

Enquête APHJPA 2018

*En lien avec la commission UCC de la SGG*

***Liens entre UCC et HDJ dans la prévention et la gestion des situations de crise ou à risque de crise***

**Chers collègues,**

Lors de notre enquête nationale de 2017 sur l’intégration des HDJ au sein des filières mémoire et gériatrique et des liens que ces unités avaient d’autres unités gériatriques, il est ressorti que :

* 53% des HDJ MCO (panel de 28 HDJ couvrant le territoire national) déclaraient avoir des liens avec les UCC (que ce soit en amont ou en aval) (avec une UCC in situ dans 39% des cas)
* 56% des HDJ SSR (panel de 25 HDJ) déclaraient de même (UCC in situ dans 40 % des cas)
* Et pour un certain nombre d’unités, il apparaissait utile de renforcer ces liens (32% des HDJ MCO et 44% des HDJ SSR étaient dans une telle demande), sachant que certains répondaient que ce n’était pas nécessaire car les liens étaient déjà pratiquement optimaux.

Par ailleurs, on parle beaucoup de parcours de soins et les HDJ comme les UCC ont des liens étroits avec la médecine de ville et le monde médico-social.

**C’est dans ce contexte, et parce que l’intérêt de ces types de structures n’est plus à démontrer dans la prise en charge des patients ayant une pathologie d’Alzheimer ou apparentée, qu’il nous est apparu utile d’approfondir les informations sur les liens entre HDJ et UCC, notamment dans la prévention et la prise en charge des situations de crise, ou à risque de crise.**

**2 enquêtes vont être menées parallèlement auprès des HDJ et auprès des UCC, en lien avec la commission UCC de la SFGG.**

**Cette 2è enquête s’adressera également aux unités de « court séjour Alzheimer » qui ne donnent pas lieu à une labellisation, mais qui existent dans certains hôpitaux et gèrent des situations de crises (décompensation le plus souvent comportementale de troubles neuro-cognitifs majeurs), prises en charge ailleurs par les UCC, les unités gériatriques « standard » étant parfois en difficultés du fait des troubles du comportement.**

C’est pour cela que nous vous demandons de bien vouloir participer à cette enquête et remplir ce questionnaire. Plus nous serons nombreux à remplir l’enquête, plus elle sera représentative et aura de force. Tous les participants pourront avoir un retour sur les résultats et chaque équipe sera citée dans les communications qui pourront en découler. Nous comptons sur vous et n’hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions.

**Vous pouvez retourner l’enquête par voie postale ou mail, jusqu’au 25 septembre.**

Bien cordialement

**Dr L. Volpe-Gillot Dr J-M Michel**

Présidente APHJPA Vice-président APHJPA

Et le bureau de l’APHJPA ; www.aphjpa.org

*Chef de service de Neuro-Psycho-Gériatrie*

**Hôpital Léopold Bellan , Paris XIV**

**185c rue Raymond Losserand**

**75014 PARIS**

[lisette.volpe-gillot@fondationbellan.org](mailto:lisette.volpe-gillot@fondationbellan.org)

tel 01 40 48 68 82

**VOTRE IDENTITE, veuillez préciser**

Votre nom, prénom, fonction et vos coordonnées mail et téléphoniques

**IDENTITE de l’UNITE et filière**

* **Typologie** : Votre HDJ est : MCO / SSR ou mixte
* **Dimension** : Nombre de places par typologie **(si mixte, préciser le nombre de places en MCO et le nombre en SSR)**
* **Intégration** :

**Votre hdj est en lien avec une UCC** : oui /non

Si oui : sur place : oui /non

**Votre hdj est en lien un court séjour Alzheimer**

Si oui : sur place : oui /non

Par ailleurs, votre hdj est en lien avec

* + - un court séjour gériatrique
    - un soins de suite et de réadaptation gériatrique
    - un hdj ssr (si vous êtes un hdj MCO)
    - une CMP/
    - un CMRR° /
    - une filière gériatrique labellisée
    - une équipe mobile gériatrique
    - un CLIC,
    - une MAIA,
    - un réseau gérontologique,
    - un réseau géronto-psychiatrique
    - des UHR
    - des ehpad avec UVP
    - autre ……….

Précisez à chaque fois si lien in situ ou extérieur

**De manière générale, dans la prévention et la prise en charge des situations de crise, ou à risque de crise, quels sont vos adresseurs habituels (en pourcentage) :**

* Médecin généraliste
* Médecin coordonnateur ehpad
* Gériatre de la consultation mémoire
* Gériatre hospitalisation
* Gériatre équipe mobile
* Neurologue (ville ou hôpital)
* Psychiatre
* Autre spécialiste
* MAIA
* Réseau gérontologique
* Services sociaux
* autre

**Quel est le pourcentage, selon vous, de patients, adressés dans votre HDJ dans le cadre de la prévention et la prise en charge des situations de crise, ou à risque de crise ?**

**Quels sont les 3 motifs les plus fréquents d’adressage de patients dans votre HDJ MCO dans le cadre de la prévention et la prise en charge des situations de crise, ou à risque de crise ?**

* perte d’autonomie avec difficultés à domicile
* troubles de l’humeur et/ou du comportement
* aggravation rapide de troubles cognitifs
* altération de l’état général
* troubles de la marche/de l’équilibre et/ou chutes à répétition
* amaigrissement et /ou dénutrition
* décompensation d’une autre comorbidité
* autre

**Quels sont les 3 motifs les plus fréquents d’adressage de patients dans votre HDJ SSR ou géronto-psychiatrique dans le cadre de la prévention et la prise en charge des situations de crise, ou à risque de crise ?**

* perte d’autonomie avec difficultés à domicile
* troubles de l’humeur et/ou du comportement
* aggravation rapide de troubles cognitifs
* non acceptation de la maladie et/ou des aides
* troubles de la marche/de l’équilibre et/ou chutes à répétition
* amaigrissement et /ou dénutrition
* soutien des aidants
* autre

**Selon les caractéristiques de votre service, merci de compléter les paragraphes qui vous concernent sur les pages suivantes pour l’année 2017**

**Concernant les patients adressés de l’HDJ MCO vers l’UCC ou court séjour Alzheimer**

Nombre de patients adressés à partir de l’HDJ MCO vers l’UCC (% du nombre de séjours total sur l’année de l’HDJ MCO) :

Nombre de patients adressés à partir de l’HDJ MCO vers le court séjour Alzheimer ( % du nombre de séjours total sur l’année de l’HDJ MCO) :

**Caractérisation des patients (en pourcentage) :**

* troubles cognitifs légers
* troubles cognitifs modérés
* troubles cognitifs sévères
* diagnostic des troubles cognitifs déjà documenté avant l’hdj MCO
* diagnostic des troubles cognitifs non documenté avant l’hdj MCO
* patient déjà suivi dans une unité spécialisée « mémoire »
* patient non suivi dans une unité spécialisée « mémoire » jusque là

**Pour ces patients, adresseur initial en HDJ MCO (% , le total ne doit pas dépasser 100%) :**

* Médecin généraliste
* Médecin coordonnateur ehpad
* Gériatre de la consultation mémoire
* Gériatre hospitalisation
* Gériatre équipe mobile
* Neurologue (ville ou hôpital)
* Psychiatre
* Autre spécialiste
* MAIA
* Réseau gérontologique
* Services sociaux
* autre

**Motifs premiers de l’adressage en pourcentage :**

* prise en charge d’une pathologie somatique, cause possible ou probable de la décompensation
* troubles du comportement entrainant une situation de crise ou à risque de crise, au domicile hors ehpad, sans préciser la cause
* troubles du comportement entrainant une situation de crise ou à risque de crise, en ehpad, sans préciser la cause
* décompensation des troubles cognitifs
* décompensation de l’autonomie et/ou de l’activité motrice
* décompensation de l’état général
* prise en charge d’une comorbidité somatique
* épuisement des aidants entrainant une situation à risque à domicile

**Concernant les patients adressés de l’HDJ SSR ou géronto-psychiatrique vers l’UCC ou court séjour Alzheimer**

Nombre de patients adressés à partir de l’HDJ SSR/ géronto-psychiatrique vers l’UCC (% de la file active de patients sur l’année) :

Nombre de patients adressés à partir de l’HDJ SSR/ géronto-psychiatrique vers le court séjour Alzheimer (% de la file active de patients sur l’année) :

**Caractérisation des patients (en pourcentage) :**

* troubles cognitifs légers
* troubles cognitifs modérés
* troubles cognitifs sévères
* diagnostic des troubles cognitifs déjà documenté avant l’hdj SSR/ geronto-psy
* diagnostic des troubles cognitifs non documenté avant l’hdj SSR/géronto-psy
* patient déjà suivi dans une unité spécialisée « mémoire »
* patient non suivi dans une unité spécialisée « mémoire » jusque là

**Motifs premiers de l’adressage en pourcentage**

* prise en charge d’une pathologie somatique, cause possible ou probable de la décompensation
* troubles du comportement entrainant une situation de crise ou à risque de crise, au domicile hors ehpad
* troubles du comportement entrainant une situation de crise ou à risque de crise, en ehpad
* décompensation des troubles cognitifs
* décompensation de l’autonomie et/ou de l’activité motrice
* décompensation de l’état général
* prise en charge d’une comorbidité somatique
* épuisement des aidants entrainant une situation à risque à domicile
* décompensation d’une pathologie psychiatrique antérieurement connue
* décompensation d’une pathologie psychiatrique non diagnostiquée

**Quel que soit le motif,**

* la cause a-t-elle été détectée par les professionnels de l’HDJ SSR/géronto-psy ?oui/non
* l’adressage a-t-il fait suite à
  + une demande du MT
  + une demande d’un réseau gériatrique ou MAIA
  + une demande d’un service d’hospitalisation classique
  + une demande de la famille ou aidants non familiaux

**Concernant les patients admis en HDJ MCO en provenance d’UCC ou du court séjour Alzheimer**

Nombre de patients admis dans ces conditions  (% du nombre de séjours total sur l’année) :

Sur les patients admis, pourcentage estimé de patients toujours en situations de crise, ou à risque de crise :

**Caractérisation des patients (en pourcentage) :**

* troubles cognitifs légers
* troubles cognitifs modérés
* troubles cognitifs sévères
* diagnostic des troubles cognitifs déjà documenté avant l’hospitalisation classique
* diagnostic des troubles cognitifs non documenté avant l’hospitalisation classique
* patient déjà suivi dans une unité spécialisée « mémoire »
* patient non suivi dans une unité spécialisée « mémoire » jusque là

**Motifs de l’adressage** (en pourcentage, plusieurs réponses possibles, la somme peut donc dépasser les 100%):

* bilan étiologique des troubles cognitifs à distance de la situation de crise
* comorbidités justifiant d’un contrôle
* troubles du comportement non complètement maitrisés
* relais pour réduire la durée d’hospitalisation classique à la demande des professionnels
* relais pour réduire la durée d’hospitalisation classique à la demande du patient ou des aidants
* poursuite ou contrôle des examens initiés en hospitalisation classique
* contrôle à distance des adaptations thérapeutiques
* contrôle à distance du projet médico-psycho-social

**Concernant les patients admis en HDJ SSR / géronto-psy en provenance d’UCC ou du court séjour Alzheimer**

Nombre de patients admis pour la première fois dans ces conditions  (% de la file active sur l’année) :

Nombre de patients déjà admis mais ayant nécessité une hospitalisation dans ce cadre durant leur prise en charge en HDJ SSR  (% de la file active sur l’année) :

Dans les deux cas, sur les patients admis, pourcentage estimé de patients toujours en situations de crise, ou à risque de crise :

**Caractérisation des patients (en pourcentage) :**

* troubles cognitifs légers
* troubles cognitifs modérés
* troubles cognitifs sévères
* diagnostic des troubles cognitifs déjà documenté avant l’hospitalisation classique
* diagnostic des troubles cognitifs non documenté avant l’hospitalisation classique
* diagnostic d’une pathologie psychiatrique déjà documentée avant l’hospitalisation classique
* diagnostic pathologie psychiatrique non documentée avant l’hospitalisation classique
* patient déjà suivi dans une unité spécialisée « mémoire »
* patient non suivi dans une unité spécialisée « mémoire » jusque là

**Motifs de l’adressage** (en pourcentage, plusieurs réponses possibles, la somme peut donc dépasser les 100%):

* troubles du comportement non complètement maitrisés
* prévention situation de crise avec soutien des aidants
* relais pour réduire la durée d’hospitalisation classique à la demande des professionnels
* relais pour réduire la durée d’hospitalisation classique à la demande du patient ou des aidants
* contrôle à distance des adaptations thérapeutiques
* contrôle à distance du projet médico-psycho-social