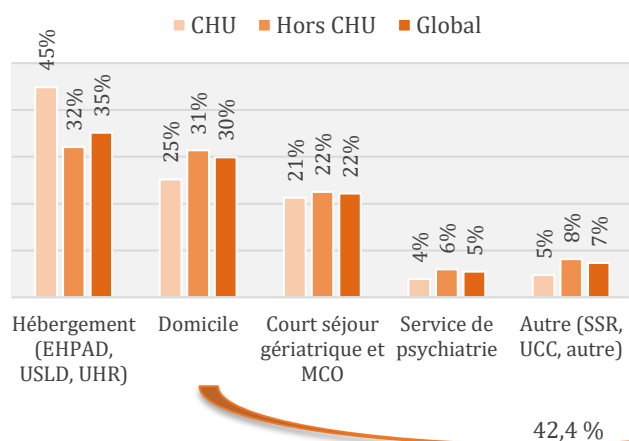
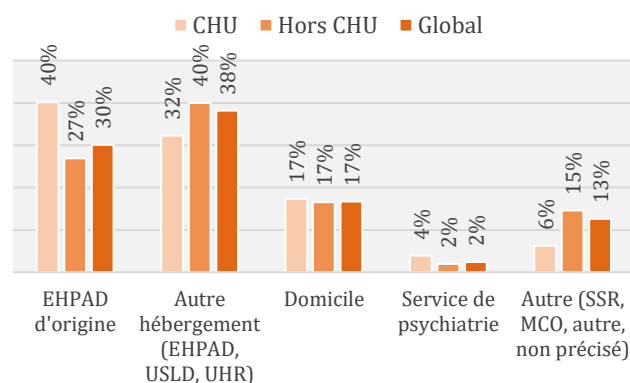


Figure 6 - Lieu de sortie des patients (en %)



42,4 %

86 % des patients de Midi-Pyrénées sont accueillis en UCC dans leur département de résidence (carte 1). Les patients des départements du Gers et du Tarn-et-Garonne qui ne disposent pas d'UCC ont été principalement transférés au CHU de Toulouse, ainsi qu'au CH de Tarbes Vic Bigorre pour le Gers.

L'UCC du CHU accueille 17 % de patients hors département (3 % hors région) alors que les transferts inter-département représentent entre 6 et 8 % dans les autres services de SSR du CHU. Près d'un tiers des patients de l'UCC La Clauze (Aveyron) résidaient dans le Tarn, ce qui s'explique par la zone d'intervention initiale étendue au Tarn de cette UCC avant l'ouverture de celle du CHICM Castres Mazamet.

Les patients hospitalisés en UCC proviennent principalement d'un hébergement (35 %), en particulier d'EHPAD (34 %), ou de leur domicile (30 %). Moins d'un quart transite par une unité de court séjour, à l'exception du CHIC Castres-Mazamet (Tarn) où 72 % des patients sont concernés. Le taux de transfert inter-UCC est très faible avec seulement 2 patients concernés en 2015 (Figure 5).

A la sortie, la majorité des patients retournent ou sont admis en hébergement (68 %, dont 62 % en EHPAD et 4 % en UHR). 42 % des patients provenant du domicile y sont ainsi transférés (Figure 6).

La durée de séjour présentée dans le Tableau 3 est significativement plus faible au CHU que dans les autres UCC. En effet, elle est en moyenne de 35 jours au CHU et de 43,3 jours hors CHU, avec respectivement la moitié des patients réalisant un séjour d'au moins 26 jours et 35 jours.

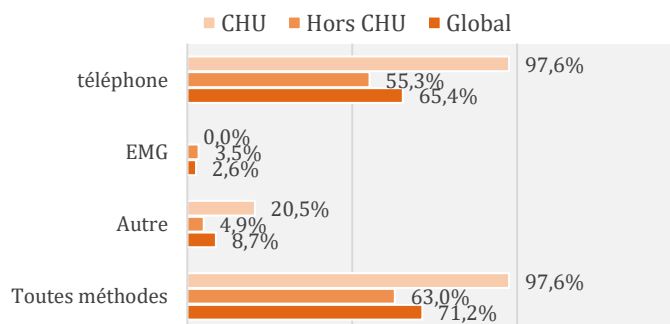
Le délai d'accueil après la demande d'admission est plus élevé au CHU qu'hors CHU avec un temps en moyenne de 12,2 jours contre 6,8 jours.

Tableau 3 - Durée de séjour par UCC

En jour	Délai d'accueil moyen*	Durée moyenne de séjour**	Durée médiane de séjour / quartile [25% ; 75%]
UCC 09	3,0	38,9	28,5 [18 ; 46]
UCC 12	11,9	46,3	42 [34 ; 60]
UCC 31 CHU	12,2	35,0	26 [20 ; 40]
UCC 31 La Clauze	9,1	50,7	38 [21 ; 59]
UCC 46	8,0	43,8	38 [30 ; 50]
UCC 65	7,3	42,1	29 [21 ; 50]
UCC 81	4,1	46,8	35 [25 ; 62]
Global hors CHU	6,8	43,3	35 [24 ; 54]
Global	8,2	41,3	33 [22 ; 50]

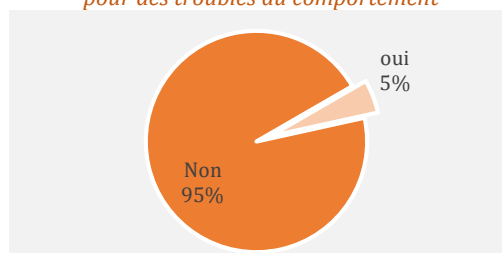
* 39 données manquantes ** 4 données manquantes

Figure 7 - Patients suivis le premier mois après la sortie



Par ailleurs, le parcours des patients peut aussi être impacté par le niveau d'organisation de l'offre de soin dont celui de la filière gériatrique présente sur le territoire et/ou portée par l'établissement de santé de proximité.

Figure 8 - Ré-hospitalisation à 1 mois pour des troubles du comportement

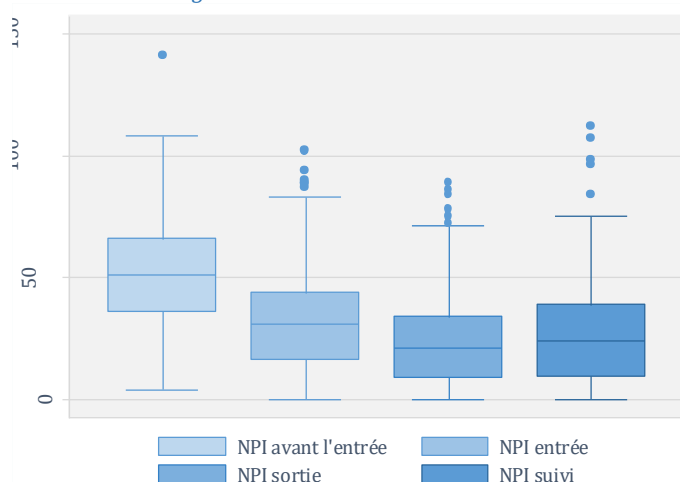


Dans le mois suivant la sortie de l'UCC, 71,2 % des patients ont été suivis, dont 60,3 % au moins au cours de la première semaine (Figure 7). Le mode d'accompagnement principal est le téléphone (65,4 %). Le taux de suivi est particulièrement élevé au CHU avec 97,6 % des patients suivis dans le 1^{er} mois contre 63 % hors CHU. En intégrant les suivis après un mois, le taux de patients suivis atteint 77 % hors CHU.

Le taux de ré-hospitalisation à un mois pour des troubles du comportement est de 8,7 % au CHU et 3,7 % hors CHU, soit un taux global de 4,9 % (Figure 8). Aucune différence significative n'a pu être observée suivant l'âge, le score NPI à l'entrée et à la sortie ou la durée de séjour.

Evaluation des patients

Figure 9 - Score NPI aux 4 moments



La Figure 9 présente la distribution du score NPI calculé sur les 12 items suivant le moment de l'évaluation. Le score NPI moyen diminue significativement de 32 à 23,8 entre l'entrée et la sortie. Six patients sur dix ont connu une amélioration de leur score NPI entre l'entrée et la sortie. Avant l'entrée le score moyen est nettement plus élevé qu'à l'entrée (51,4). Après l'hospitalisation celui-ci ré-augmente à 27,1. Toutefois ces deux dernières mesures ont été réalisées en dehors des UCC et sur un nombre de patients plus faible. En étudiant uniquement les patients suivis sur les 4 moments (170 patients), des résultats similaires sont observables.

Répondants : 359 Avant entrée ; 502 entrée ; 482 sortie ; 283 suivi (dont 106 du CHU)

Par items (Figure 10), un score supérieur ou égal à 4 sera considéré comme pathologique. Le taux de patients évalués agressifs connaît une baisse importante entre l'entrée et la sortie (de 53 % à 40 %), malgré une réaugmentation après la sortie (44 %). Les comportements moteurs aberrants (CMA) évoluent également à la baisse, de 45 % à 37 %, mais concernent ensuite 46 % des patients après la sortie. Les troubles du sommeil connaissent une forte diminution entre l'entrée et la sortie (de 30 % à 16 %).

Figure 10 - Evolution des items du NPI entre entrée et sortie (score ≥4)

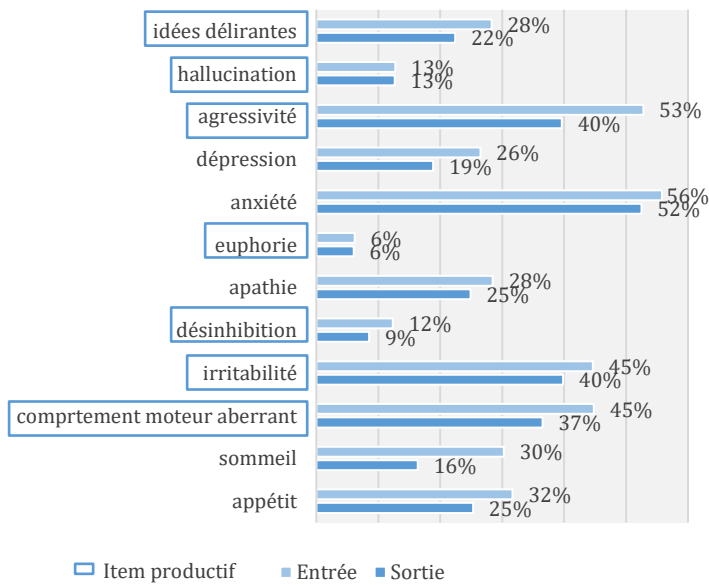
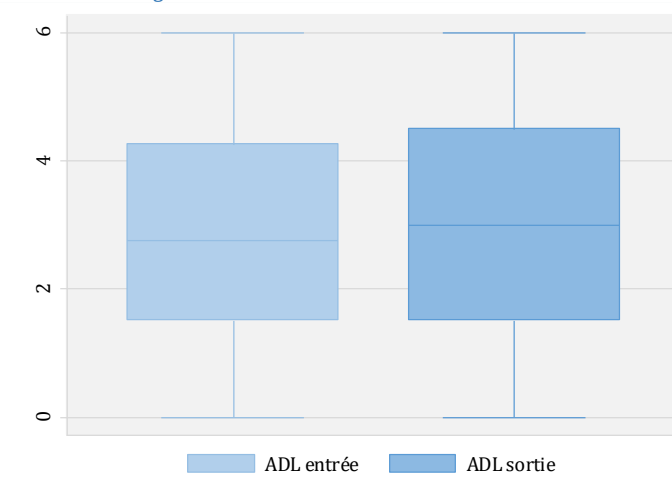


Figure 11 - Score ADL à l'entrée et à la sortie



Répondants : 514 entrée ; 494 sortie

Parmi les autres items productifs (idées délirantes, hallucinations, agressivité, euphorie, désinhibition, irritabilité et CMA), seul le taux de patients affectés par des idées délirantes diminue significativement entre l'entrée et la sortie. Les items dépression et appétit sont également réduits.

Le cumul des troubles est également important puisque 55 % des patients sont affectés par au moins 4 items à l'entrée et 22 % par 6 items ou plus. Ces taux diminuent à 40 % et 13 % lors de la sortie.

Enfin, pour une admission en UHR, le patient doit présenter au moins un trouble productif supérieur à 7. Ainsi, à l'entrée en UCC 56,6 % des patients répondaient à ce critère contre 43 % à la sortie.

Il a été également observé que le cumul de comportement moteur aberrant et d'agressivité est fréquent. En effet, 59 % des patients agressifs ont également des troubles du comportement moteur alors que 32 % des patients qui ne sont pas agressifs sont atteints de troubles du comportement moteur.

Le score d'autonomie (ADL) moyen est de 2,8 à l'entrée et de 2,9 à la sortie, sans évolution significative (Figure 11). L'autonomie à la mobilité est un critère d'admission selon le cahier des charges des UCC. Le score ADL indique que 89,8 % des patients étaient considérés comme mobiles (score ≥ 0,5) lors de l'entrée en UCC.

Traitements et activités des patients

L'évolution des traitements prescrits diffère suivant les types de traitement et l'UCC (Figure 12). Les neuroleptiques et les anti-Alzheimer ont ainsi connu une baisse des prescriptions entre l'entrée et la sortie de l'UCC. Cependant, la réduction des neuroleptiques est essentiellement visible pour le CHU (de 70 % à 55 %) Les traitements anti-Alzheimer font également l'objet de réévaluation pluridisciplinaire. Ainsi, une réévaluation a été réalisée pour 18 % des patients.

A l'inverse, les prescriptions d'antidépresseurs ont augmenté au CHU et hors CHU.

La prise d'anxiolytiques a également fortement diminué au CHU (de 72 % à 45 %), alors que celle-ci a augmenté pour les autres UCC.

40,4 % des patients prenaient au moins 3 psychotropes à l'entrée en UCC, et davantage au CHU (63 %) que dans les autres UCC (33 %). A la sortie ce taux a nettement diminué au CHU (41 %) mais reste inchangé hors CHU (37 %) (Figure 13).

Le Tableau 4 présente l'utilisation des chambres d'apaisement ou de la contention en UCC. 3 UCC disposaient d'une chambre d'apaisement en fonctionnement en 2015 (CSSR La Clauze, CHU Toulouse Garonne et CHIC Castres-Mazamet). Parmi ces UCC, le personnel a eu recours à cette chambre pour 7,9 % des patients.

Pour les UCC ne disposant pas de chambre en fonctionnement la question du recours à une contention substitutive a été posée. Au total, 17,5 % des patients ont été contenus de manière substitutive dans les 4 UCC ciblées par cet item. Ce taux varie cependant entre 30,2 % et 6,4 % selon les unités. Le recours à une contention non médicamenteuse est plus fréquent puisque 15,7 % des patients ont été restreints contre 4,1 % pour les contentions médicamenteuses.

Les UCC ont également pour objectif de développer des activités non médicamenteuses (Figure 14 et Figure 15). Les activités proposées dépendent des ressources (équipements et professionnels) disponibles au sein de chaque UCC et varient donc selon l'UCC d'accueil.

La kinésithérapie et l'ergothérapie (en groupe et en individuel) sont les activités les plus pratiquées et elles concernent plus d'un patient sur deux. Elles interviennent directement sur l'activité motrice du patient.

Les activités cognitivo-comportementales sont également très fréquentes, principalement à travers des groupes de validation cognitive (31 %), des groupes de thérapie par évocation du passé (41 %) ou des traitements psychosociaux (25 %). En individuel cela se traduit par la psychothérapie pour 21 % des patients. La pratique de ces activités cognitives apparaît toutefois plus faible pour les patients de moins de 65 ans, au profit des activités motrices.

Il existe également des activités portant sur les fonctions de communication (8 % par l'orthophonie), des activités sensorielles (12 %) ou des activités basées sur l'environnement (14 % par l'arthérapie).

Enfin, un soutien aux familles est également réalisé dans 36 % des cas.

Figure 12 - Traitements en cours à l'entrée et à la sortie (en %)

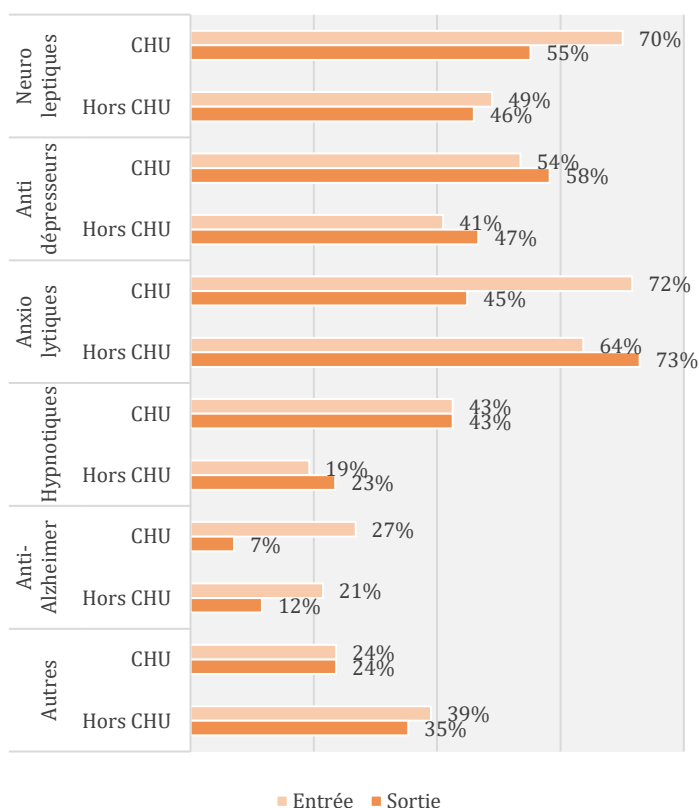


Figure 13 - Consommation de psychotropes à l'entrée et à la sortie selon l'âge (en %)

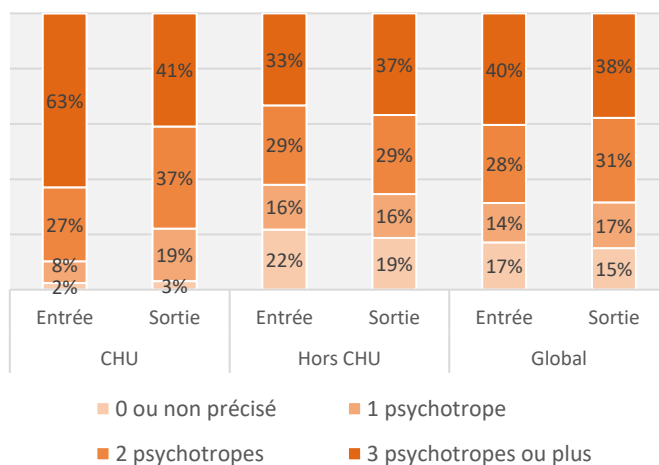


Tableau 4 - Les pratiques de contention

<i>Parmi les UCC disposant d'une chambre d'apaisement (UCC = 3 ; patients = 240)</i>	
Recours à une chambre d'apaisement (en %)	7,9
<i>Parmi les UCC ne disposant pas d'une chambre d'apaisement (UCC = 4 ; patients = 292)</i>	
Recours à une contention substitutive (en %)	17,5
<i>Dont :</i>	
<i>contention médicamenteuse (en %)</i>	4,1
<i>Contention non médicamenteuse (en %)</i>	15,7

Figure 14 - Pratique d'activités individuelles (en %)

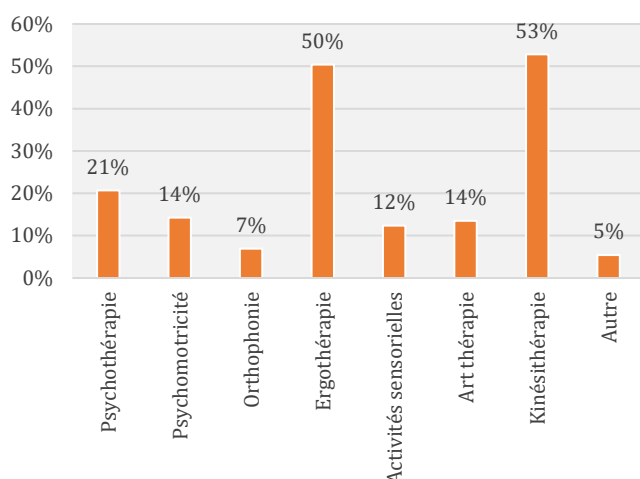
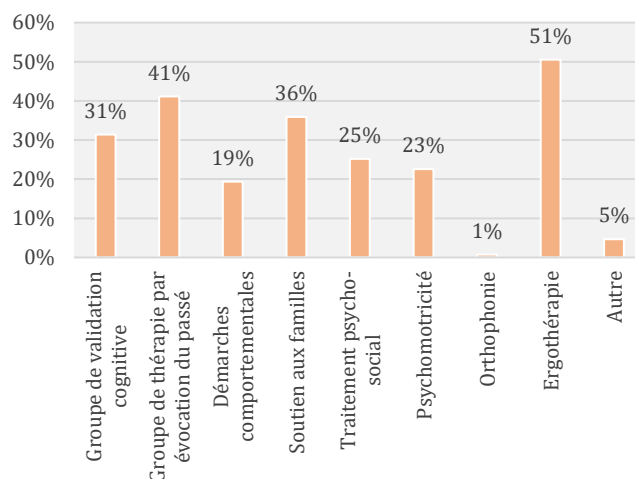


Figure 15 - Pratique d'activités collectives (en %)



La prise en charge des patients « jeunes » en UCC

La prise en charge des patients jeunes (âgés de moins de 65 ans) atteints d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée est une problématique récurrente en UCC, structure en capacité pour les accueillir puisque ne disposant pas de limite d'âge pour l'admission. Néanmoins, de nombreuses UCC sont réticentes à l'accueil de ces malades jeunes, principalement du fait de la sévérité des troubles du comportement chez ces derniers.

En Midi-Pyrénées, 28 patients de moins de 65 ans ont été hospitalisés en 2015 (Tableau 2), dont la moitié (14) avaient moins de 60 ans. 17 d'entre eux (61 %) ont été accueillis par l'UCC du CHU de Toulouse. Seul le CSSR La Clauze (Aveyron) n'a accueilli aucun patient jeune.

Tableau 5 - Parcours des patients « jeunes » accueillis en UCC

Provenance (en %)	
Hébergement (EHPAD, USLD)	32,1 %
Domicile	21,4 %
Service de psychiatrie	21,4 %
Lieu de sortie (en %)	
Hébergement (EHPAD, USLD)	50,0 %
Domicile	28,6 %
Service de psychiatrie	14,3 %
Délai moyen d'accueil	10,74
Durée moyenne de séjour	45,50
Ré-hospitalisation (en %)	7,1 %

Le parcours

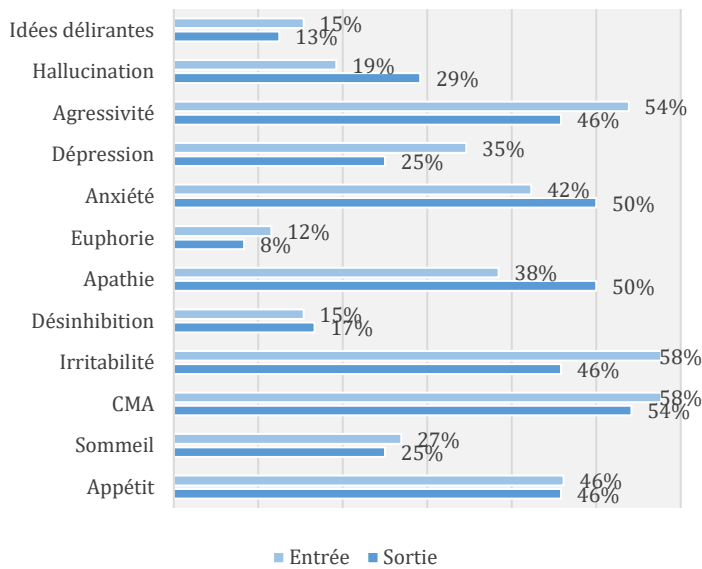
Un tiers des patients jeunes (9 patients) étaient hébergés dans une structure d'hébergement (dont 8 d'EPHAD) avant l'entrée en UCC (Tableau 5). Le domicile ou un service de psychiatrie constituent les deux principaux autres lieux de provenance.

En moyenne, les patients jeunes attendent 10,7 jours après leur demande pour être admis en UCC, avec un temps maximal atteignant 38 jours. Une fois admis, la durée moyenne de séjour sera de 45,5 jours et la moitié d'entre eux reste entre 19 et 52 jours. 4 patients jeunes (14 %) ont été admis pour une durée supérieure à 90 jours.

Lors de la sortie de l'UCC, la moitié des patients jeunes réintègrent leur structure d'hébergement ou parviennent à y obtenir un transfert (dont 12 en EHPAD). Le retour au domicile concerne également 8 (29 %) d'entre eux et le transfert en service psychiatrie est plus faible qu'à l'entrée avec 4 patients concernés (14 %).

Dans le mois suivant la sortie de l'UCC, 2 des patients jeunes (7 %) ont été ré-hospitalisés pour des troubles du comportement.

Figure 16 - Evolution des items du NPI chez les patients « jeunes » entre l'entrée et la sortie (score ≥4)



L'évaluation des troubles

L'évaluation des troubles du comportement chez les patients jeunes ne montre pas d'amélioration du score NPI entre l'entrée et la sortie de l'UCC, le score global passant de 35,9 à 35,2. Toutefois, ce score était de 45,3 avant l'entrée (21 répondants) et de 30,6 après la sortie (19 répondants), ce qui montre une amélioration par rapport à la situation antérieure.

Les principales pathologies dont ils sont affectés à l'entrée sont l'agressivité (15 patients), l'irritabilité (16 patients) et les CMA (16 patients) (Figure 16). Si ces 3 troubles diminuent à la sortie, à l'inverse, on constate que l'apathie et l'anxiété augmentent, affectant ainsi la moitié des patients à la sortie. Au total, 16 patients présentent au moins 4 troubles à l'entrée contre 13 patients à la sortie.

Six de ces patients (21 %) n'étaient pas considérés comme mobiles lors de l'entrée en UCC (4 en sortie).

Les traitements

La consommation de 3 psychotropes ou plus concerne 18 patients jeunes à l'entrée (64 %) et 15 à la sortie (54 %). Les neuroleptiques sont particulièrement utilisés avec 20 patients sous prescription lors de l'entrée (71 %) et 17 à la sortie (61 %). 16 patients (57 %) consommaient des antidépresseurs à l'entrée et à la sortie.

Etude des patients jeunes :

Les résultats présentés portent sur peu de sujets (28) ce qui constitue une limite forte pour la portée des résultats et renforce l'intérêt d'un suivi de ce type de patients sur le long terme (cumul de plusieurs années).

Néanmoins, quelques tendances proches des résultats observés dans la littérature ont pu être mises en évidence en comparaison des autres patients :

- Une durée moyenne de séjour légèrement plus longue
- Des pathologies plus lourdes
- Une consommation de psychotropes plus élevée
- Un parcours en psychiatrie plus marqué ?