

Dispositif pilote de dispensation de soins aigus dans le lieu de vie des résidents en EMS souffrant de décompensation psychique - EMPAA

Congrès AEMP – Marseille – 29 Juin 2018

Dre Estelle Gillès de Pélichy

Dr Henk Verloo

Mme Alcina Matos Queiros

Contexte démographique

- **D'ici 2040:** PA>75A ↑ 77%. ↑ Espérance de vie 80,7 → 84.5 ans (88 pour les femmes).
- **Si pas chgt ds PEC:** création de 500 lits H et 3'300 lits long séjour (EMS) d'ici 2030
- **En 2015:**
 - 304 lits H, dt 111 en PAA, DMS globale 28.3j
 - 6876 lits EMS s/ 150 structures, âge entrée 74.7A hommes et 82.6A Femmes, durée séjour 1.4 ans hommes et 2.1a femmes. Canton de Vaud: + courte durée institutionnalisation.
- **50% des placements font suite à 1 H,**
- **Taux recours au syst santé: 30% 61-80a et 70% >81 ans.**

Mandat du projet

- **Sur demande de la Santé Publique**
 - Baisse lit HPAA 69 → 50 en 18 mois
 - Renforcer équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé (EMPAA) avec intervention dans la 1/2j suivant la demande et de 1^{ère} ligne
 - Permettre aux EMS/SAMS de maintenir les résidents dans leur milieu malgré décompensation état mental, notamment par le biais de moyens incitatifs.
 - Renforcer le dépistage et suivi des patients âgés souffrant de troubles psychiques dans la communauté.

Structure du projet

COPIL

- **Mandat du COPIL** - sur la base du mandat signé par les partenaires :
- Veille à la cohérence du projet entre les objectifs définis et les propositions validées par le groupe de référence
- Préavise les décisions soumises aux organismes faïtiers (SSP, CHUV, AVDEMS, FEDEREMS, GMEMS, RSRL)
- Représente le projet auprès des autres partenaires

GR. REFEREN CE

- **Mandat du groupe de référence :**
- Prend connaissance des propositions de groupe de travail, en discute et préavise à l'intention du COPIL
- Réagit de manière constructive en proposant, cas échéant, d'autres pistes de réflexion / d'action
- Participe à la transmission d'information sur le projet

GR. TRAVAIL

- **Mandat du groupe de travail:**
- participe à la réalisation du projet en réalisant les actions nécessaires à l'atteinte des objectifs (apport de données, analyse, proposition, construction de documents et outils)
- Informe des difficultés de conception du projet et anticipe sa mise en oeuvre

CHEF de PROJET SSP

- **Mandat de la cheffe de projet SSP:**
- Organise et coordonne le travail des équipes de projet
- Transmet les informations nécessaires aux différents groupes et accompagne les équipes de projet
- Etablit les données à transmettre au groupe de référence, et au COPIL
- Informe les groupes de travail des propositions du groupe de référence et des décisions prises par le COPIL

EQUIPE PROJET

- **Mandat de l'équipe de projet:**
- analyse les structures en place dont elle est la représentante, notamment par l'obtention de statistiques en temps réel
- sonde et travaille de façon locale avec les structures dont elle est la représentante sur des projets annexes (réorganisation interne par ex)
- informe les structures dont elle est la représentante de l'avancement du projet et travaille l'implémentation du changement de façon locale.

Construction du projet (01.02.2015 → 30.04.2016)

- **Analyse de 110 LS pour identifier patient hosp**
 - 60% SPCD, 21% troubles psychotiques, 12% troubles thymiques
- **Fusion de 2 unités existantes et calcul dotation**
 - Mutualisation des ressources, plus grande transversalité
- **Création de documents projet inédit: suivi signes et symptômes, demande intervention, financement, création d'indicateurs spécifiques**
 - Cf <https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/pour-les-professionnels/supaa-dispositif-pilote-de-dispensation-de-soins-aigus-en-ems-et-en-cms-souffrant-de-decompensation-psychique/ems-supaa/>

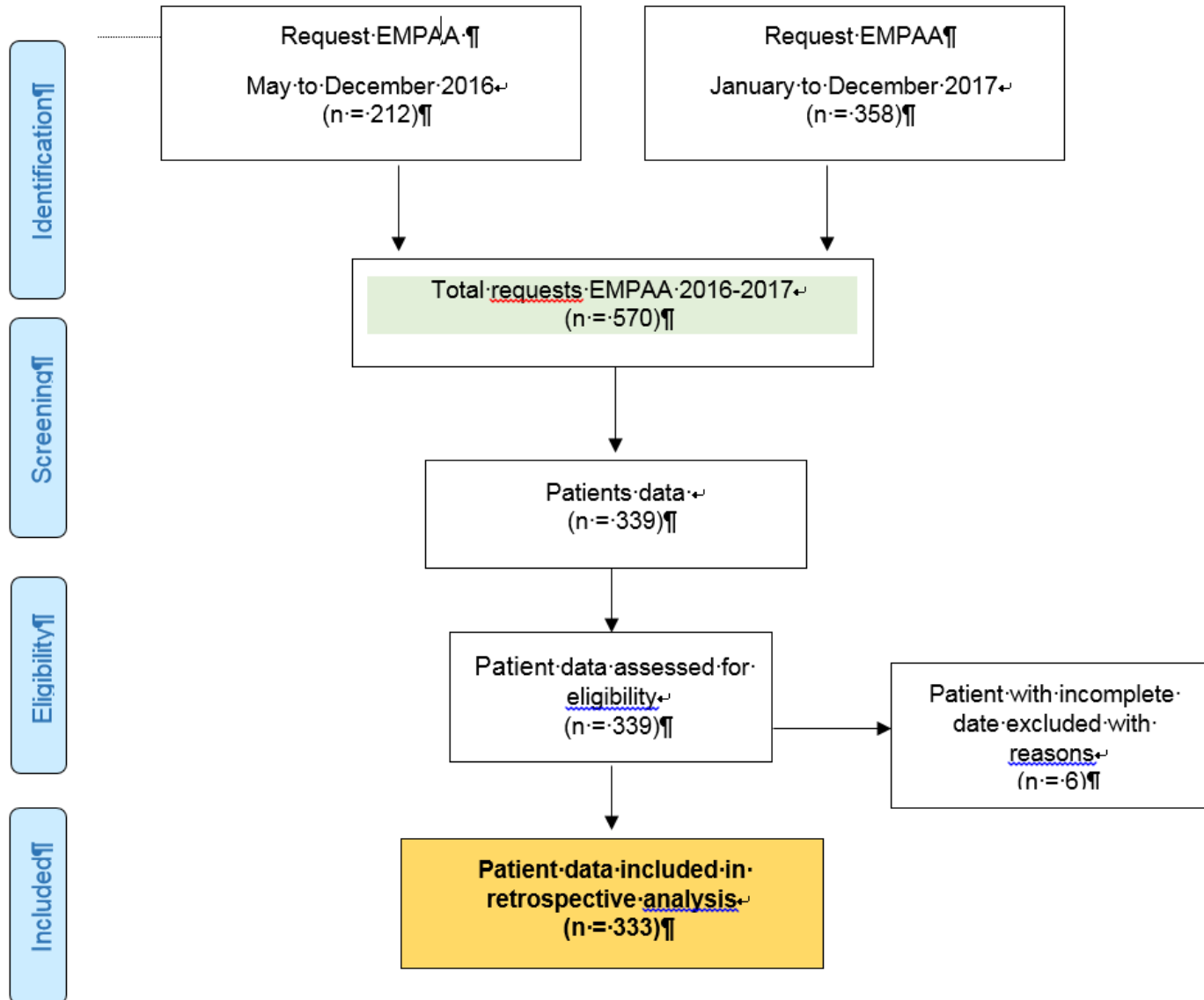
Opérationnalisation du projet (01.05.2016 → ce jour)

- **Lancement de l'EMPAA au 01.05.2016**
 - Communication sur le plan cantonal
 - Mise en place des outils de monitoring interne et externe
- **Adaptation de la structure projet avec simplification**
- **1^{ers} constats:**
 - Réduction durée de séjour, augmentation de la part de patient adressés par EMPAA (9 → 19%)
 - Augmentation nb nouveaux cas (171 → 197)

Analyse des données sociodémographiques et cliniques

- **Design: rétrospective des données cliniques patients**
- **Inclusion:**
 - Dossier médico-infirmier complet + lettres de sortie
 - Demande d'intervention de crise par le médecin traitant/infirmière responsable
 - Personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile ou en EMS/EHPAD
 - Période de avril 2016 à décembre 2017
- **Extraction des données: une feuille d'extraction standardisée**
- **Analyse: SPSS® 25.0**

Diagramme de flux sélection des données



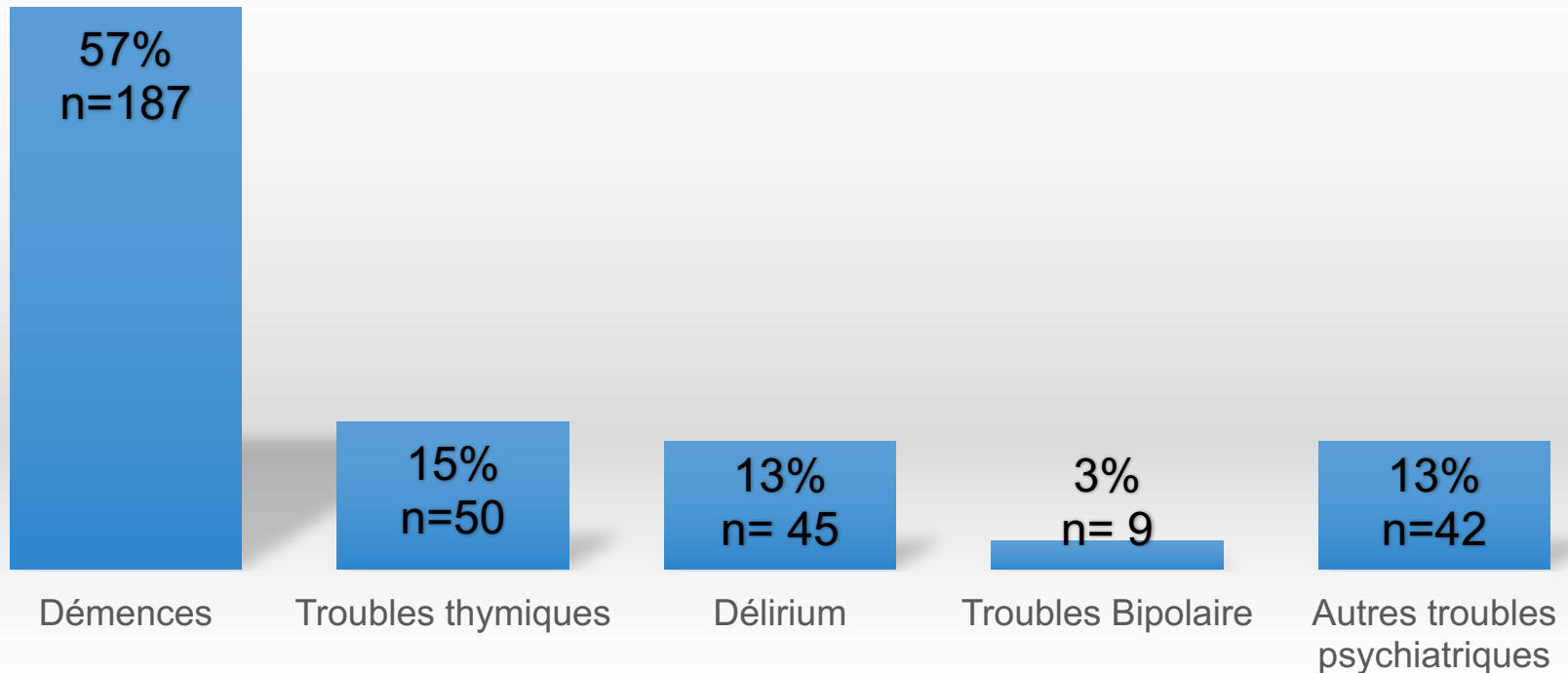
Résultats

Données sociodémographiques des patients âgés (n=333)

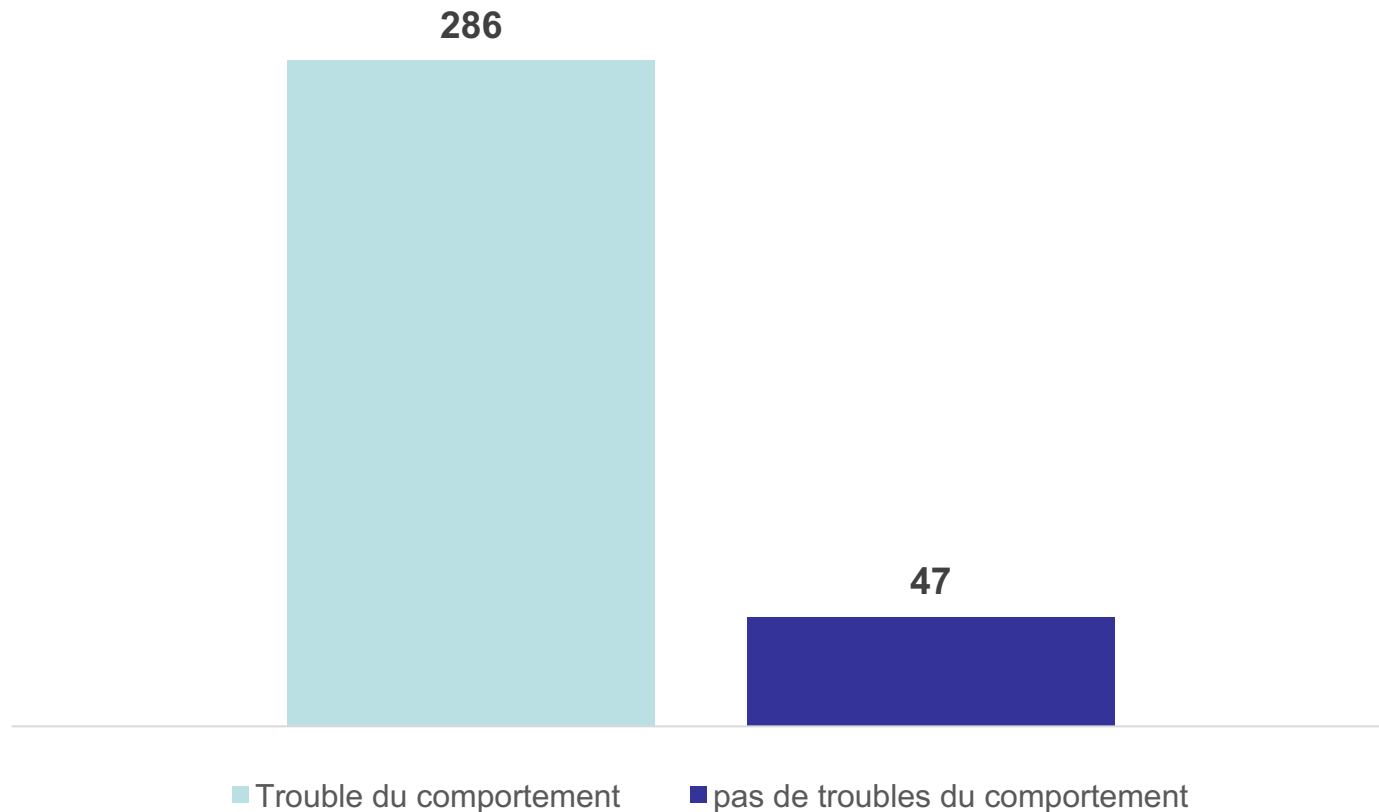
<i>Données</i>	<i>2016 (n=97)</i>	<i>2017(n=236)</i>	<i>p-value</i>
Âge			
<i>Moyen (±)</i>	83.9 (6.7)	82.5 (8.8)	0.146
<i>Min - Max</i>	66 - 100	54 - 101	
Sexe			
<i>Femme (%)</i>	74 (76%)	159 (67%)	0.116
<i>Homme (%)</i>	23 (24%)	77 (33%)	
Lieu de consultation			
<i>EHPAD/EMS (%)</i>	40 (41%)	96 (41%)	0.382
<i>Domicile (%)</i>	55 (57%)	127 (54%)	
<i>Hôpital/Clinique (%)</i>	2 (2%)	13 (5%)	

État de santé des patients bénéficiant de l'EMPAA (n=333)

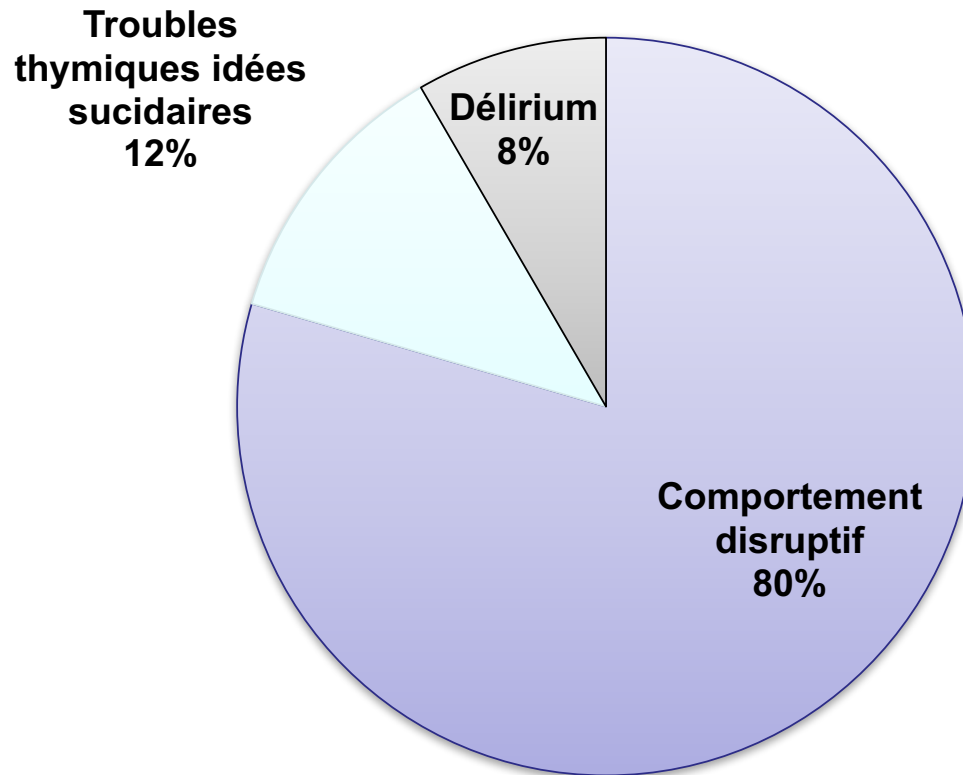
Diagnostic primaire des patients âgés



Raisons pour faire appel à l'EMPAA (n=333)



Troubles du comportement (n=286)



Données cliniques sur l'activité de l'EMPAA (n=333)

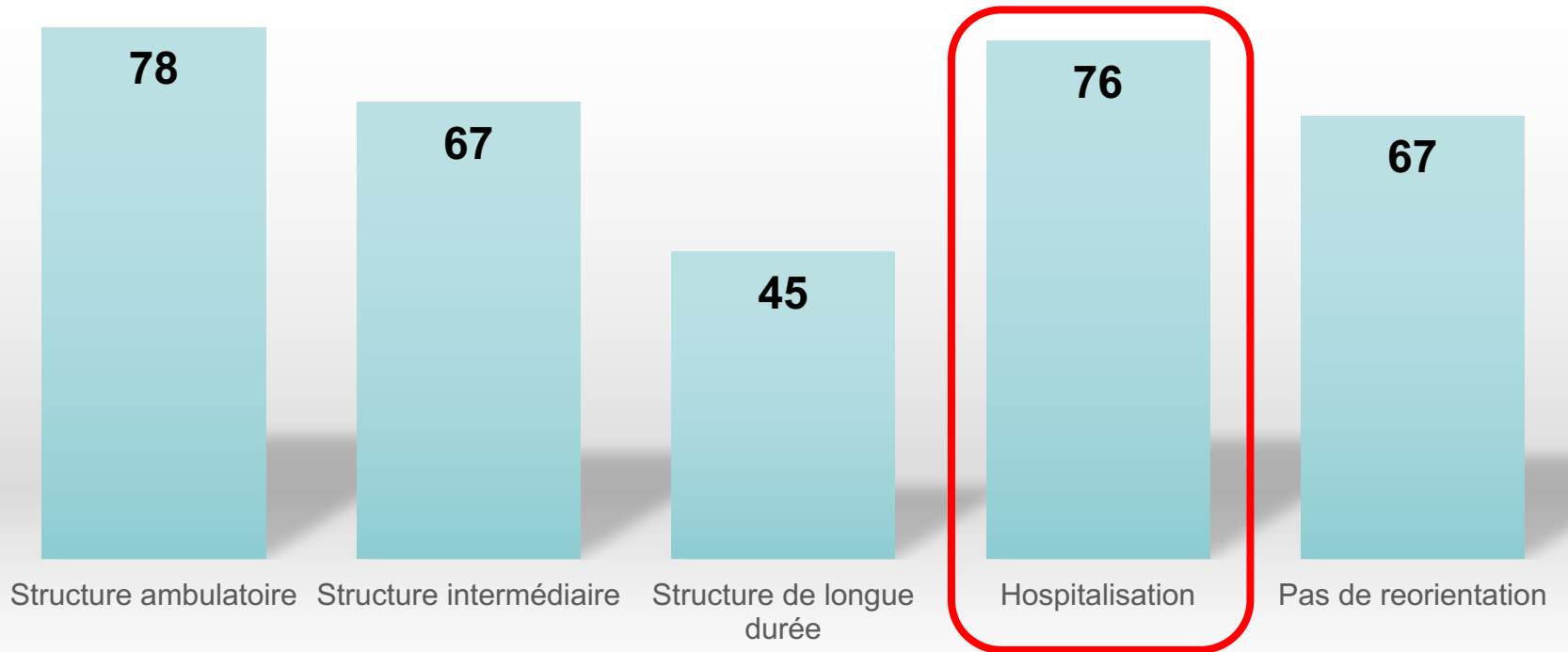
- **Nombre d'interventions auprès l'échantillon: 883**
 - Min. 1 – Max. 17
 - Pour 2016 – 2017: moyenne de 2.7 interventions/situation (ET= 2.6; médiane 2.0).
 - Pas de différence significative entre H et F ($p= 0.218$)
 - Lieu intervention ($p= 0.615$)
 - Troubles du comportement et pas de troubles du comportement ($p= 0.261$).
- **Différence significative entre 2016 et 2017 (3.6 versus 2.3; $p < 0.001$)**



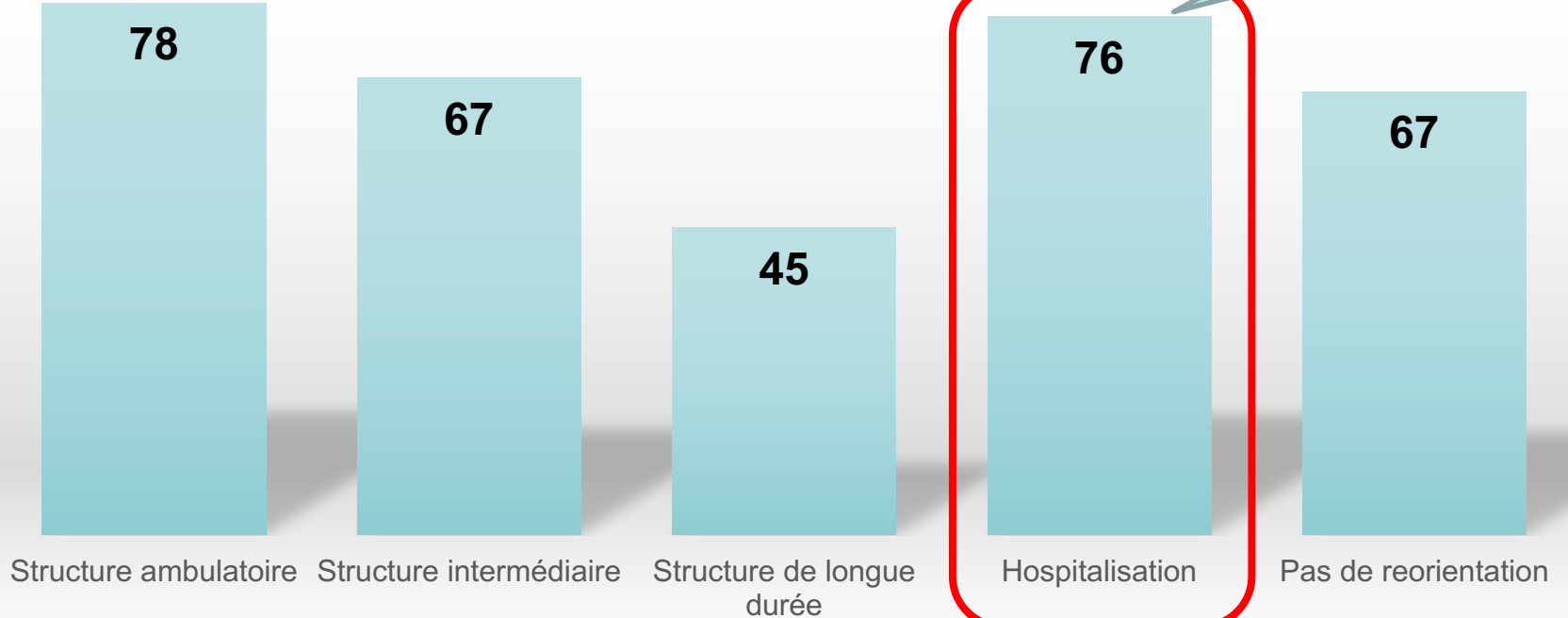
Approches thérapeutiques par l'EMPAA

Therapeutic approaches	CHC /domiciliary	Nursing homes	clinics	Total	p- value	Challenging behavior	Non challenging behavior	p-value
Non-pharmacologique								
Sensorial interventions	4	2	0	7	<0.000*	7	0	0.235
Structured activities	27	15	2	44		41	3	
Physical activities	0	2	0	0		2	0	
Social contacts	3	2	0	5		2	3	
Environmental interventions	1	5	0	6		6	0	
Behavior therapy	22	49	5	76		66	10	
Reinforce medical and nursing care	68	14	3	85		72	13	
Psychotherapeutic therapy	27	15	1	43		39	4	
None	30	30	4	64	50	14		
Pharmacologique								
Anti-dementia drug	1	0	0	1	0.525	1	0	0.004*
Introduction /adaptation Anti-depressants	15	9	1	25		21	4	
Introduction /adaptation Antipsychotics	108	91	10	189		191	16	
Introduction /adaptation Mood stabilizers	4	2	1	7		7	0	
Introduction /adaptation Benzodiazepines	0	2	0	2		2	0	
No prescription proposed	54	32	3	89		64	23	
Approche globale échantillon n=333								
Non pharmacological approaches	30	11	1	42	0.184	31	11	0.006*
Pharmacological treatment	7	11	2	20		18	2	
Non pharmacological and pharmacological proposition	122	94	10	226		205	21	
No proposition ^c	23	20	2	45		32	13	

Orientations proposées par EMPAA (n=333)



Orientations proposées par EMPAA (n=333)



N= 76

- 27 EHPAD/EMS
- 47 à domicile
- 2 Hôpital / Clinique
($p= 0.837$)

Perspectives et conclusion

- **Pérennisation du modèle de l'EMPAA** (fin période projet au 30.06.2018)
- **Déploiement du modèle de l'EMPAA au niveau cantonal (Vaud)**
- **Rapport en cours d'écriture, et publication scientifique en lien pour enrichir la littérature.**

Merci de votre attention