

L'Hôpital de Jour Gériatrique,
demain :

QUELLES INNOVATIONS POUR QUELLES PERSPECTIVES

39^{ème}
CONGRÈS
DES HÔPITAUX
DE JOUR



6 et 7 juin 2019
Nantes

CCI
Centre des Salorges





Télémédecine et HDJ face aux troubles du comportement

Dr Typhaine Riaudel

Mme Sophie Calvet Psychologue



Télémédecine et HDJ face aux troubles du comportement

- Constat
- Littérature
- Présentation, spécificités et limites
- Quelques chiffres
- Cas clinique



Quelle problématique?

- Quelles réponses peut-on apporter aux situations de crise en EHPAD ou à domicile?
- Objectifs:
 - Désamorcer la crise.
 - Apporter un soutien aux aidants.
 - Eviter une hospitalisation.



Le constat

- Les troubles du comportement productifs sont un motif de demande d'hospitalisation, de consultation de plus en plus fréquents
- Des patients en provenance d'EHPAD ou du domicile
- Dans un contexte d'épuisement de l'aidant principal (équipe ou famille)
- Manque de « connaissance » et de formation



HDJ ou Télémédecine?

- Différents acteurs
- Différents parcours
- Différents lieux
- Mêmes symptômes et motifs de demande
- MMS fluctuants
- Troubles psychiatriques sous jacents
- Importance donnée à l'histoire de vie

Quelques articles

- Piau A, *et al. Telemedicine for the management of neuropsychiatric symptoms in longterm care facilities: the DETECT study, methods of a cluster randomised controlled trial to assess feasibility* BMJ Open 2018;8:e020982.
- Carotenuto A, *et al. Cognitive Assessment of Patients With Alzheimer's Disease by Telemedicine: Pilot Study*, JMIR Ment Health 2018;5(2).
- Gentry TM *et al. Geriatric Telepsychiatry: Systematic Review and Policy Considerations* The American Journal of Geriatric Psychiatry 2019;27:2:109-127.
- HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Mai 2009 Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs.
- Nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie Rapport d'évaluation des expérimentations menées dans le cadre de l'article 70 de la Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, HAS Mai 2015.
- Marie-Nelly N, *et al. La télémédecine, un outil de consultation efficace dans les troubles du comportement liés à la maladie d'Alzheimer* Neurol psychiatr gériatr 2019
- Marie-Nelly N, *et al. Prise en charge de la maladie d'Alzheimer en Télémédecine* NPG Neuro-Psy-Ger 2019; 19;111: 144-147.
- Martin-Hunyadi C, « *L'interprofessionnalité en hôpital de jour d'évaluation gériatrique. Un « puzzle interactif » ?* », éd., Interprofessionnalité en gérontologie. ERES, 2005; 223-227.
- JNII 2016, CHU de Toulouse

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs

RECOMMANDATIONS

Mai 2009

4.3 Place d'un avis spécialisé

Il est recommandé de demander l'avis d'un autre professionnel spécialisé (psychiatre, psychologue, neurologue, gériatre) en cas de comportement difficile à gérer ou à risque d'aggravation à court terme, de désadaptation à l'environnement, de danger pour le patient ou pour autrui.



Les hôpitaux de jour gériatriques

- Début dans les années 1990
- Objectifs: diagnostique, éviter hospitalisation complète, conseils thérapeutiques et sur le mode de vie
- Démarches de prévention primaire et secondaire
- Intégré dans la filière gérontologique

Martin-Hunyadi, Catherine. « L'interprofessionnalité en hôpital de jour d'évaluation gériatrique. Un « puzzle interactif » ? », éd., *Interprofessionnalité en gérontologie*. ERES, 2005, pp. 223-227.



JNIH 2016 • CHU de TOULOUSE
7^e Journée Nationale des Innovations Hospitalières

La e-santé dans le parcours de soins : évaluation des impacts pour les établissements de santé

Une prise en charge innovante,
qui a fait ses preuves sur de nombreuses prises en charge cliniques,
mais mise en place complexe

BMJ Open Telemedicine for the management of neuropsychiatric symptoms in long-term care facilities: the DETECT study, methods of a cluster randomised controlled trial to assess feasibility

Antoine Piau,¹ Fati Nourhashemi,^{1,2} Adélaïde De Mauléon,¹ Achille Tchalla,³
Claude Vautier,⁴ Bruno Vellas,^{1,2} Maryline Duboue,¹ Nadège Costa,⁵
Pierre Rumeau,¹ Benoit Lepage,⁶ Maria Soto Martin^{1,2}

Hypothèse:

Télémédecine = parcours de soin approprié pour prise en charge des troubles du comportement

Étude multicentrique randomisée comparant la consultation habituelle à la télémédecine

Objectif: ils espèrent inclure 200 patients,

montrer l'intérêt du parcours de soin innovant et adapté à la vie réelle.

Étude en cours!



Geriatric Telepsychiatry: Systematic Review and Policy Considerations

The American Journal of Geriatric Psychiatry

Volume 27, issue 2, February 2019, Pages 109-127

[T.Gentry, M.D.Maria, I.Lapid, M.D.Teresa, A.RummansM.D.](#)

- 49,8 millions de personnes âgées aux USA
- Revue de 68 études
- Résidents d'EHPAD et personnes de plus de 65 ans avec troubles cognitifs explorés ou non, dépression...
- Début de la télémédecine en 1990... internet moins performant...
- Diagnostic, MMS... comparable au face-to-face, non infériorité pour dépression.
- Mise en évidence du facteur limitant principal: non remboursement par programme de santé publique et nécessité d'une reconnaissance des politiques à visée financière.



La télémédecine, un outil de consultation efficace dans les troubles du comportement liés à la maladie d'Alzheimer

Marie-Nelly N, et al. Neurol psychiatr gériatr.

26 mars 2019

Phase expérimentale pendant 3 ans dans le Val de marne auprès de 10 EHPAD, recrutés par l'ARS.

158 téléconsultations dont 42% pour des troubles du comportement

Résultats:

- Diminution des hospitalisations,
- Travail en collaboration, facilitation des échanges, coordination des soins
- Stade des troubles souvent très avancés et soignants démunis, nécessité de téléconsultations plus précoces.



À paraître en juin 2019

Prise en charge de la maladie d'Alzheimer en Télémédecine Dr Marie Nelly, 2019

- Étude retrospective descriptive
- Entre juillet 2016 et octobre 2018
- 398 téléconsultations dont 35,7% pour troubles du comportement
- 13,4% d'hospitalisation



Présentation, spécificités et limites

Présentation de l'HDJ troubles du comportement

- 2 patients par semaine, accompagnant souhaité (famille ou soignants) et/ou avec des transmissions détaillées des TDC à minima
- 4 intervenants:
 - IDE: évaluation gériatologique complète
 - Psychologue: évaluation thymique et cognitive succincte puis entretien avec aidant
 - Psychiatre
 - Gériatre
- Temps de synthèse pour chaque patient et conclusion avec patient et son accompagnant



Spécificités de l'HDJ

- Évaluation pluridisciplinaire
- Patients à domicile, souffrance de l'aidant et ou problème social
- Désamorce une situation difficile à domicile ou en EHPAD
- Agit sur le patient, avec un retentissement attendu sur l'aidant
- Examen clinique réalisé
- Temps dédié spécifique et individuel
- Expertise psychogériatrique centrée sur la thérapeutique médicamenteuse, au cas par cas



Limites de l'HDJ

- Effort de déplacement anxiogène et à risque d'incompréhension sans adhésion pour le patient avec durée de prise en charge de plus de 3h.
- Absence de réflexion commune avec équipe soignante

Présentation de la télémédecine

- 3 séances dans la semaine sur 2 sites différents
 - Gériatre/psychologue ou ASG ou IDE de l'UCC
 - Gériatre et psychiatre
 - Gériatre et psychomotricienne ou kinésithérapeute
 - Et l'équipe soignante avec le patient en visioconférence,
- 1 à 2 patients par séance (télé expertise, suivi, clôture dossiers)
- 30 min de briefing avec les équipes, 20 min d'entretien mené par le médecin gériatre avec le résident
- Temps de réflexion commune après avec les soignants de l'EHPAD (et/ou med coord)



Spécificités de la Télémédecine

- Améliorer l'accès aux soins pour les résidents d'EHPAD
- confort pour le résidents car déplacements souvent mal vécus
- Optimiser le temps des ressources médicales et paramédicales
- Parcours de soins plus adapté
- Coopération interprofessionnelle
- Éviter les hospitalisations inadaptées
- Evaluer le résident dans son environnement
- Formation aux soignants



Spécificités de la Télémédecine

- Temps d'écoute pour l'équipe soignante
- Importance donnée au NPI (Inventaire neuropsychiatrique), identification des troubles par les soignants,
- Préparation des dossiers permet une première analyse, une prise de recul de l'équipe soignante sur place, facilite et argumente la réflexion commune
- Centrée sur les thérapies non médicamenteuses



Limites de la télémédecine

- Absence d'examen clinique
- Problèmes techniques, son, image,
- « Distance » numérique
- Proximité des soignants pouvant biaiser l'échange médecin/patient (mise en représentation)
- Facteur temps (professionnels des 2 côtés)



Quelques chiffres



Les chiffres en 2018, pôle de gériatologie CHU de Nantes

- 111 consultations de télé médecine
 - avec LNA santé et Mutualité retraite
 - EHPAD Parc de diane: 23 téléconsultations, 3 télé expertises, 3 télé diagnostics
 - EHPAD Chezallière: 19 téléconsultations et 5 télé expertises
 - EHPAD Ile verte: 22 téléconsultations (dont 10 de suivi)
 - EHPAD Creisker: 14 téléconsultations initiales, 6 téléconsultations de suivi, 2 télé-expertises
 - Mutualité retraite (EHPAD St Louis, Notre Dame de la Charité, Parc de l'Amande : 14 téléconsultations initiales)
- 61 HDJ troubles du comportement

Caractéristiques des patients

- **Provenance:**

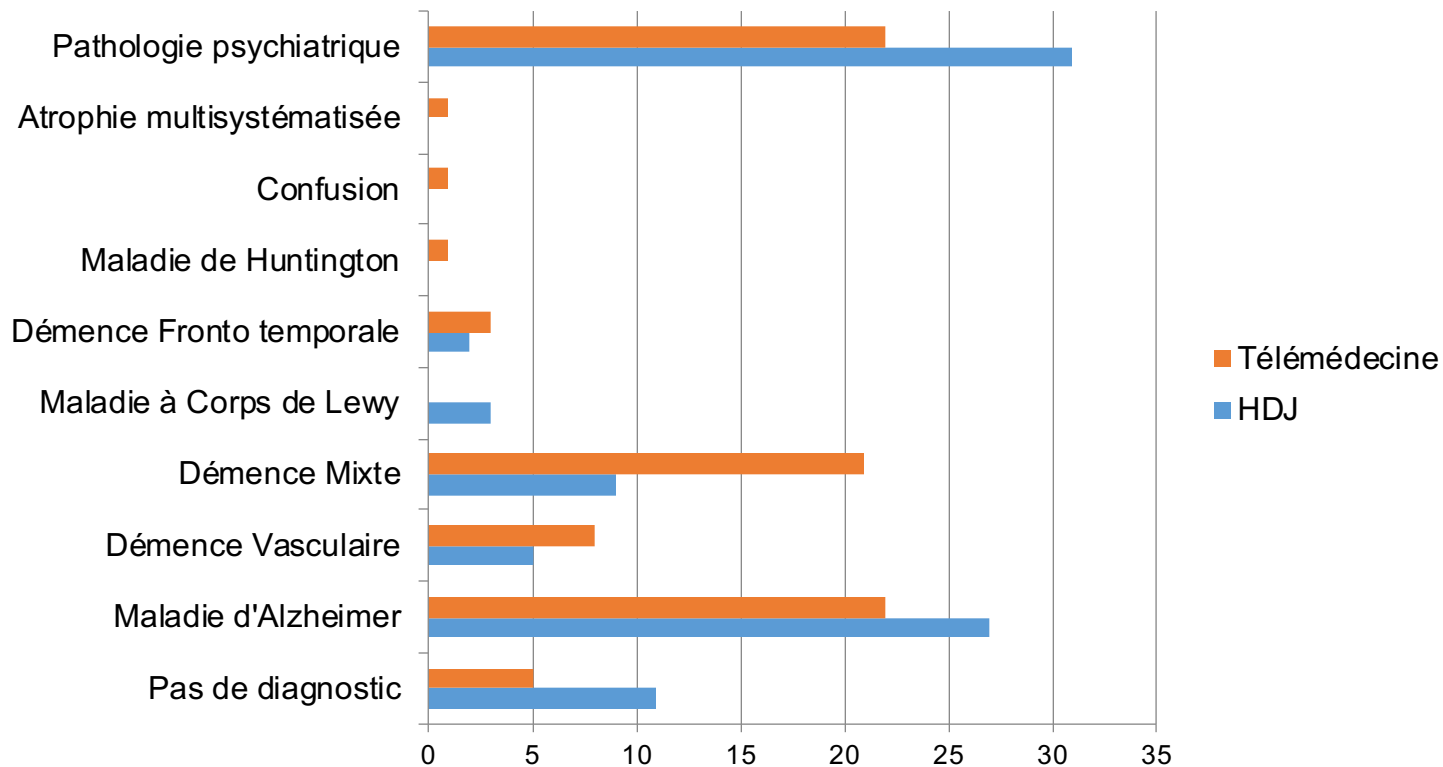
HDJ	57% domicile, 43% EHPAD
télémédecine	100% EHPAD

- **Moyenne d'âge:**

HDJ	84 ans
télémédecine	87 ans

- **67 à 70% de femmes en HDJ et Télémédecine**

Répartition des démences et troubles psychiatriques





Hospitalisation dans l'année pour des troubles du comportement

HDJ	22%
télémédecine	19%

Services concernés: urgences, court séjour gériatrique,
Unité cognitivo comportementale

Les traitements psychotropes

	HDJ	Télémédecine
Moyenne de molécule/pers	2	1,5
% de neuroleptique	49%	35%



Cas clinique

Mr X

- Né en 1935
- A vécu à Paris, ancien médecin généraliste et médecin du sport, personnalité hyperactive, décrit comme intellectuel marginal
- 3 enfants, veuf depuis 2013
- Vit en EHPAD depuis 2014, rapprochement familial à Nantes
- ATCD:
 - Hématome frontal droit en janvier 2014 sur angiopathie amyloïde
 - TVP droite en janvier 2014
 - Néoplasie prostatique
 - Tuberculose?

Mr X

- Apparition progressive de troubles cognitifs et troubles du comportement (a posteriori par enfants) ou ressenti des proches
- Après le décès de son épouse, épisode de décompensation psychiatrique? A eu un traitement sédatif avec hospitalisation en psychiatrie
- L'imagerie met en évidence l'angiopathie amyloïde avec l'hématome frontal droit spontané



Mr X

- Consultation neurologue en 2014: diagnostic de maladie d'Alzheimer, introduction Donepezil
- Vu en 2015 pour des troubles du comportement de type désinhibition en cs psychiatrique: contact hypersyntonie mais considère qu'il est le médecin de l'EHPAD
- Bilan neuropsychologique: profil sous cortical avec trouble de la flexibilité, MMS 21/30, impulsivité, intolérance aux frustrations
- Introduction de Paroxétine en 2015



Mr X

- 18 mois après en juin 2016: cs télémédecine: troubles du comportements productifs et propos désinhibés, autonome pour les actes de la vie quotidienne
- Lors de l'entretien: persévérations, circonlocutions, anosognosie, propos provocateurs, troubles d'allure frontale
- Il est préconisé une augmentation de la Paroxétine et une introduction de Dépakote

Préconisations non médicamenteuses

- En association avec son fils, proposer une mise sous protection juridique et récupérer si possible la carte d'inscription à l'Ordre de Médecins afin qu'il n'y ait pas d'achat de médicaments et automédication.
- Revoir la position des soignants de façon collégiale, afin que tout le monde ait la même attitude soignante et qu'il soit possible de redonner des limites au résident.
- Redonner les règles de vie en collectivité.
- Utiliser la dynamique de groupe pour préserver les activités quand le comportement de Mr X est en dehors des limites.
- Poursuivre les entretiens hebdomadaires avec la psychologue



Mr X

- Cs télémédecine à 6 mois en Septembre 2016: aggravation des troubles cognitifs, apathie, humeur triste
- Lors de l'entretien: négligence physique, oublis à mesure mais persistance de l'anosognosie avec opposition aux soins avec des troubles phasiques
- Préconisations: continuer Dépakote car bonne tolérance clinique et biologique, arrêt du Donépézil

Préconisations non médicamenteuses

- Revaloriser l'estime de soi: rasage, habillage mais dans un autre cadre comme chez le coiffeur, par exemple.
- Revoir avec son dentiste pour adapter la taille de l'appareil dentaire à sa bouche et réaliser un bilan nutritionnel complet (amaigrissement récent depuis la pose de l'appareil ?).
- Poursuivre les entretiens hebdomadaires avec la psychologue, ainsi qu'un temps d'écoute quotidien par un membre de l'équipe soignante.
- Utiliser la validation pour lui parler de sa vie passée ou lorsqu'il cherche son épouse.

Mr X

- Situation stable jusqu'en juin 2017, puis recrudescence des troubles du comportement productifs, pris en charge en HDJ:
- Lors de l'entretien: Aggravation de la démence avec syndrome frontal, désinhibition, irritabilité, instabilité sans indifférence affective, exaltation de l'humeur, persévérations
- Patient souriant, coopérant mais troubles phasiques avec MMS 13/30
- Préconisation: Introduction Mémantine

Mr X

- HDJ en décembre 2017 à la demande de l'EHPAD car situation épuisante, a perdu de l'autonomie ADL 3,5/6, Fugues, chutes à répétition
- Lors de l'entretien: agitation, irritabilité, agressivité
- Hypothèse: Probable personnalité cyclothymique
- MMS non réalisable
- Proposition arrêt dépakote, et introduction d'oxazepam

Mr X

- Cs télémédecine en aout 2018, situation depuis 8 mois: persistance de l'idée délirante présente depuis 2015, qu'il est le médecin de l'EHPAD, en association avec la désorientation temporo spatiale et l'anosognosie et apparition d'une désinhibition sexuelle et fabulations
- Echec des techniques de recadrage et des traitements médicamenteux
- Lors de l'entretien: Mutisme et indifférence apparente
- Propositions: arrêt Paroxetine et Mémantine

Mr X

- Cs télémédecine en octobre 2018 pour épuisement de l'équipe de l'EHPAD avec persistance de la désinhibition sexuelle et épuisement des équipes de l'EHPAD
- Hospitalisation en UCC pendant 3 semaines:
 - Agitation anxieuse de fin de journée, hypersollicitation des soignants
 - Délire de reduplication des lieux, déambulation
 - Pas de désinhibition sexuelle mais vocabulaire exalté
 - Reprise du Dépakote
 - Prise en charge non médicamenteuse: recadrage, temps d'isolement en chambre
- Retour EHPAD



Conclusion

- HDJ et Télémédecine = 2 approches multidisciplinaires complémentaires, appropriées et spécifiques
- Nécessaires pour le diagnostic, la prise en charge des troubles du comportement et le soutien des aidants
- Perspective: études à venir