



Agence nationale de l'évaluation  
et de la qualité des établissements  
et services sociaux et médico-sociaux

**Enquête nationale**  
**Unités d'Hébergement Renforcé (UHR)**  
**2016**  
---  
**Analyse des résultats**

## Avant-propos - Présentation de l'enquête nationale unité d'hébergement renforcée (UHR) 2016

Qu'est-ce qu'un dispositif UHR?

Les objectifs de l'enquête nationale

La méthodologie de l'enquête

Caractéristiques générales des établissements ayant répondu à l'enquête

Chapitre 1. Les personnes accueillies en UHR.....	10
I. Profil des résidents .....	10
II. Provenance des résidents .....	11
III. Evaluation des résidents à l'entrée.....	14
IV. Caractéristiques des séjours en 2015.....	18
Chapitre 2. L'organisation des partenariats internes et externes.....	20
I. Les moyens en personnels .....	20
II. Adéquation des moyens humains avec les missions de l'UHR.....	24
III. Les risques professionnels rencontrés par les équipes .....	25
IV. Coordination interne et partenariats .....	28
Chapitre 3. L'accompagnement thérapeutique .....	32
I. Traitements médicamenteux .....	32
II. Les interventions thérapeutiques non médicamenteuses.....	40
Conclusion .....	45
Synthèse des principaux sigles .....	47
Annexe 1 : questionnaire sur le dispositif .....	48
Annexe 2 : tableaux de répartition des résidents par tranches d'âges et par sexe .....	59
Annexe 3 : Evolution de prescription médicamenteuse entre le moment de l'arrivée et le jour de l'enquête (hypnotique et neuroleptique) .....	60
Annexe 4 : Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.....	62
Conduite des travaux.....	64

## Avant-propos - Présentation de l'enquête 2016 sur les Unités d'Hébergement Renforcé (UHR)

### Qu'est-ce qu'un dispositif UHR?

Issues du Plan Alzheimer 2008-2012, les UHR correspondent initialement à des dispositifs d'accompagnement spécifiques développés au sein de certains Ehpad ou Etablissements de soins de longue durée (ESLD)<sup>1</sup>. Les UHR ont pour objectif d'améliorer l'accueil et l'accompagnement **des résidents souffrant de symptômes psycho-comportementaux sévères consécutifs d'une maladie neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel, qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents**<sup>2</sup>. Un cahier des charges spécifique aux UHR<sup>3</sup> a été élaboré en 2009. Le contenu de ce cahier des charges était en cours jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 2016 pour les UHR adossées à des Ehpad (structures médico-sociales). Depuis, les UHR s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par l'Anesm<sup>4</sup>. Ces recommandations ont été élaborées pour répondre à la mesure 27 de l'axe 1 du Plan Maladies Neuro-dégénératives<sup>5</sup> (PMND) qui prévoit la poursuite du déploiement<sup>6</sup> de l'accueil en Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) et d'inscrire cette offre au sein des filières de soins et d'accompagnement de « droit commun ».

L'objectif de cet accueil et de cet accompagnement est de diminuer les troubles psycho-comportementaux des personnes accueillies et de limiter le recours aux psychotropes et aux neuroleptiques<sup>7</sup> en proposant un accueil et des activités adaptées afin que la personne, une fois les symptômes psycho-comportementaux réduits, puisse revenir au sein de son lieu d'hébergement

<sup>1</sup> Les ESLD sont des structures sanitaires

<sup>2</sup> Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. (cf. annexe 3)

<sup>3</sup> Direction Générale de l'Action Sociale. *Cahier des charges relatifs aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en ESLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement*. Paris : Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, ministère de la Santé et des Sports, 2009.

<sup>4</sup> Anesm. *L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en unité d'hébergement renforcé (UHR)*. Saint Denis : Anesm, 2017. Téléchargeable sur [www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr).

<sup>5</sup> Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. *Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019*. Paris: Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2014. Mesure 27 : *Poursuivre et renforcer le déploiement des unités d'hébergement renforcé (UHR) en Ehpad et inscrire cette offre au sein des filières de soins et accompagnement « de droit commun »*

<sup>6</sup> 68 nouvelles Unités d'hébergement renforcé (UHR) devraient être créées d'ici la fin du Plan (annonce de la secrétaire d'État aux personnes âgées Laurence Rossignol lors des 9<sup>e</sup> rencontres organisées à Paris par l'Association France Alzheimer et maladies apparentées, 8 décembre 2015).

<sup>7</sup> Cf. HAS. *Le programme AMI (Alerte Maîtrise Iatrogénie) Alzheimer - Programme Pilote*. Octobre 2010. [en ligne] : « Les troubles du comportement perturbateurs - cris, agitation, agressivité, déambulation, hallucinations, opposition, troubles du rythme veille sommeil - très fréquents dans cette maladie, constituent la situation la plus fréquente de prescription de neuroleptiques chez ces patients. Or, les données disponibles aujourd'hui montrent que pour 1.000 personnes traitées par neuroleptiques pour troubles du comportement pendant 12 semaines, on observe :

- 91 à 200 patients seulement avec diminution des troubles du comportement
- 10 décès supplémentaires
- 18 accidents vasculaires cérébraux dont la moitié sévères
- 58 à 94 patients avec des troubles de la marche

(...) Un programme spécifique pour la prévention chez le malade Alzheimer de la iatrogénèse liées aux neuroleptiques est développé par la HAS, les professionnels de santé et l'ensemble des partenaires en santé dans le cadre du Plan Alzheimer. »

< [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_891528/fr/le-programme-ami-alerte-maitrise-iatrogenie-alzheimer-programme-pilote](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_891528/fr/le-programme-ami-alerte-maitrise-iatrogenie-alzheimer-programme-pilote) >

[consulté le 01/08/2016]

initial ou au sein d'un établissement adapté.

### Les objectifs de l'enquête nationale UHR 2016

Cette enquête dresse un état des lieux national des caractéristiques des UHR. L'objectif est d'avoir une meilleure connaissance des modes de fonctionnement des UHR en place et des publics accueillis.

**Le premier objectif** est de mieux connaître les parcours d'accompagnement et de soins des résidents accueillis en amont et en aval de l'UHR<sup>8</sup>.

**Le deuxième objectif** de l'enquête est de recueillir les difficultés éventuelles que rencontrent les UHR au regard des indications et des modalités de fonctionnement prévues dans le cahier des charges initial (2009)<sup>9</sup> notamment concernant les problématiques architecturales, les interventions non médicamenteuses.

### La méthodologie de l'enquête

Cette enquête a été élaborée par l'équipe projet du secteur Personnes Agées de l'Anesm en collaboration avec l'équipe du Professeur Claude Jeandel du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier. Elle est fondée sur l'exploitation d'un questionnaire<sup>10</sup>.

Les directeurs et leurs équipes UHR ont été interrogés sur :

- Le profil de l'établissement (caractéristiques des locaux, moyens en personnels),
- Les caractéristiques des séjours en 2015 (entrées et sorties des résidents en 2015),
- Les « caractéristiques » des 10 dernières personnes accueillies et présentes depuis plus de 2 mois (âge, date d'entrée, provenance, nature du diagnostic, traitements médicamenteux, activités non médicamenteuses pratiquées la semaine précédant l'enquête, etc.)

Les UHR ouvertes identifiées dans la base FINESS<sup>11</sup> ont été contactées par mail. Le remplissage du questionnaire s'est effectué via l'application SOLEN entre le 10 juin et le 14 juillet 2016. Ainsi, 191 mails ont été envoyés (127 à des établissements du secteur médico-social et 64 à des établissements du secteur sanitaire) et 110 réponses ont été collectées (soit un taux de participation légèrement inférieur à 60%).

L'ensemble des sorties statistiques a fait l'objet de test d'inférence (Khi 2 de Bravais Pearson, Test T de Student, Analyse de la variance). Tous les résultats présentés dans le rapport sont statistiquement significatifs au seuil minimal de 5%.

---

<sup>8</sup> Les résultats de cette enquête viennent enrichir les recommandations de bonnes pratiques élaborées par l'Anesm sur « *L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en UHR* ». (2017) Pour rappel ces recommandations sont à destination des professionnels qui interviennent au sein de ces unités implantées au sein des Ehpad et ESLD. L'objectif est d'inscrire cette offre au sein des filières de soins et d'accompagnement des personnes âgées, dans une logique de parcours de vie.

<sup>9</sup> DGAS. *Cahier des charges relatifs aux PASA et UHR*, op. cit.

<sup>10</sup> FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux

<sup>11</sup> cf. annexe 1 - questionnaire

## Répartition des répondants par catégorie de structure :

Structures	Ensemble des UHR		UHR répondantes	
	Nbre de structures	%	Nbre de structures	%
Médico-social (EHPAD)	127	66%	72	65%
Dont public hospitalier			dont 51	
Dont Autres Ehpads			dont 21	
Sanitaire (ESLD - ex USLD)	64	34%	38	34%
Total	191	100%	110	100%

Les structures répondantes sont représentatives de la répartition par secteur de l'ensemble des UHR en France. Ainsi, les 2/3 des UHR répondant à l'enquête relèvent du secteur médico-social et 1/3 du secteur sanitaire.

## Caractéristiques générales des établissements ayant répondu à l'enquête

### Le degré de dépendance

Les UHR répondantes à l'enquête ont un Gir Moyen Pondéré (GMP) validé de 786 et un Pathos Moyen Pondéré (PMP) validé de 288. En 2013, selon l'étude CREA-ORS<sup>12</sup>, le GMP au sein de ces structures étaient de 770 et le PMP de 267. En Ehpads, selon l'enquête nationale Bienveillance 2015 de l'Anesm<sup>13</sup> réalisée auprès d'un échantillon représentatif d'Ehpads en 2015 (3229 établissements), le GMP validé est de 708 et le PMP validé de 196.

**Il en résulte que les résidents d'UHR sont plus dépendants que la moyenne des résidents accueillis en Ehpads et le PMP et le GMP ont augmenté entre 2013 et 2015.**

<sup>12</sup> LEDESERT, B., RUIZ, I. Analyse statistique des données issues des rapports d'activité des établissements et services médico-sociaux activité 2013. Montpellier : CREA-ORS Languedoc-Roussillon, septembre 2014.

<sup>13</sup> Anesm. Enquête relative au degré de déploiement des pratiques professionnelles concourant à l'amélioration de la qualité de vie (bienveillance) dans les Ehpads. Saint-Denis : Anesm, 2015. Téléchargeable sur [www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)

## Le statut juridique

Les structures porteuses d'UHR se distinguent par leur statut juridique<sup>14</sup>.

Les 3/4 des structures accueillant une UHR sont des structures publiques hospitalières contre 22% au niveau national. Cela s'explique en partie par une sur-représentation des ESLD parmi ces structures. Ce sont aussi ces structures qui ont la plus grande capacité d'accueil.

### Ensemble des UHR selon le statut de l'Ehpad ou ESLD attenant en France métropolitaine ayant répondu à l'enquête :

Statut juridique des établissements répondants (Ehpad / ESLD)	Effectif	Répartition dans l'enquête	Répartition nationale
Public hospitalier	72	76%	22%
Public non hospitalier	5	5%	27%
Privé non lucratif	17	16%	29%
Privé lucratif	4	4%	21%

- **Capacité d'accueil :**

En moyenne, par établissement accueillant des UHR, la capacité totale est de 188 lits. Cela est nettement supérieur à ce qui est observé dans l'ensemble des Ehpad où la moyenne est de 77 lits<sup>15</sup>.

En moyenne, **15 personnes sont accueillies** en UHR par établissement, tout statut confondu<sup>16</sup>. Cela est conforme au cahier des charges initial des UHR<sup>17</sup>.

Cependant :

- ✓ 19% des UHR répondantes ont plus de 15 places soit 19 structures ;
- ✓ 81% des UHR répondantes ont moins de 15 places soit 80 structures.

Parmi ceux-là :

- ✓ 5% des établissements ont plus de 20 places ;
- ✓ 4% des établissements ont au maximum 10 places.

<sup>14</sup> Pour rappel, il existe 4 catégories d'Ehpad : les Ehpad publics (hospitaliers, non hospitaliers) et les Ehpad privés (à but lucratif et non lucratif).

<sup>15</sup> Ministère de l'Économie et des Finances, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. *Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 (EHPA 2011). Premières données, juillet 2013.* 5 p. [en ligne].

< <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa> > [consulté le 1<sup>er</sup> août 2016]

<sup>16</sup> cf. Gérontopôle, Hôpitaux de Toulouse. *Unités spécifiques Alzheimer en Ehpad et prise en charge des troubles sévères du comportement.* Toulouse : Gérontopôle, 2008. « *Les unités de petite taille permettent d'éviter la sur-stimulation entre des résidents trop nombreux, de favoriser les interactions sociales et de créer du lien entre les patients. Il n'existe aucune donnée concernant la taille idéale d'une unité spécifique Alzheimer mais des travaux ont montré que l'agitation des patients était inférieure dans les petites unités (Sloane, Mitchell et al. 1998). Selon le groupe de travail, la capacité d'accueil ne peut excéder 14 résidents.* »

<sup>17</sup> Élément repris dans les recommandations de l'Anesm : *L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en unité d'hébergement renforcé (UHR), op. cit.*

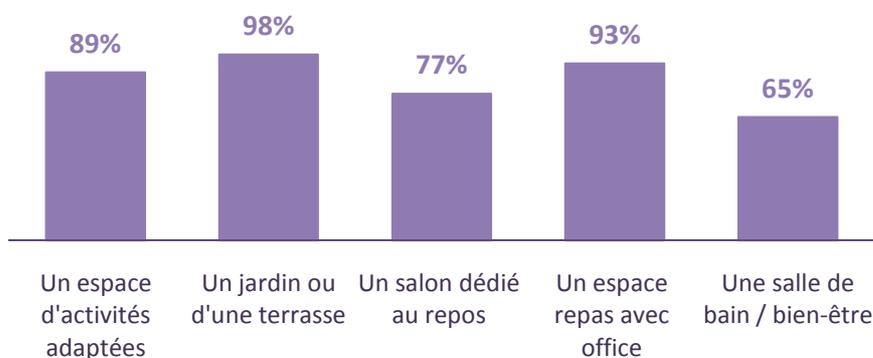
Lorsque la structure porteuse est un ESLD, 64% des UHR ont plus de 15 places. C'est le cas pour 25% des Ehpad public hospitalier avec UHR et 11% pour les autres Ehpad. **Ce sont donc au sein des ESLD, que le nombre de résidents accueillis est le plus souvent supérieur à 15.**

- **Les caractéristiques architecturales :**

L'environnement architectural est le support du projet de soin et d'activités adaptées en UHR. Le décret spécifie même que « *La conception architecturale de l'unité vise à favoriser un environnement convivial et non institutionnel de façon à protéger le bien-être émotionnel et réduire l'agitation et l'agressivité des résidents* »<sup>18</sup>. Pour autant les contraintes architecturales avaient été un frein identifié à l'issue du Rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012, il était fait état à propos des UHR que « *La non-réalisation des objectifs quantitatifs est en partie liée à un financement peu incitatif et un cahier des charges trop exigeant vis-à-vis en particulier des conditions architecturales. La mission a, en effet, pu constater que les ARS ont eu plus de difficultés à labelliser les UHR sanitaires que les UHR médico-sociales essentiellement pour des questions de bâti et de financement.* »<sup>19</sup>

Dans l'ensemble, les UHR bénéficient toutes d'un jardin ou d'une terrasse, d'espace pour le repas et un espace pour des activités adaptées. Par contre, elles n'ont pas toutes à disposition un salon dédié au repos et encore moins fréquemment une salle de bain bien-être.

### Les infrastructures disponibles dans l'UHR



- **Les dispositifs de protections individuelles**

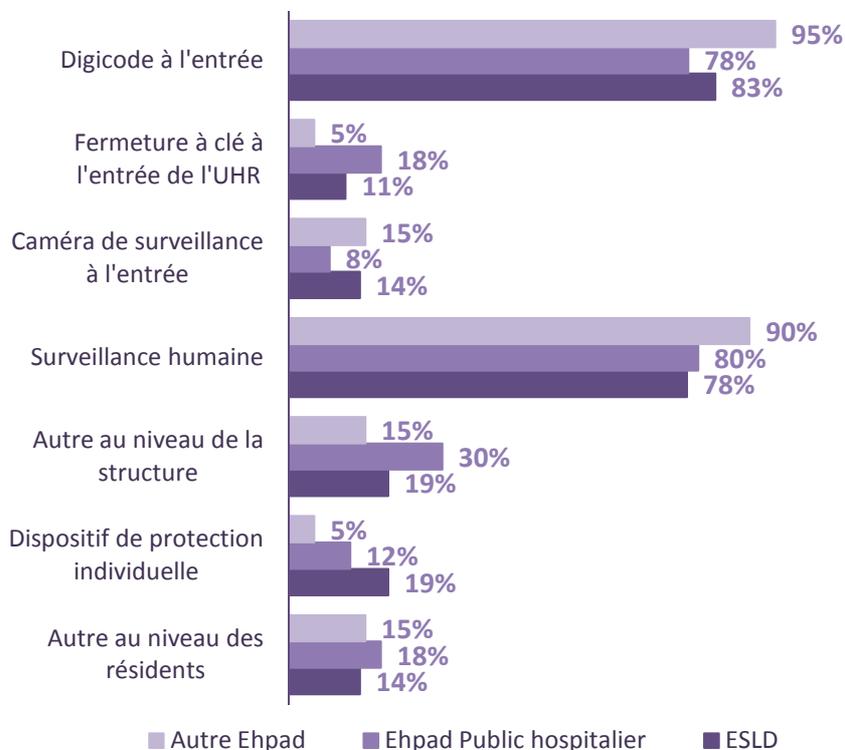
Le cahier des charges des UHR stipule que « *la sécurité des résidents est assurée en premier lieu par l'attention du personnel. Elle est par ailleurs facilitée par la conception architecturale de l'unité de vie*

<sup>18</sup> Ibid.

<sup>19</sup> ANKRI J. et al. *Rapport d'évaluation du Plan Alzheimer*. Paris : ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2013.

qui évite le sentiment d'enfermement.»<sup>20</sup> Les moyens de sécurisation des locaux sont majoritairement le digicode à l'entrée et la surveillance humaine. En particulier, ils sont fréquemment mis en place dans les Ehpad non hospitaliers.

### Les moyens de sécurisation des locaux

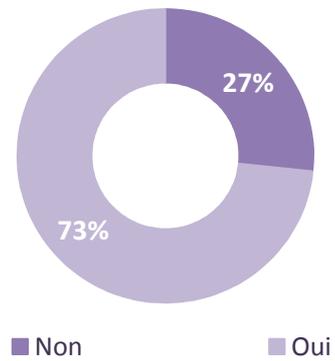


Les caméras de surveillance, les dispositifs de protection individuelle et les fermetures à clé à l'entrée de l'UHR ne sont pas des moyens de sécurisation fréquemment employés. On note cependant que près de 20% des ESLD mettent en place un dispositif de protection individuelle. 18% des Ehpad publics hospitaliers ferment à clé l'entrée de l'UHR. Les autres dispositifs de sécurité relevés dans les UHR sont le portail ou le jardin sécurisés, le badge, le bouton poussoir, les fenêtres sécurisées, le trombinoscope.

**Cependant, pour plus d'1/4 des responsables d'UHR, les locaux ne sont pas en adéquation avec les besoins des personnes accueillies.**

<sup>20</sup> Direction Générale de l'Action Sociale. *Cahier des charges relatifs aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement, op. cit.*

## Adéquation des locaux aux besoins des personnes accueillies



Les raisons pour lesquelles les locaux ne sont pas en adéquation avec les besoins des résidents sont essentiellement dues au manque d'espace intérieur pour les activités (46%) et aux espaces extérieurs jugés mal adaptés (35%) ou insuffisamment sécurisés (19%).

## Chapitre 1. Les personnes accueillies en UHR

Selon le cahier des charges en vigueur au moment de l'enquête,

« Les UHR hébergent des résidents :

- souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, compliquée de symptômes psycho-comportementaux sévères qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents,
- dont l'évaluation et le bilan des symptômes auront été réalisés à l'aide du NPI-ES<sup>21</sup> et, en cas d'agitation, de l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield. »<sup>22</sup>

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2016, le fonctionnement des UHR du secteur médico-social est défini par le décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la population cible doit répondre aux critères suivants : « **L'unité d'hébergement renforcé héberge des résidents souffrant de symptômes psycho-comportementaux sévères consécutifs d'une maladie neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel, qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents.** » Désormais, les critères d'éligibilité à l'UHR sont précisés dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm.<sup>23</sup>

### I. Profil des résidents

Les UHR étaient invitées dans cette enquête à remplir une fiche individuelle **pour les 10 derniers résidents accueillis et présents depuis plus de 2 mois.**

- Répartition des résidents selon le sexe :

**Sur un total de 88 UHR répondantes, 842 fiches ont pu être exploitées** (79 UHR ont rempli les 10 fiches, 9 n'en ont rempli qu'une partie et 23 n'en ont rempli aucune).

L'enquête fait apparaître les résultats suivants :

- ✓ 57% des résidents accueillis sont des femmes (selon l'enquête DREES Ehpa 2011<sup>24</sup>, elle représente 74% de la population en Ehpad) ;
- ✓ 43% sont des hommes (contre 26% au sein de cette même enquête DRESS 2011).

---

<sup>21</sup> NPI-ES= Inventaire Neuropsychiatrique, version Équipe Soignante

<sup>22</sup> Direction Générale de l'Action Sociale. *Cahier des charges relatifs aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en ESLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement, op. cit., annexe 2*

<sup>23</sup> Anesm. *L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en unité d'hébergement renforcé (UHR), opt cit.*

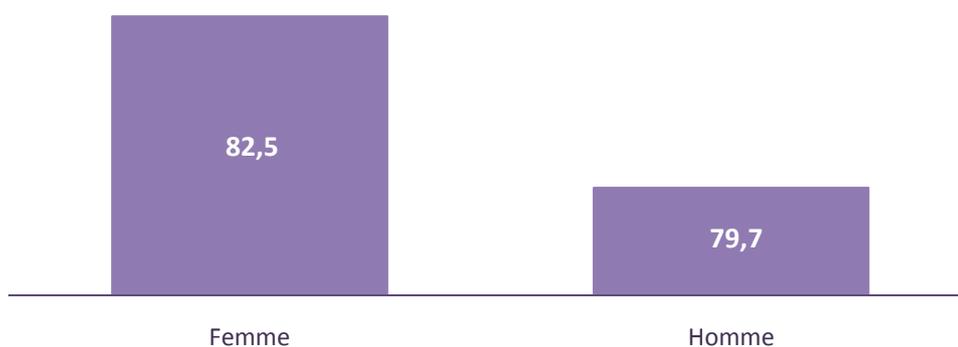
<sup>24</sup> Ministère de l'Économie et des Finances, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. *Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 (EHPA 2011). Premières données, juillet 2013, opt. cit.*

En 2013, selon l'étude CREAI-ORS<sup>25</sup> les femmes représentaient 59,4% des résidents et les hommes 40,6%. Ces structures semblent donc accueillir toujours plus d'hommes. Cela tient sans doute aux caractéristiques liées aux troubles sévères du comportement. Les actes de violence des hommes sont sans aucun doute plus difficilement gérables par les professionnels en Ehpad que les comportements violents de vieilles femmes.

Les résidents des UHR se distinguent des résidents des Ehpad avec une **sur-représentation des hommes en UHR par rapport à la population de l'ensemble des Ehpad.**

- **Répartition des résidents selon l'âge :**

### Age moyen du public accueilli en UHR selon le sexe



L'âge moyen est de 81,8 ans en UHR : 79,7 ans pour les hommes et 82,5 ans pour les femmes. L'âge moyen en Ehpad est plus de 86 ans (EHPA 2011)

Ainsi, même si les femmes restent majoritaires au sein des UHR, ces résidents se caractérisent par une proportion d'hommes plus importante qu'en Ehpad classique et sont plus jeunes que dans la population générale des Ehpad.

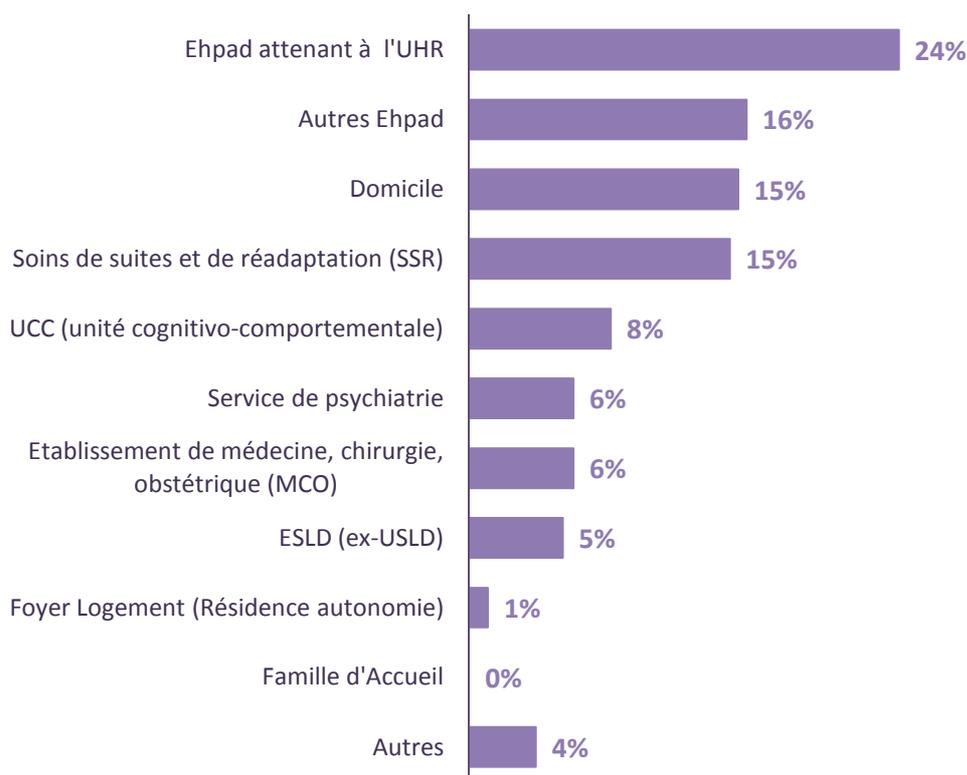
## II. Provenance des résidents

- **Lieu de provenance des résidents :**

---

<sup>25</sup> LEDESERT, B., RUIZ, I. *Analyse statistique des données issues des rapports d'activité des établissements et services médico-sociaux activité 2013, opt. cit.*

## Provenance des résidents à l'entrée en UHR



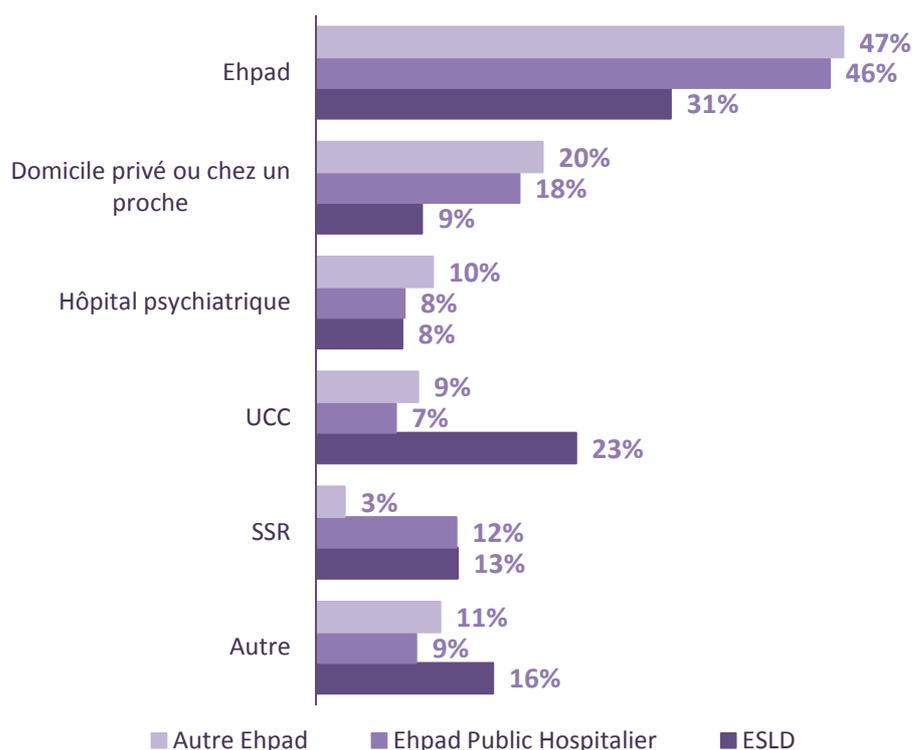
- 1/4 des résidents qui entrent en UHR proviennent de l'Ehpad attenant ;
- Environ 15 % des résidents proviennent d'un autre Ehpad, du domicile ou d'un SSR ;
- 5% des résidents qui entrent en UHR proviennent d'un ESLD.

Selon le cahier des charges initial, un bilan clinique complet doit être effectué en amont de l'entrée et de l'accueil à l'UHR. Dans notre enquête, **seulement 8 % des résidents arrivent d'une unité cognitivo-comportementale (UCC)**, alors que ces structures ont été spécifiquement créées pour des personnes souffrant de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Ces structures évaluant les troubles du comportement proposent une évaluation clinique approfondie et posent le diagnostic. D'ailleurs, ce sont les résidents provenant de SSR et d'UCC pour lesquels le diagnostic est systématiquement connu à l'entrée (99% et 98%). « *La prise en charge des patients dans cette structure (UCC) répond à une procédure basée sur une réflexion systématisée, pluridisciplinaire à partir d'une évaluation préalable globale des patients et des aidants. Pour le patient, il s'agit de déterminer le type, la fréquence et la gravité des SCPD, la pathologie cognitive sous-jacente, l'existence de troubles somatiques associés, les facteurs de déclenchement, les besoins non satisfaits du patient, son profil de personnalité, ses activités antérieures investies et son niveau socioculturel.(...) Toutes ces informations sont ensuite exploitées en commun au cours d'une réunion hebdomadaire permettant de déterminer l'approche la plus adaptée à la fois médicamenteuse et non médicamenteuse pour chaque patient.* »<sup>26</sup> Cette étude a mis en évidence l'évolution favorable des

<sup>26</sup> KOSKAS, P., BEQADI, S., MAZOUZI, S., DARAUX J., DRUNAT, O. Expérience d'une unité pilote (unité cognitivo-comportementale) spécialisée dans la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. *Revue neurologique* : 2011, volume 167, n°3, pp. 254-259.

SCPD au cours de cette prise en charge pour 80% des patients accueillis. En 2012, une étude réalisée au sein d'une UCC en 2012 a été plus loin et s'est intéressée à l'évolution des troubles au retour de la personne au sein de son milieu d'origine. « *Notre étude est la première à démontrer une évolution favorable des SCPD en milieu de vie habituel à distance de l'hospitalisation (...). Cela est primordial puisque l'objectif de l'UCC est de permettre un retour dans le domicile d'origine (y compris Ehpad) du patient*<sup>27</sup>. » Ces deux études démontrent toute la pertinence du passage en UCC ou d'une structure équivalente en amont d'une entrée en UHR.

### Provenance à l'entrée des résidents selon le type d'UHR



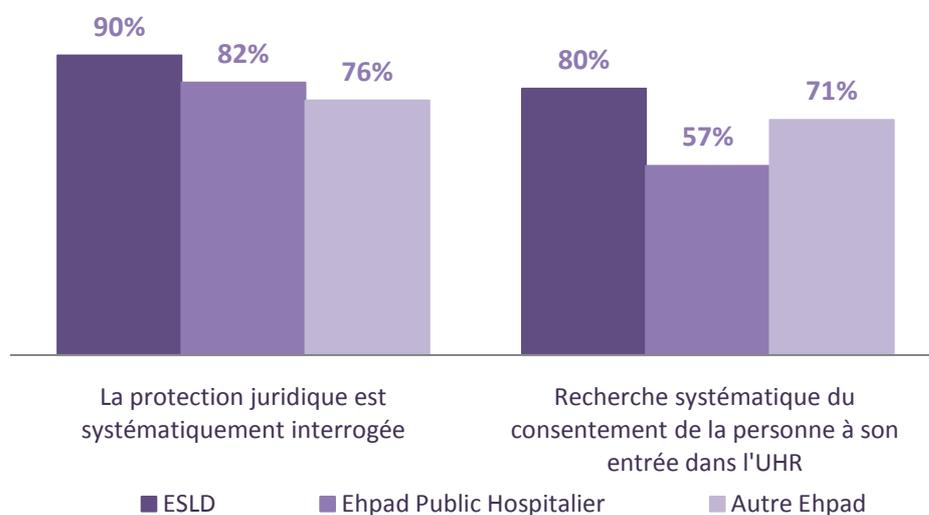
La majorité des personnes qui entrent en UHR proviennent d'un Ehpad tout statut confondu (41%). Cette tendance bien que majoritaire est moins fréquente pour les UHR dont la structure porteuse est un ESLD (31%). 23 % des personnes qui entrent dans une UHR gérée par un ESLD proviennent d'une UCC. Les résidents provenant du domicile sont **deux fois plus présents dans les UHR gérées par un Ehpad (19%)** que dans les UHR gérées par les ESLD (9%).

- **Accueil et évaluation initiale :**

Dans une grande majorité des situations la protection juridique ainsi que le consentement sont recherchés à l'entrée des résidents.

<sup>27</sup> DELPHIN-COMBE, F. *et al.* Efficacité d'une unité cognito-comportementale sur les symptômes psychologiques et comportementaux des démences. *Revue neurologique* : 2013, volume 169, n°6-7, pp. 490-494.

## Recherche du consentement et de la protection juridique à l'entrée des résidents en UHR



Malgré tout, il existe des disparités importantes en fonction du statut de l'UHR quant à la recherche du consentement. Si l'enquête Nationale Bienveillance en Ehpads réalisée en 2015 par l'Anesm<sup>28</sup> révèle que le consentement lors de l'accueil a été recueilli pour 83% des nouveaux résidents en moyenne pour tous les Ehpads, elle est nettement plus faible pour les résidents en UHR accueillis en Ehpads public hospitalier. Ce sont les ESLD qui interrogent le plus la protection juridique et recherchent le plus le consentement de la personne.

### III. Evaluation des résidents à l'entrée

Le cahier des charges initial précisait que « *le diagnostic doit être posé au préalable, que l'annonce soit faite, que le consentement ait été recherché activement et que l'évaluation des troubles du comportement ait été réalisée* »<sup>29</sup>, en complément d'une évaluation et d'un bilan des symptômes, réalisés à l'aide du NPI-ES et, en cas d'agitation, de l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield.

Cette nécessaire évaluation est rappelée dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm<sup>30</sup>.

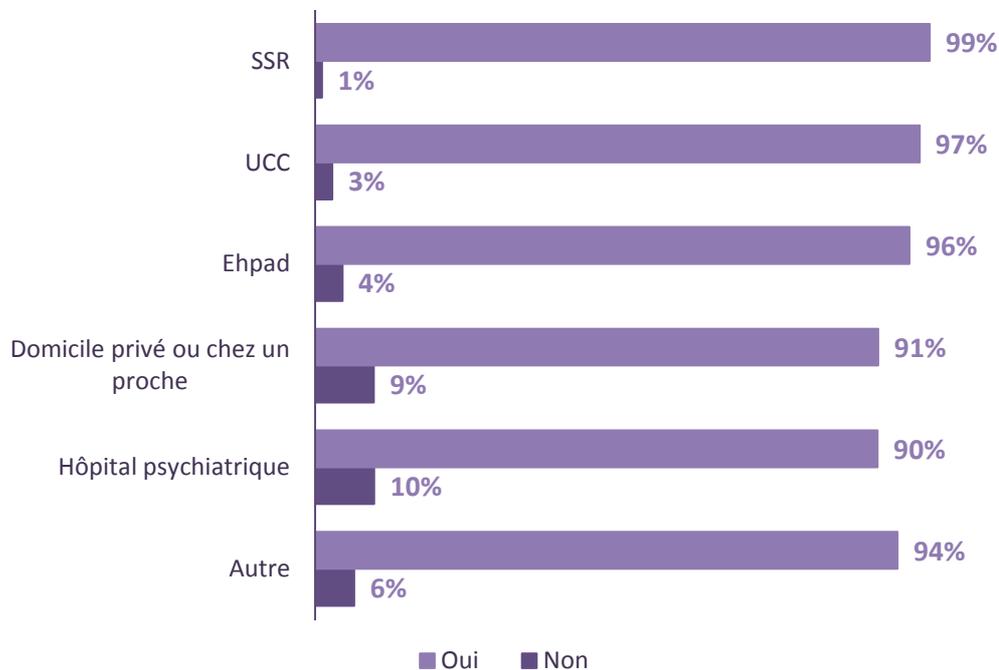
<sup>28</sup> Anesm. *Enquête relative au degré de déploiement des pratiques professionnelles concourant à l'amélioration de la qualité de vie (bienveillance) dans les Ehpads*, op. cit.

<sup>29</sup> DGAS. *Cahier des charges relatifs aux PASA et UHR*, op. cit.

<sup>30</sup> Anesm. *L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en unité d'hébergement renforcé (UHR)*, op. cit.

- **Diagnostic posé à l'entrée du résident en UHR et nature du diagnostic**

### Existence d'un diagnostic à l'entrée selon la structure de provenance

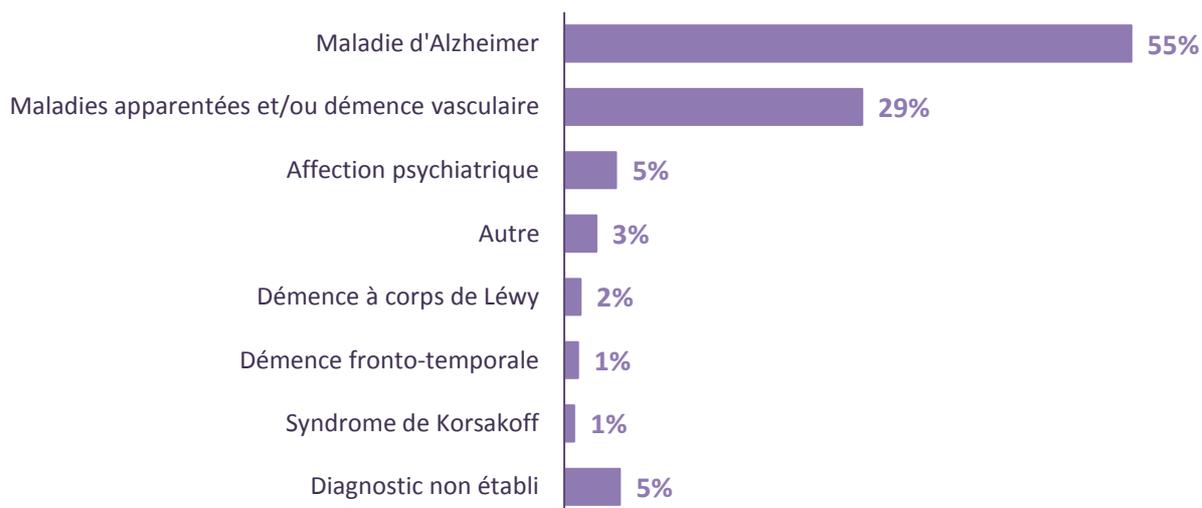


Pour 93,5 % des résidents accueillis en UHR, le diagnostic est établi à l'entrée, quelle que soit la structure de provenance.

La quasi-totalité des résidents qui proviennent d'un établissement de soins de suite et réadaptation (SSR) ont un diagnostic à l'entrée en UHR et ce taux reste très élevé pour les résidents provenant d'une UCC et d'un Ehpad.

Pour les résidents venant de l'hôpital psychiatrique ou du domicile, le diagnostic à l'entrée est le moins fréquemment établi (respectivement 90% et 91%). Ce n'est d'ailleurs pas le parcours recommandé.

## Diagnostic au moment de l'entrée en UHR



Le diagnostic de maladie d'Alzheimer est posé pour 55% des résidents entrants. Pour les autres, dans presque 30% des cas, les résidents souffrent de maladies apparentées ou de démences vasculaires<sup>31</sup>.

Les résidents accueillis correspondent donc bien au profil des résidents ciblés par le cahier des charges<sup>32</sup> initial à l'exception de quelques résidents qui présentent une affection psychiatrique, cette catégorie de pathologie n'entrant pas dans le champ de la prise en charge en UHR. Pour autant, ces résidents porteurs d'affection psychiatrique souffrent peut-être aussi de démence. Ces cas sont complexes et nécessitent une coordination avec les services de psychiatrie.

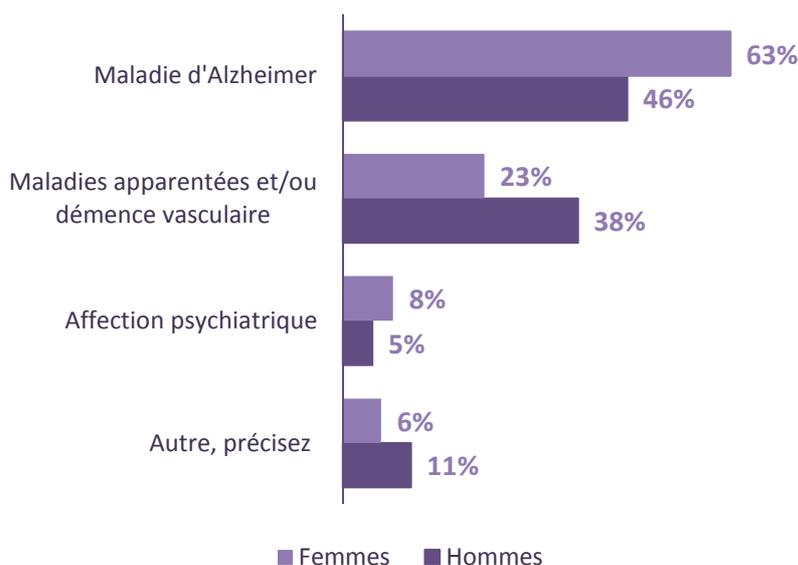
- **Diagnostic selon le sexe du résident :**

---

<sup>31</sup> Selon l'enquête CREA-ORS 2013 (DESERT, B., RUIZ, I. *Analyse statistique des données issues des rapports d'activité des établissements et services médico-sociaux activité 2013*, op. cit.). les résidents accueillis en UHR souffraient majoritairement de maladie d'Alzheimer (58%) mais cette proportion est en recul par rapport à 2012 (63%). En revanche, la proportion des résidents accueillis en UHR en 2013 souffrant de maladie apparentée et démence vasculaire est en augmentation entre 2012 et 2013, passant de 29% à 32%.

<sup>32</sup> Pour rappel, les UHR hébergent des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, compliquée de symptômes psycho-comportementaux sévères qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents.

## Nature du diagnostic par sexe



En 2015, 63% des femmes qui entrent en UHR souffrent de la maladie d'Alzheimer contre 46 % pour les hommes. Ceux-ci sont plus fréquemment diagnostiqués de démence vasculaire ou maladies apparentées, dans 38 % des cas.

Ainsi, la maladie d'Alzheimer est la maladie la plus fréquente chez les personnes qui entrent en UHR mais elle ne constitue pas le principal critère d'entrée en UHR pour les hommes (seulement 46% des hommes accueillis).

En effet, les hommes sont davantage diagnostiqués maladie apparentée et/ou démence vasculaire. Dans une moindre mesure, ils sont atteints de démence fronto-temporale, de démence à corps de Lewy et de syndrome de Korsakoff (soit 11%).

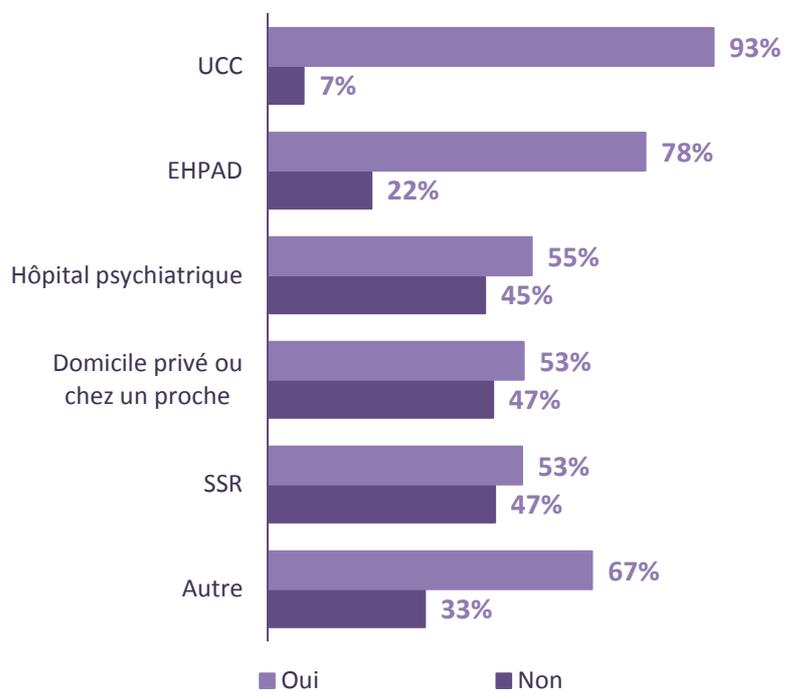
Cela va dans le sens de l'évolution du décret du 26 août 2016 qui élargit l'accueil des résidents, non plus aux seules personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, mais aux personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives associées souffrant de symptômes psycho-comportementaux sévères consécutifs à une maladie neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel.

**Dans 91% des situations, le certificat médical** (conforme aux troubles et à la pathologie des résidents) est annexé au dossier à l'arrivée du résident.

**Le MMSE** est connu pour 62% des résidents à l'entrée en UHR.

Le **score NPI-ES** (l'Inventaire Neuropsychiatrique -Equipe soignante-) est connu pour 70% des résidents. Autrement dit, pour environ 1/3 des résidents, le score NPI-ES n'est pas connu au moment de leur entrée. Or, le but du NPI-ES est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. Il est à souligner d'ailleurs que le score du NPI-ES n'est pas connu principalement pour les résidents qui viennent de leur domicile ou de structures non spécialisées en gériatrie (hôpital psychiatrique, MCO, etc.).

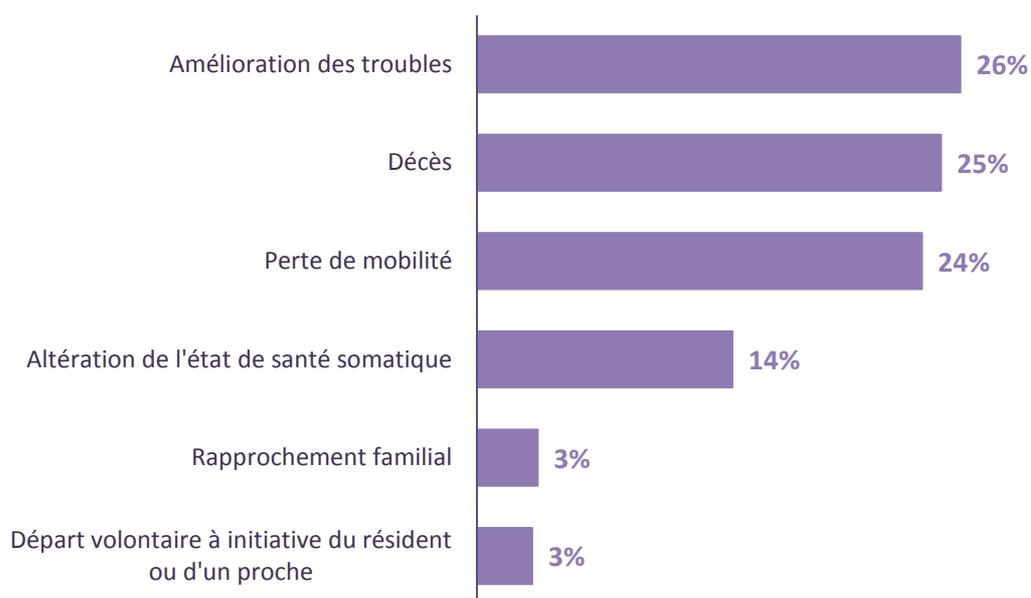
### Existence du NPI ES selon la structure de provenance



#### IV. Caractéristiques des séjours en 2015

En moyenne, **9 nouveaux résidents** sont accueillis par an en UHR en 2015.

## Motifs de sorties des résidents de l'UHR



Les motifs de sortie des résidents des UHR se répartissent comme suit : pour 1/4, la sortie est liée à une amélioration des troubles, 1/4 en raison d'une perte de mobilité et en-deçà pour une altération de l'état de santé somatique. Enfin, 1/4 des résidents décèdent en UHR.

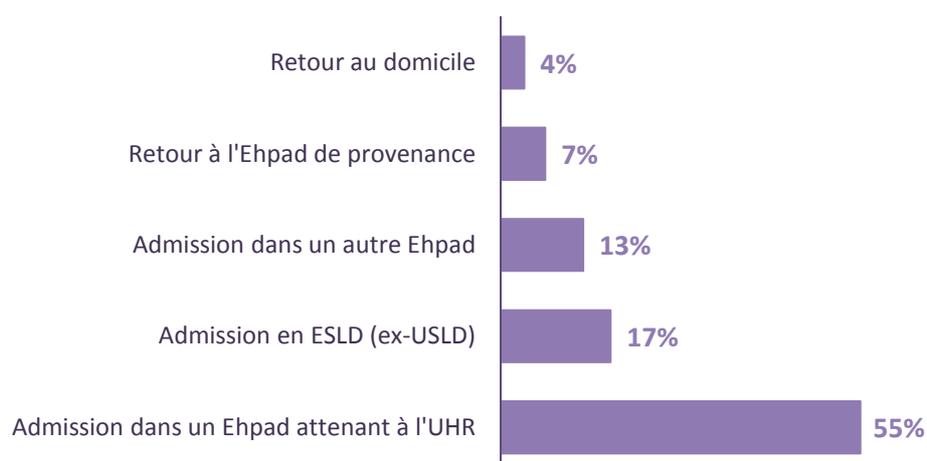
Avec 25% de décès, les UHR sont dans la moyenne des taux de décès des Ehpad<sup>33</sup>. Ce taux a légèrement diminué par rapport l'étude CREA-ORS<sup>34</sup> réalisée en 2013, où il était de 28%.

Parmi les 70% des résidents qui sortent de l'UHR, nous nous sommes intéressés à leur orientation à la sortie (hors résident décédé).

<sup>33</sup> Observatoire National de la Fin de Vie. *La fin de vie en EHPAD. Premiers résultats d'une étude nationale (2013)*. Paris : ONFV, 2013.

<sup>34</sup> LEDESERT, B., RUIZ, I. *Analyse statistique des données issues des rapports d'activité des établissements et services médico-sociaux activité 2013, op. cit.*

## Lieux de sortie définitive des résidents de l'UHR



Une majorité des résidents (55%) sont admis dans un Ehpad attendant à l'UHR.

Alors que 15% des résidents proviennent de leur domicile, le retour ne se fait en moyenne que pour 4% des personnes. Cette proportion était quasi équivalente en 2013.

## Chapitre 2. L'organisation des partenariats internes et externes

### I. Les moyens en personnels

Le décret de 2016 prévoit<sup>35</sup> a minima pour les UHR : un médecin, un infirmier, un psychomotricien ou ergothérapeute, un aide-soignant ou un aide médico-psychologique ou d'accompagnement éducatif et social, un assistant de soins en gérontologie, un personnel soignant la nuit, un psychologue pour les résidents et les aidants.

Au sein de ces dispositifs, un certain nombre de personnels est mutualisé avec la structure porteuse. C'est le cas plus spécifiquement des médecins et des psychologues notamment.

<sup>35</sup> Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

- **Les médecins**

Le médecin de l'unité ou le médecin coordonnateur de l'Ehpad est le pivot de l'équipe, il suit le projet de soins et de vie spécifique de l'unité, en lien avec le médecin traitant. Cependant, selon cette étude, en moyenne, **moins de deux médecins traitants interviennent dans l'UHR** par établissement. Et 1/5 des UHR ne s'appuie sur aucun médecin traitant.

- **Les autres catégories de personnels**

Pour toutes catégories de professionnels confondues, au moment de l'enquête, on compte en moyenne **pour l'ensemble des UHR 11,4 équivalents temps plein (ETP) dont 9,3 affectés exclusivement à l'unité**. Ce chiffre reste stable depuis 2013 où les UHR employaient 11 ETP en moyenne par unité (soit entre 8 et 13,6 ETP).

La répartition des ETP au sein des structures porteuses des UHR, selon le statut de la structure porteuse, se fait comme suit :

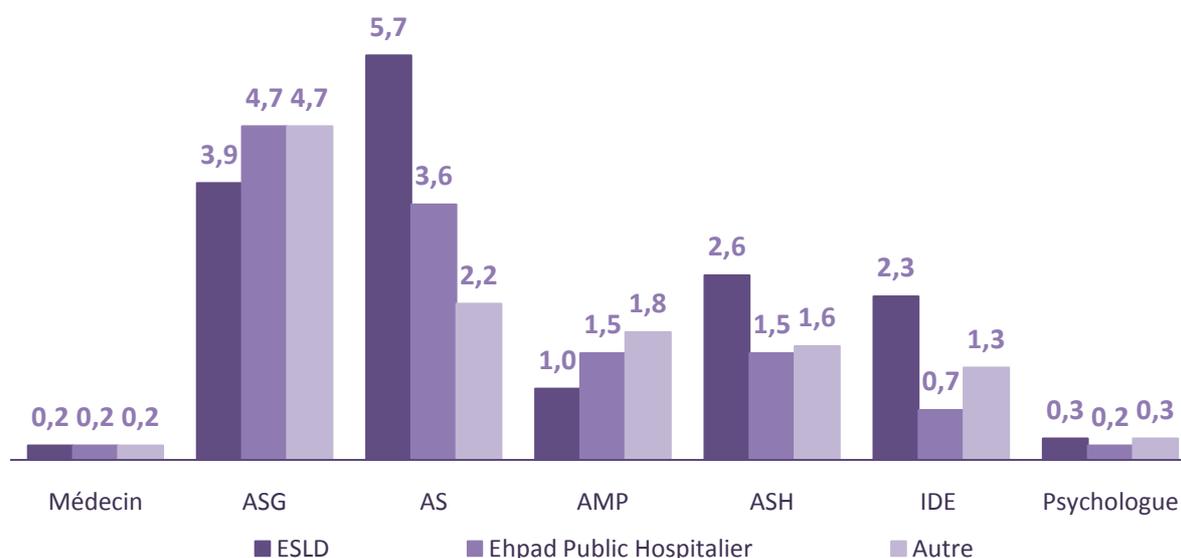
- ✓ 11,6 ETP mutualisés au sein des **ESLD** dont 8,6 ETP affectés exclusivement à l'UHR ;
- ✓ 10,7 ETP mutualisés au sein des **Ehpad hospitaliers** dont 8,9 ETP affectés exclusivement à l'UHR ;
- ✓ 13,6 ETP mutualisés au sein des **Ehpad non hospitaliers** dont 11,3 ETP affectés exclusivement à l'UHR.

Les ETP des personnels affectés en ESLD et en Ehpad hospitaliers sont similaires. Le nombre d'ETP est plus élevé dans les autres Ehpad, mais compte tenu du petit effectif, nous resterons prudents quant à cette donnée.

- **Les ETP exclusivement affectés à l'UHR**

Graphique de présence des principaux professionnels affectés exclusivement à l'UHR :

## Moyens en personnel (ETP) exclusivement affectés à l'UHR par type d'UHR



Quelle que soit la structure porteuse de l'UHR, les assistants de soins en gérontologie (ASG) (4.4ETP en moyenne), les aides-soignants (AS) (3,8 ETP), les aides médico-psychologiques<sup>36</sup> (AMP) (1.4 ETP), les agents de services hospitaliers (1.,9) sont les personnels les plus présents. De même, quelle que soit la structure, il est à souligner la **très faible présence des psychologues** alors qu'ils sont particulièrement compétents pour l'accompagnement de **ces résidents souffrant de symptômes psycho-comportementaux sévères consécutifs d'une maladie neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel**.

Il est à noter que ces taux et cette répartition en personnel étaient identiques en 2013.

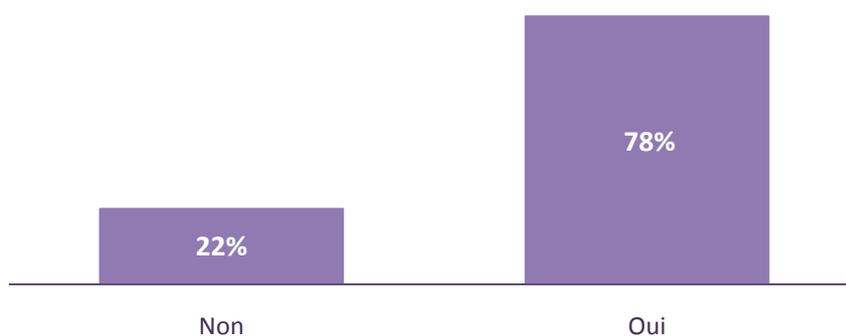
- **Le personnel affecté de nuit à l'UHR**

Les UHR sont des unités qui fonctionnent de jour comme de nuit. Cet accompagnement s'intègre dans le projet de vie du résident au sein de l'établissement. Ce projet précise le rythme de vie de la personne, y compris la nuit.

Quelle que soit la catégorie du personnel, au moins un professionnel est présent la nuit, uniquement pour l'UHR dans presque 80% des cas. En effet, 78% des UHR disposent d'un professionnel exclusivement affecté à l'UHR la nuit.

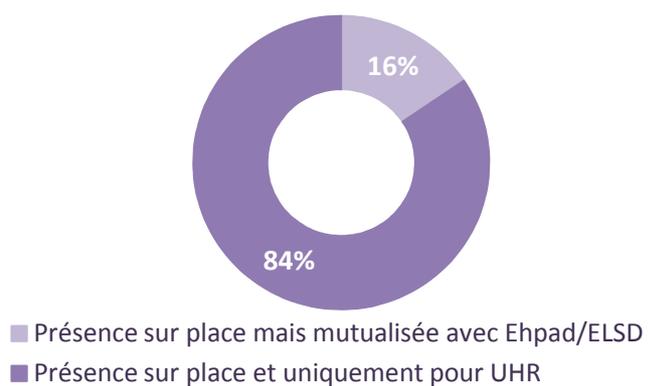
<sup>36</sup> Notons que le diplôme d'État d'AMP disparaît. Un décret et un arrêté du 29 janvier 2016 créent officiellement un nouveau métier dans le secteur médicosocial et, plus précisément, dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, Accompagnant éducatif et social

### Présence la nuit d'au moins un professionnel exclusivement affecté à l'UHR

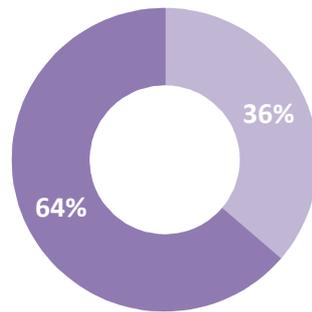


Et dans la majorité des cas, cette présence est assurée par un ASG.

### Présence d'un assistant de soins en gériatrie dans l'UHR la nuit



## Présence d'un aide soignant dans l'UHR la nuit



- Présence sur place mais mutualisée avec Ehpads/ELSD
- Présence sur place et uniquement pour UHR

- **Les autres professionnels**

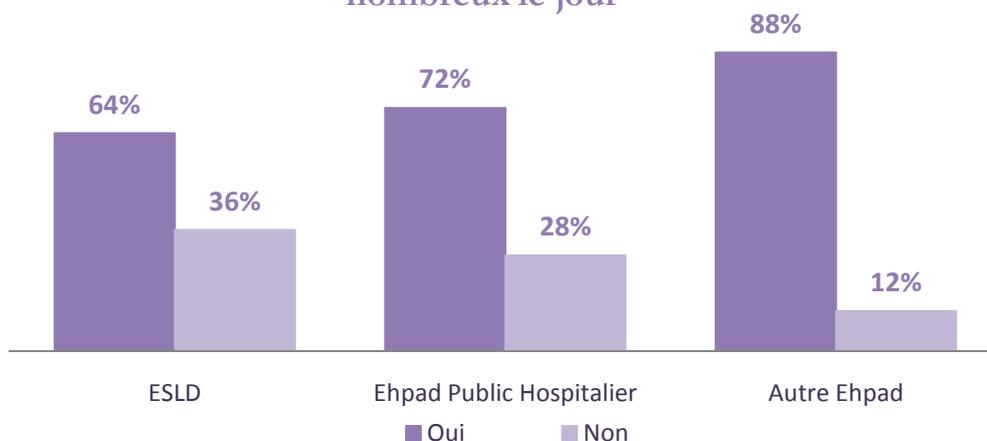
L'IDE est présent la nuit dans 92% des cas, mais pour 82 % des UHR, sa présence est mutualisée avec un Ehpads ou un ESLD. L'astreinte téléphonique concerne 8% des UHR.

50% des structures emploient des aides médico-psychologiques dédiés à l'UHR.

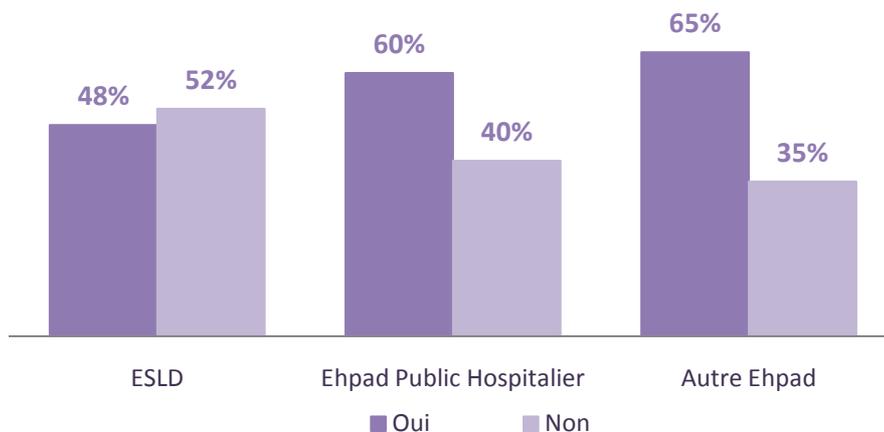
## II. Adéquation des moyens humains avec les missions de l'UHR

Les répondants ont été interrogés pour savoir si les personnels étaient, selon eux, suffisamment nombreux de jour comme de nuit. Des différences significatives apparaissent selon le type d'établissement.

### Le personnel soignant est suffisamment nombreux le jour



### Le personnel soignant est suffisamment nombreux la nuit



Ce sont les UHR rattachées à des Ehpads non hospitaliers qui estiment être les mieux pourvues en personnels le jour et la nuit. Mais, comme nous avons pu le constater, ce sont aussi les structures qui affectent le plus de personnels, mais aussi celles dont le nombre de résidents accueillis dépassent rarement le nombre recommandé (c'est-à-dire 14 résidents). Ce qui est moins souvent le cas pour les ESLD qui sont les structures où le nombre de résidents est souvent supérieur à 15. Cependant, toute structure confondue, les répondants ne sont que 57% à estimer que le personnel soignant est suffisamment nombreux la nuit.

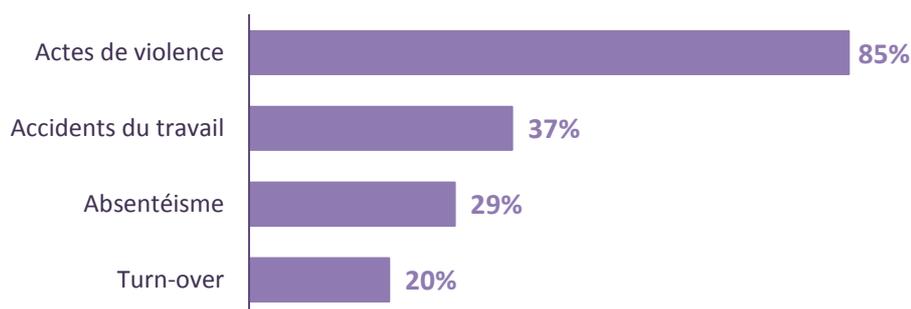
### III. Les risques professionnels rencontrés par les équipes

Selon l'analyse de la littérature réalisée par le Gérontopôle en 2008<sup>37</sup> de Toulouse, le stress, le burn-out et le sentiment de démoralisation ressentis par les soignants ne sont pas plus importants au sein des unités spécialisées. Certaines études mettent même évidence une certaine satisfaction supérieure du personnel travaillant au sein de ces structures, sans doute en lien avec un bon niveau de formation. Les résultats obtenus dans cette étude corroborent ces analyses.

Alors qu'ils sont peu abordés dans la littérature, les actes de violence sont un des principaux risques rencontrés par les professionnels.

<sup>37</sup> Gérontopôle, Hôpitaux de Toulouse. *Unités spécifiques Alzheimer en Ehpads et prise en charge des troubles sévères du comportement, op. cit.*

## Principaux risques rencontrés par les équipes

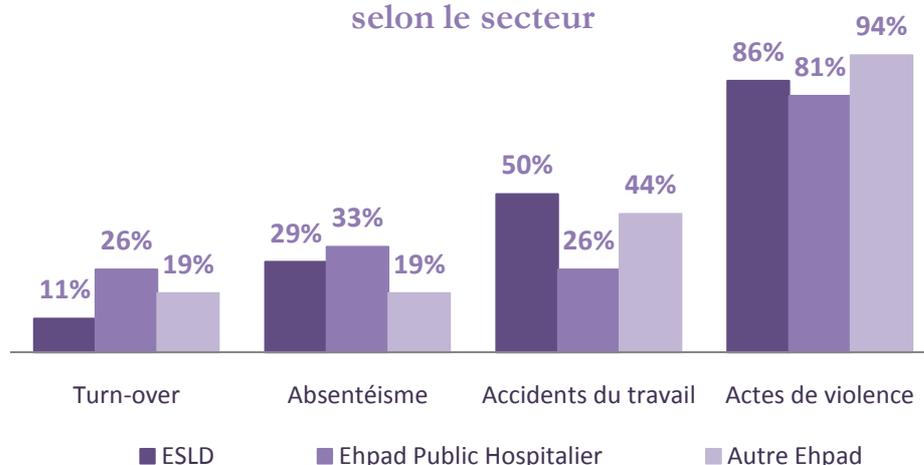


Ces données rejoignent l'étude IQARE<sup>38</sup> menée au sein de 175 Ehpad en région Midi-Pyrénées qui a mis en évidence que plus de 20% des résidents étaient agressifs. Dans plus de 85 % des situations, les victimes de cette agressivité sont les soignants et dans 44% les autres résidents.

Une part importante des UHR ont cité dans la catégorie « autre » l'épuisement professionnel comme l'un des principaux risques professionnels rencontrés dans les équipes.

Le schéma suivant présente ces risques en fonction de la structure dans laquelle se situe l'UHR.

## Principaux risques rencontrés par les équipes selon le secteur



Les établissements semblent différemment concernés en fonction des thématiques. Les différentes catégories d'UHR se différencient principalement sur le turn-over et les accidents de travail. Les Ehpad publics hospitaliers sont plus nombreux à estimer que le turn-over est l'un des principaux risques mais citent moins souvent les accidents du travail.

Ces différences sont sans doute liées à leurs organisations internes et aux formations suivies par les professionnels. Mais, au vu de ces statistiques et de cette enquête en général, les responsables de ces unités pourront se situer et définir les organisations à mettre en œuvre et les formations à

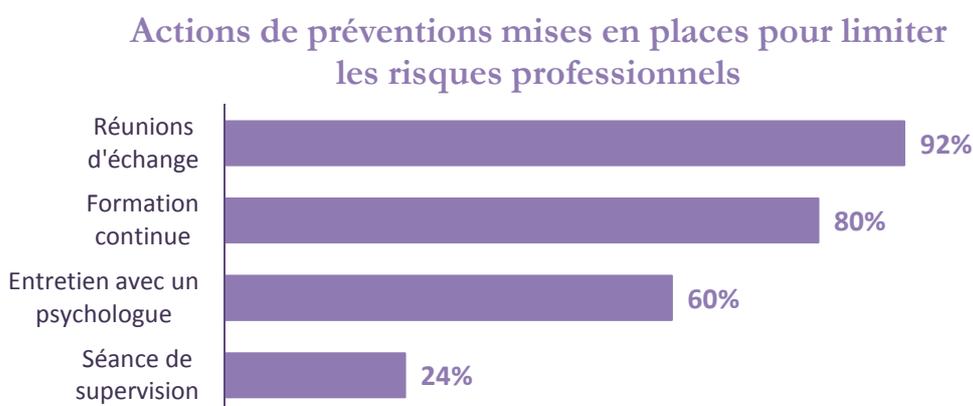
<sup>38</sup> Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées, Gérontopôle, Observatoire Régional de la Santé Midi-Pyrénées. IQARE. Une démarche d'amélioration de la prise en charge des résidents en Ehpad de Midi-Pyrénées. Avril 2015.

programmer pour limiter l'ensemble de ces risques. C'est un élément important, voire déterminant, de la qualité de l'accompagnement. Et la qualité de vie au travail doit être autant prise en considération que la qualité de vie des résidents.<sup>39</sup>

« La stabilité des équipes, c'est à dire le faible taux de rotation, est l'un des éléments cruciaux du fonctionnement d'une SCU puisqu'elle permet le maintien des patients dans un environnement stable, avec un personnel dont « l'expertise » peut se pérenniser. Des travaux montrent que la stabilité des équipes est souvent plus importante en SCU et qu'il existe un moindre turnover du personnel soignant cela malgré une plus forte exposition aux comportements agressifs<sup>40</sup>. »

- **Les moyens de prévention**

Face à l'ensemble de ces risques, nous nous sommes intéressés aux moyens de prévention mis en place pour y remédier ou tout au moins les limiter et mis en place au sein de ces unités.



92% des UHR mettent en place des réunions d'échanges. C'est l'action de prévention la plus développée qui contribue notamment à l'échange de pratiques professionnelles et à un échange sur les potentielles difficultés rencontrées. Une grande majorité (83%) des UHR en organise au moins une fois par semaine dont 16% en réalisent 2 et plus rarement 15% en organisent 3 ou plus.

Pour limiter les risques professionnels, les autres actions les plus développées sont :

- ✓ La formation continue est proposée dans 80% des cas. Le niveau de formation du personnel est l'un des facteurs qui pourrait diminuer le stress et diminuer le turn-over d'après un rapport sur les unités spécifiques Alzheimer en EHPAD<sup>41</sup> et la prise en charge des troubles sévères du comportement.
- ✓ 60% des UHR mettent en place des entretiens avec un psychologue dont 65% le font en Ehpad non hospitalier ; 62% en Ehpad public hospitalier contre 52% en ESLD où la consultation avec un psychologue est moins demandée.
- ✓ Les séances de supervision des équipes ne sont mises en œuvre que dans 24% des UHR.

<sup>39</sup> Avec 32,5 jours chaque année, le taux d'absentéisme moyen en Ehpad est 1,3 fois plus important que la moyenne dans le secteur de la santé (cf. ALMA CG. 5<sup>e</sup> baromètre de l'absentéisme. 2013)

<sup>40</sup> Gérontopôle, Hôpitaux de Toulouse. *Unités spécifiques Alzheimer en Ehpad et prise en charge des troubles sévères du comportement, op. cit.*

<sup>41</sup> Gérontopôle, Hôpitaux de Toulouse. *Unités spécifiques Alzheimer en Ehpad et prise en charge des troubles sévères du comportement, op. cit.*

Les réunions d'équipe, la pluridisciplinarité, des séances de soutien ou des groupes de parole sont particulièrement importants puisque leur fréquence impacte la limitation du burn-out des équipes.<sup>42</sup>

- **Zoom sur la formation du personnel**

Afin de prévenir les risques des professionnels, 80% des UHR s'appuient sur la formation. D'ailleurs, 73 % des répondants estiment que le personnel est suffisamment formé aux spécificités des résidents. Et 90% des répondants soulignent que les ASG sont bien formés par rapport aux missions de l'UHR.

« Il a été démontré que la formation des intervenants était la pierre angulaire de la prévention et de l'intervention pour les SCPD. »<sup>43</sup> Le niveau de formation du personnel est l'un des facteurs qui pourrait diminuer de stress et diminuer le turn-over d'après un rapport sur les unités spécifiques Alzheimer en Ehpad et la prise en charge des troubles sévères du comportement<sup>44</sup>.

Ainsi, la formation des professionnels participe à la qualité de l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et à une réduction des risques psycho-sociaux des soignants<sup>45</sup>. Elle contribue à améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents<sup>46</sup> et minorer le risque d'épuisement des équipes<sup>47</sup>.

#### IV. **Coordination interne et partenariats**

- **Contact avec les partenaires**

L'accompagnement des résidents atteints de maladies d'Alzheimer et apparentées nécessite la mise en place d'une **coordination active entre les différentes structures sanitaires et médico-sociales** sous l'impulsion du médecin coordonnateur en Ehpad ou du médecin de l'unité ESLD.

---

<sup>42</sup> Ramirez, M., Teresi, J. et al. Ethnic and racial conflict in relation to staff burnout, demoralization, and job satisfaction in SCUs and non SCUs. *Journal of Mental Health and Aging* : 1998, volume 4, pp.459-479.

<sup>43</sup> BRUNEAU M.A., MENARD C. Programme de formation en e-learning sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) : l'expérience québécoise. In *Livre blanc des unités de soins Alzheimer, L'Année Gériatologique*, volume 29, tome IV, 2015, pp. 132-134.

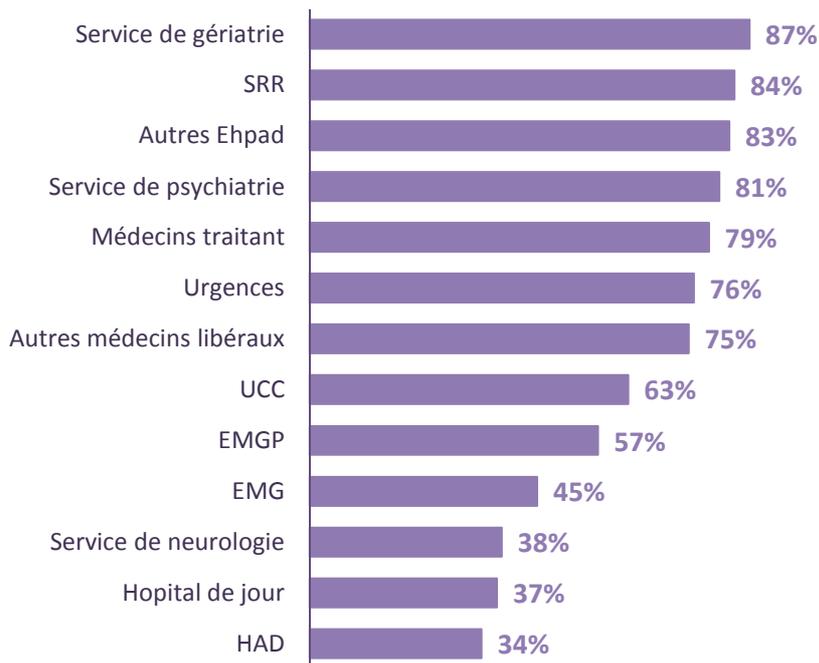
<sup>44</sup> Gériatopôle, Hôpitaux de Toulouse. *Unités spécifiques Alzheimer en Ehpad et prise en charge des troubles sévères du comportement, op. cit.*

<sup>45</sup> Anesm. *Analyse de la littérature nationale et internationale portant sur l'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) et en unité d'hébergement renforcé (UHR)*. Chapitre 4 : L'accompagnement des professionnels : formation et soutien. (2017)

<sup>46</sup> Cf. l'enjeu 4 du Plan des Maladies Neuro-dégénératives 2014-2019 : « Adapter la formation des professionnels pour améliorer la qualité de la réponse apportée aux personnes malades »

<sup>47</sup> Cf. Collège National Professionnel de la Gériatrie. *Livre blanc de la Gériatrie Française*. 2011 : I. Binot soutient que l'absence de formation des équipes soignantes est un facteur de risque d'épuisement qui peut se traduire par le turn-over des équipes et majorer le risque de maltraitance.

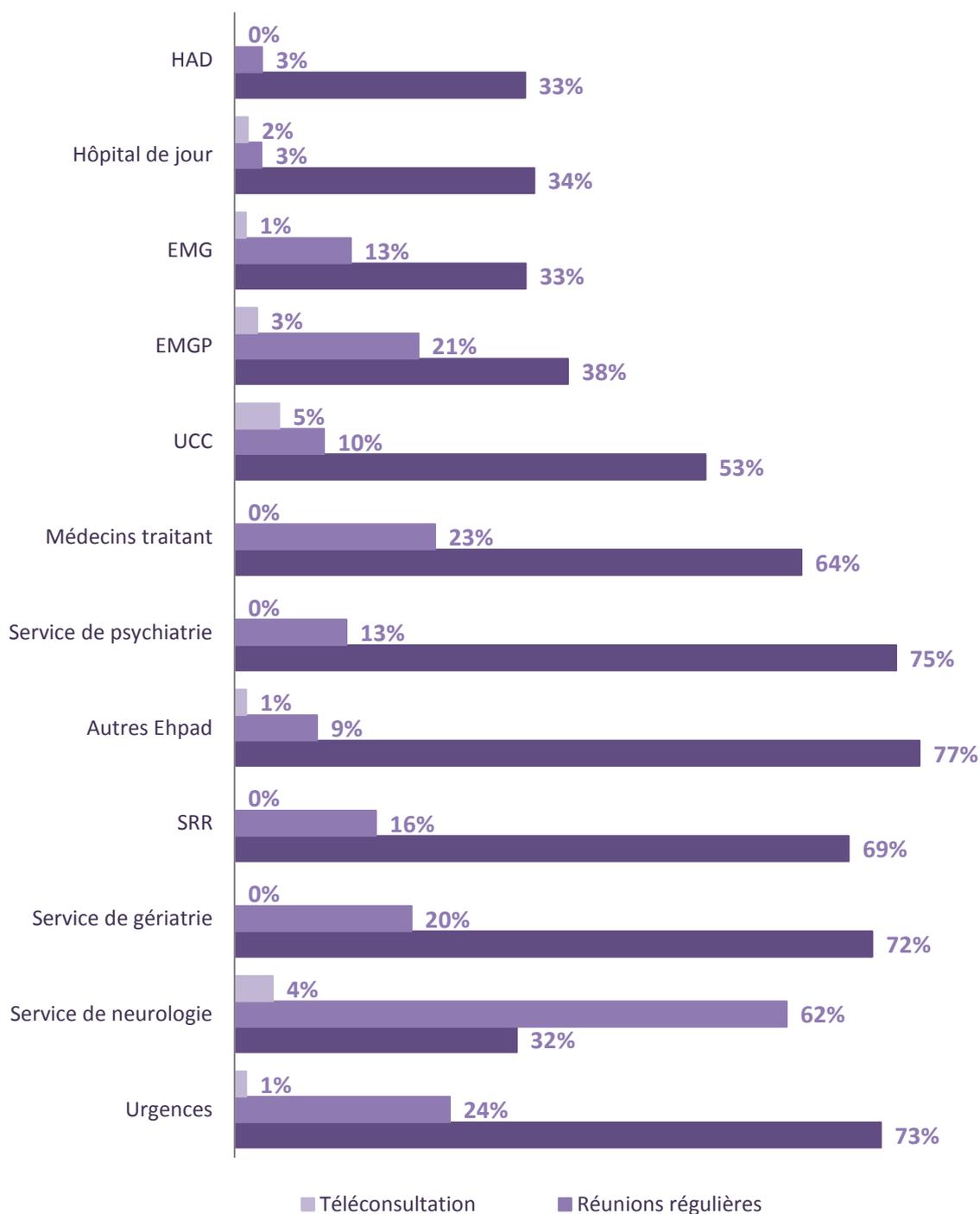
## Les partenariats mis en place par l'UHR



87% des UHR déclaraient l'existence d'un partenariat<sup>48</sup> avec des services de gériatrie. D'autres partenariats sont aussi développés notamment avec les SSR, les autres Ehpad, les services de psychiatrie, les médecins traitants, les spécialistes et les urgences. Les partenariats avec les HAD sont moins fréquents mais devraient se développer dans les années à venir de même que les partenariats avec les EMG.

<sup>48</sup> CNSA, DGCS, DREES. *Structures ayant déclaré une activité UHR en 2013*. CREAI-ORS Languedoc-Roussillon, 2014.

## Modalités de partenariat des UHR



Quels que soient les partenaires, les modes de communication privilégiés sont les échanges téléphoniques (45% en moyenne) et les réunions (11% en moyenne). **La téléconsultation n'est pas développée, avec une moyenne de 1%.**

Pourtant, la télémédecine et plus particulièrement la téléconsultation semblent particulièrement adaptées aux résidents en UHR. D'ailleurs, l'équipe de S. Bismuth au Gérotopôle de Toulouse

expérimente ce format de consultation depuis 2013. Et si, pour l'heure, le nombre de bénéficiaires est faible et ne permet pas de conclure sur des impacts réels, ils font néanmoins le constat des résultats suivants :

« 1- les troubles du comportement du résident dément représentent un motif fréquent de recours à la télé-médecine ;

2- l'évaluation réalisée en présence du médecin généraliste, médecin traitant du résident, des multiples professionnels et du résident, permet le partage d'informations et donne tout son sens à la collégialité ;

3- les propositions thérapeutiques privilégient les mesures non pharmacologiques ;

4- la télé-médecine est très bien acceptée par les personnels d'Ehpad ;

5- ces séances permettent peu à peu un transfert de compétences et améliorent la formation des équipes.

Tous les patients de l'étude ont bénéficié, via la consultation à distance, d'une stratégie thérapeutique appropriée et personnalisée adaptée à leur environnement et en accord avec le médecin traitant et les soignants de l'Ehpad. Ainsi la télé-médecine laisse entrevoir de nouvelles perspectives dans la pratique de la médecine générale en Ehpad. »<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> BISMUTH S. *et al.* Intérêt de la télé-médecine dans la prise en charge en médecine générale, des troubles psycho-comportementaux des patients présentant une maladie d'Alzheimer. Étude effectuée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. In *Livre blanc des unités de soins Alzheimer, L'Année Gériatrique*, volume 29, tome IV, 2015, pp. 146-149.

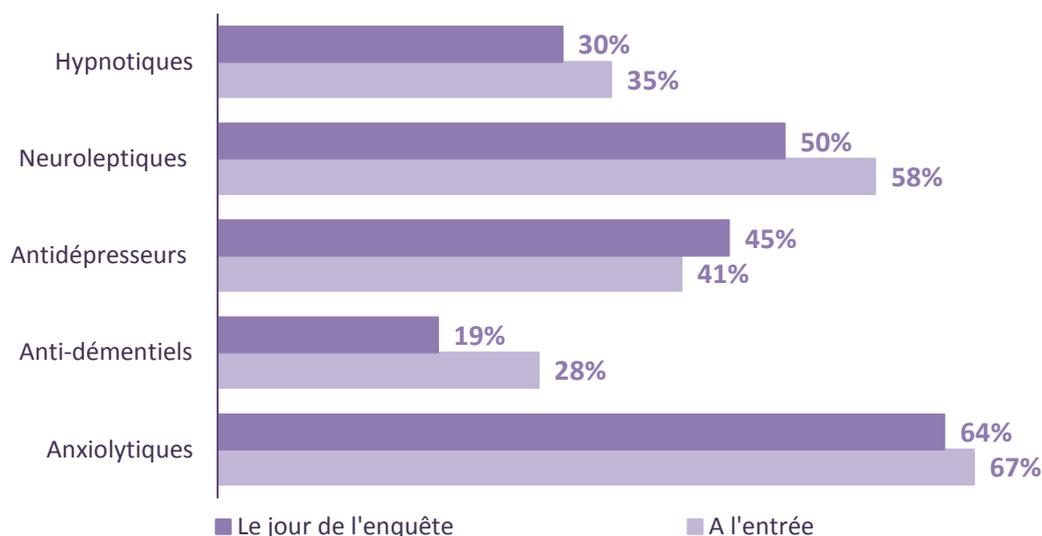
## Chapitre 3. L'accompagnement thérapeutique

Les professionnels des UHR, en plus de leur qualification, formation, expérience peuvent s'appuyer sur différentes thérapeutiques pour accompagner les résidents à la réduction des symptômes psycho-comportementaux sévères. En dehors de l'environnement adapté, de savoir-être et de savoir-faire, les équipes recourent essentiellement aux thérapeutiques médicamenteuses et à l'intervention thérapeutique non médicamenteuse.

### I. Traitements médicamenteux

Ont été observées dans cette étude, les consommations des psychotropes, des neuroleptiques et des anti-démentiels.

#### Traitement médicamenteux à l'entrée en UHR et le jour de l'enquête



Dans l'ensemble, on observe une légère diminution de l'ensemble des prescriptions médicamenteuses, sauf pour les antidépresseurs, pour lesquels les prescriptions sont plus importantes. Dans cette étude, nous nous sommes particulièrement focalisés sur les neuroleptiques et les anti-démentiels.

- **Zoom sur les neuroleptiques**

Dès 2012, l'amélioration de la prescription de neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer est considérée comme un enjeu de santé prioritaire et est inscrite dans le plan Alzheimer 2008-2012. Dans les travaux conduits par la HAS «*Limiter la prescription de neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer*», il est rappelé que deux situations cliniques sont à l'origine de la prescription de neuroleptiques chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer : les troubles du comportement perturbateurs et lors d'un épisode aigu de confusion.

Les travaux de la HAS et de ses partenaires<sup>50</sup> ont conduit à élaborer des recommandations et programmes qui insistent sur les risques liés à cette consommation et sur la nécessité de limiter les prescriptions. En 2008, 16% des malades étaient exposés aux neuroleptiques.

Qu'en est-il en 2015 au sein des UHR ?

Dans la mesure où sont spécifiquement accueillies au sein des UHR des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives associées à des troubles du comportement sévère, un taux de consommation de neuroleptiques à l'arrivée en UHR peut avoir du sens. En effet, il est fort probable que nous soyons dans une des deux situations pour lesquelles la prescription de neuroleptiques est recommandée. En effet, ce sont bien les troubles du comportement perturbateurs et/ou un épisode aigu de confusion qui conduisent les résidents à intégrer une UHR.

En UHR, parce que le projet d'accompagnement est mené par une équipe formée, parce que cette dernière est en mesure de mettre en place des activités thérapeutiques non médicamenteuses adaptées, parce que l'environnement<sup>51</sup> même de l'unité est bâti pour réduire l'agitation, la prescription de neuroleptiques devrait fortement diminuer ; or l'écart n'est que de 8 points entre le moment de l'arrivée et le moment de l'enquête. Les taux de prescription de neuroleptiques restent donc élevés, voire très élevés.

L'enquête DGCS-CNSA sur le bilan des activités des UHR en 2011 a mis en évidence « *qu'1/3 des résidents (34%) sont traités par des neuroleptiques, ce qui est contraire aux recommandations de la HAS* »<sup>52</sup>. Avec les années, les prescriptions de neuroleptiques n'ont pas diminué, mais au contraire, elles ont bien augmenté.

- **Zoom sur les anti-démenciels :**

Au moment de l'entrée 28% des résidents ont une prescription d'anti-démenciel mais cela concerne encore 19% des résidents au moment de l'enquête. Concernant les anti-démenciels, la HAS a publié en novembre 2016 les avis de commission de la transparence sur les médicaments prescrits pour le traitement des symptômes de la maladie d'Alzheimer. La commission conclut que les effets sur les troubles du comportement, la qualité de vie, la mortalité ne sont pas établis et qu'au contraire, les risques d'effets indésirables graves sont accrus. Elle conclut ainsi : « *Ces médicaments n'ont plus de place dans la stratégie thérapeutique du traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer* ».

---

<sup>50</sup> Les autres partenaires sont le collège Professionnels de gériatres français (CPGF), la société Française de gériatrie et de Gérontologie (SFGG), et la FFAMCO

<sup>51</sup> Cf. annexe 3 décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes: « *Favoriser un environnement convivial et non institutionnel de façon à protéger le bien-être émotionnel et réduire l'agitation et l'agressivité des résidents;*  
2° *Favoriser l'orientation et la déambulation dans un cadre sécurisé ;*  
3° *Répondre à des besoins d'autonomie et d'intimité ;*

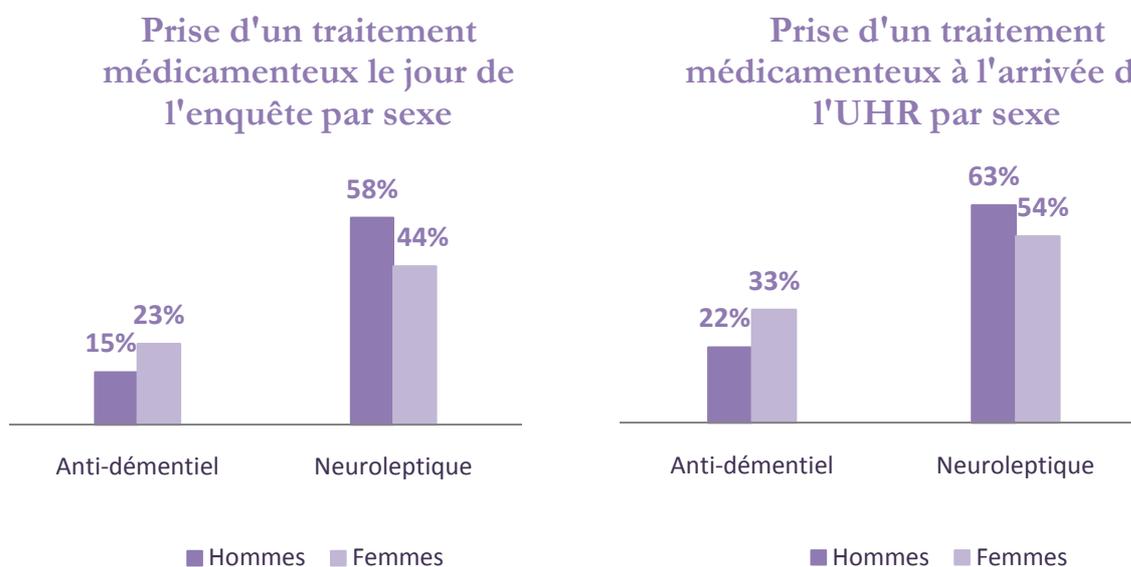
4° *Prendre en compte la nécessité de créer un environnement qui ne produise pas de sur-stimulations sensorielles excessives pouvant être génératrices de troubles psychologiques et comportementaux. »*

<sup>52</sup> ANKRI J. et al. *Rapport d'évaluation du Plan Alzheimer, op. cit.*

Dans notre étude presque 1/3 des entrants en consomment et encore presque 1/4 après au moins 2 mois au sein de l'UHR. « Il n'y a toujours pas de preuve d'effet au-delà de 1 an de traitement. Les données observationnelles laissent penser que l'effet s'épuise ensuite rapidement. Si certains patients sont davantage répondeurs que d'autres à court terme, ils restent non repérables dans la pratique. Or, ces médicaments peuvent altérer la qualité de vie (effets digestifs et neuropsychiatriques) et/ou être à l'origine de complications parfois graves (syncopes, chutes, réactions cutanées sévères). Un impact négatif sur la mortalité reste possible chez certains patients.<sup>53</sup> »

- **Zoom sur les prescriptions des neuroleptiques et des anti-démementiels selon le sexe**

Cette donnée est très rarement analysée dans la littérature, pour autant, on ne traite pas de la même manière les hommes et les femmes. On l'a vu dans le cadre des activités thérapeutiques non médicamenteuses mises en place, mais on peut le constater concernant la consommation des médicaments. Si, concernant les anxiolytiques et les antidépresseurs, nous n'avons pas de **différences significatives**, nous en avons concernant les **anti-démementiels et les neuroleptiques**.



Ces graphiques mettent en évidence un écart important selon le sexe de la prescription des neuroleptiques et des anti-démementiels selon que le résident soit un homme ou une femme. Les anti-démementiels sont davantage prescrits aux femmes et les neuroleptiques davantage prescrits aux hommes.

Entre le moment de l'arrivée et le moment de l'enquête, l'écart est maintenu selon le sexe. Cependant, alors que l'UHR devrait voir la consommation de neuroleptiques largement diminuer, 58% des hommes se voient encore prescrire des neuroleptiques. Par contre, la diminution de la prescription des traitements concerne davantage les femmes pour qui les neuroleptiques comme les

<sup>53</sup> HAS, commission de la transparence. *Rapport d'évaluation des médicaments indiqués dans le traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer*. Saint-Denis : HAS, octobre 2016, p.49.

anti-démence voient leur prescription diminuer de 10 points. Font-elles moins peur ? Sont-elles plus réceptives aux activités thérapeutiques médicamenteuses ? Se voient-elles plus que les hommes proposer ces activités non médicamenteuses ? Les questions sont nombreuses face à ces données.

La diminution des prescriptions concerne beaucoup moins les hommes pour qui la consommation d'anti-démence diminue de 7 points contre seulement 5 points pour les neuroleptiques.

Les résidents d'UHR sont plus jeunes que les résidents d'Ehpad, est-ce que leur force physique et la violence qu'ils peuvent infliger aux professionnels encadrant « oblige » à de telles prescriptions ? Cette hypothèse ne doit pas être écartée puisque 85% des équipes sont confrontées aux actes de violence des résidents.

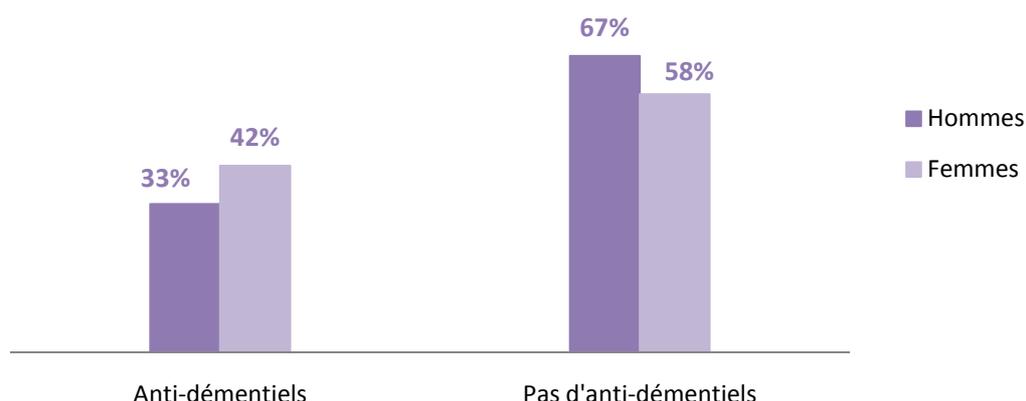
Afin de ne pas créer de biais par rapport au diagnostic initial, nous avons isolé la prescription de ces médicaments par rapport aux personnes diagnostiquées « Malade d'Alzheimer ».<sup>54</sup>

- **Zoom sur les résidents atteints de maladie d'Alzheimer**

Lorsque l'on isole le taux de résidents ayant effectivement une maladie d'Alzheimer, la proportion de consommateurs d'anti-démence est particulièrement élevée. Nous avons isolé les personnes atteintes effectivement de la maladie d'Alzheimer et les prescriptions de neuroleptiques à l'entrée et le jour de l'enquête. Les scores sont identiques, 58% à l'entrée et 48% au jour de l'enquête. Mais des différences sont remarquables selon que les prescriptions sont à l'attention d'un homme ou d'une femme.

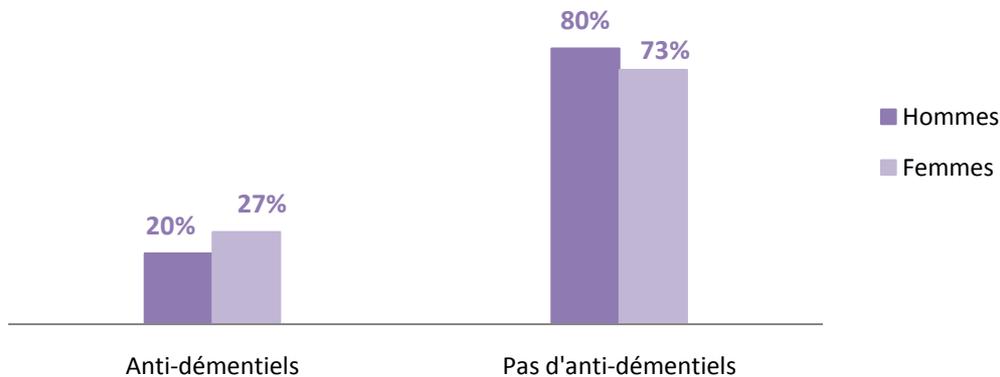
- **Résidents atteints d'une maladie d'Alzheimer et prescription d'anti-démence selon le sexe**

### Utilisation d'antidémence chez les hommes et les femmes atteints de la maladie d'Alzheimer à l'entrée en UHR



<sup>54</sup> il n'y a pas de différence de prescription selon les statuts des établissements.

## Utilisation d'antidémantiels chez les hommes et les femmes atteints de la maladie d'Alzheimer en UHR au moment de l'enquête



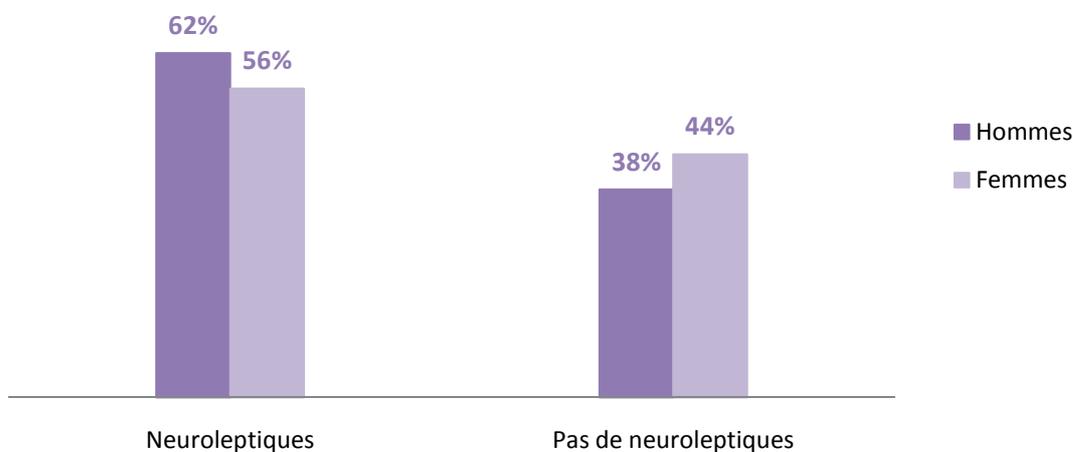
Les résultats sont assez remarquables :

Plus d'1/3 des hommes et 42% des femmes diagnostiqués « malades d'Alzheimer » sont arrivés avec une prescription d'anti-démantiels. Au moment de l'enquête ce sont les prescriptions qui ont le plus diminué tant chez les hommes que chez les femmes : pour les hommes, la prescription d'anti-démantiels diminue de 13 points et de 15 points pour les femmes. Compte tenu des résultats de la commission de la transparence de la HAS, la prescription des anti-démantiels devrait très fortement diminuer dans les années à venir. En attendant, en 2015, c'est ¼ des résidentes atteintes de maladie d'Alzheimer qui continue de se voir prescrire des anti-démantiels et cela concerne aussi 1 résident sur 5.

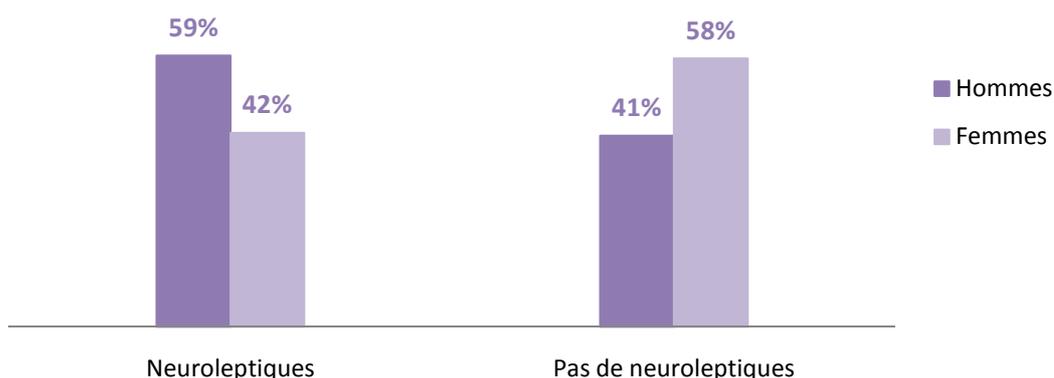
Il serait intéressant de pouvoir observer cette donnée avec les sorties des résidents pour amélioration des troubles (les prescrit-on davantage aux résidents pour lesquels il y a un fort espoir de voir les troubles du comportement s'améliorer ?) En tout cas, ces prescriptions ne sont pas sans lien sur l'espoir de l'amélioration des troubles attendus comme nous le verrons par la suite dans le tableau qui lie les traitements médicamenteux et activités thérapeutiques.

- **Résidents atteints d'une maladie d'Alzheimer et prescription de neuroleptiques**

### Utilisation de neuroleptique chez les hommes et les femmes atteints de la maladie d'Alzheimer à l'entrée en UHR



### Utilisation de neuroleptique chez les hommes et les femmes atteints de la maladie d'Alzheimer en UHR au moment de l'enquête



Concernant la prescription des neuroleptiques pour les hommes, la réduction de la prescription est très faible : il n'y a plus que 3 points d'écart entre le moment de l'arrivée et le moment de l'enquête, alors que l'écart est davantage marqué encore pour les femmes avec moins 14 points entre ces deux temps.

Les interventions non médicamenteuses ne peuvent se substituer en totalité aux traitements médicamenteux. Malgré tout, « *La prise en charge de résidents souffrant de démence et ayant des troubles psycho-comportementaux sévères est un défi important à relever pour les équipes soignantes des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendants. La iatrogénie et l'inefficacité du recours aux psychotropes justifient la création des UHR. Sur ces unités, les soignants formés, les caractéristiques architecturales et organisationnelles facilitent la mise en œuvre d'alternatives thérapeutiques*<sup>55</sup>. »

<sup>55</sup> ROLLAND Y., HERMABESSIERE S. Les unités d'hébergement renforcé (UHR). In *Livre blanc des unités de soins Alzheimer, L'Année Gériatrique*, volume 29, tome IV, 2015, pp. 39-42.

Si ces traitements ne sont pas jugés suffisamment pertinents, notamment par la commission de la transparence de la HAS, les activités non médicamenteuses sont préconisées par cette même commission :

« *Prise en charge psychologique et psychiatrique du patient et de son entourage.*

- *prise en charge orthophonique pour prévenir d'éventuels troubles du comportement réactionnel du fait de troubles importants du langage (démence sémantique, aphasie primaire progressive), et en cas de troubles de la déglutition.*

- *stimulation cognitive pour ralentir la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne.*

- *mise en place d'activités motrices (exercice physique, notamment la marche). Elle pourrait avoir un effet positif notamment sur les capacités physiques et la prévention du risque de chutes, mais aussi sur certaines mesures cognitives, d'aptitudes fonctionnelles et certains aspects du comportement.*

*Du fait de difficultés méthodologiques et financières, aucune de ces interventions n'a apporté clairement la preuve de son efficacité. Parmi ces interventions, celles dont l'intérêt a été établi sur la base d'essais comparatifs randomisés restent limitées. Néanmoins, elles restent **recommandées**.* »<sup>56</sup>

- **Evolution globale des traitements médicamenteux\***

\*Pour rappel, au sein de cette étude n'ont été interrogés que les traitements médicamenteux suivants: hypnotique, neuroleptique, antidépresseur, anti-démontiel et anxiolytique.

Le tableau ci-dessous nous permet d'observer une très légère diminution du nombre de traitements entre le moment de l'arrivée à l'UHR et au moment de l'enquête, moins de 0,2 points.

Evolution du nombre de traitements médicamenteux		
	N	Moyenne
Nombre de traitements médicamenteux à l'entrée	842	2,2850
Nombre de traitements médicamenteux le jour de l'enquête	842	2,0903
Evolution du nombre de traitements entre l'entrée et le jour de l'enquête	842	-,1948

Lecture : en moyenne, une personne a 2.28 traitements médicamenteux à l'entrée en UHR.

Mais le tableau ci-dessous nous permet d'observer que les prescriptions sont modifiées pour les personnes qui sont arrivées avec le plus grand nombre de traitements médicamenteux.

		Evolution du nombre de traitements entre l'entrée et le jour de l'enquête
		Moyenne
Nombre de traitements médicamenteux à l'entrée	0	1,03
	1	0,40

<sup>56</sup> HAS, commission de la transparence. *Rapport d'évaluation des médicaments indiqués dans le traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer, op. cit.*

	2	0,03
	3	-0,62
	4	-1,08
	5	-1,53

Lecture : les personnes qui avaient à l'entrée 5 traitements médicamenteux différents ont une baisse de leur nombre de traitements de 1,53 le jour de l'enquête.<sup>57</sup>

Les nouvelles prescriptions entre le moment de l'arrivée à l'UHR et le moment de l'enquête figurent en annexe.

Au sein de notre enquête, y a-t-il un lien observable entre les activités thérapeutiques pratiquées et les consommations médicamenteuses ?

- **Traitements médicamenteux et activités thérapeutiques :**

Pourcentage de personnes réalisant des activités selon la prise de traitement médicamenteux	antidémence		neuroleptique		anxiolytique		antidépresseur		hypnotique	
	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Marche	66%	82%	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Danse	22%	34%	28%	21%	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Autres activités physiques adaptées	ns	ns	ns	ns	29%	37%	ns	ns	ns	ns
Musicothérapie	ns	ns	ns	ns	36%	47%	ns	ns	ns	ns
Massage et toucher thérapeutique	ns	ns	ns	ns	27%	34%	28%	36%	30%	36%
Massage des mains	40%	59%	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Autres activités sensorielles	22%	32%	ns	ns	18%	27%	ns	ns	ns	ns
Stimulation cognitive	45%	56%	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Autres activités cognitives	ns	ns	21%	28%	20%	27%	ns	ns	ns	ns
Cuisine thérapeutique	43%	54%	ns	ns	ns	ns	40%	52%	42%	52%
Thérapie comportementale et cognitive	ns	ns	ns	ns	6%	11%	ns	ns	ns	ns
Autres activités sociales	50%	60%	ns	ns	47%	55%	47%	57%	ns	ns

Les résidents sous neuroleptiques sont les résidents qui participent le moins aux activités thérapeutiques. Les résidents sous hypnotiques sont également assez peu participatifs. Compte tenu de l'effet « calmant<sup>58</sup> » de ces médicaments, on peut comprendre qu'ils soient moins stimulés par l'activité.

Les personnes sous anxiolytiques mais surtout celles sous anti-démence sont par contre très participatives. Le rapport d'évaluation des médicaments indiqués dans le traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer réalisé par la commission de la transparence (HAS) souligne que les effets de ces médicaments sont modestes et que leur efficacité reste établie uniquement sur du court terme et seulement pour les troubles cognitifs. Ces recommandations quant aux prescriptions médicamenteuses ne sont finalement suivies qu'« avec modération ». En effet, entre le jour de l'arrivée et le moment de l'enquête, même si les prescriptions diminuent de 15 points, il n'en reste pas moins qu'1/4 des résidents se voient prescrire ces médicaments. Ces résultats interrogent.

<sup>57</sup> Résidents prenant les 5 types de traitements médicamenteux à l'arrivée dans l'UHR : 17 soit 2%

Résidents prenant les 5 types traitements médicamenteux le jour de l'enquête dans l'UHR : 11 soit 1,3%

Résidents prenant les 5 types traitements médicamenteux le jour de l'enquête et à l'arrivée dans l'UHR : 5 soit 0,6%

<sup>58</sup> Cf. HAS. *Le programme AMI (Alerte Maîtrise Iatrogénie) Alzheimer - Programme Pilote, op. cit.*

Les traitements médicamenteux ont donc un impact sur les activités, à moins que ce ne soit l'inverse. Les personnes sous neuroleptiques sont considérées comme celles pour lesquelles on ne sait plus quoi faire ou il n'y a plus rien à faire, contrairement à celles traitées par anti-démence. Pour ces dernières des choses sont tentées et il semble que tout doive être mis en œuvre pour accompagner cette amélioration. Ces 25 % de personnes sous anti-démence sont-elles celles pour lesquelles il y a effectivement plus de probabilité de sortir de cet accueil séquentiel en Ehpad pour amélioration des troubles ? On peut ainsi se demander si cette prescription n'impacte pas plus les représentations des soignants (qui considèrent que quelque chose peut effectivement être fait) et qui donc les sollicitent davantage.

## II. Les interventions thérapeutiques non médicamenteuses

*« Compte tenu d'une efficacité modeste clinique discutable, établie par rapport au placebo à court terme, de leur profil de tolérance (survenue possible de troubles psychiatriques et cardiovasculaires graves) et du risque d'interactions médicamenteuses, le besoin thérapeutique n'est pas couvert par les médicaments à ce jour.*

*Des interventions non médicamenteuses sont possibles et doivent être mises en œuvre car utiles pour améliorer la qualité de vie des patients et soulager les aidants dont le rôle dans la prise en charge reste actuellement essentiel<sup>59</sup>. »*

Certains vont même jusqu'à estimer que les interventions thérapeutiques non médicamenteuses devraient être considérées comme les **traitements de première intention** pour les SCPD (quand ils ne sont pas associés à une dangerosité pour la personne elle-même ou pour autrui), et ceci depuis le consensus établi par l'International Psychogeriatric Association (IPA).<sup>60</sup>

Quoiqu'il en soit, les interventions thérapeutiques non médicamenteuses sont un élément clé de l'accompagnement au sein de ces unités dont l'objectif est d'améliorer ou de stabiliser les troubles du comportement, le fonctionnement cognitif et le bien-être des résidents.

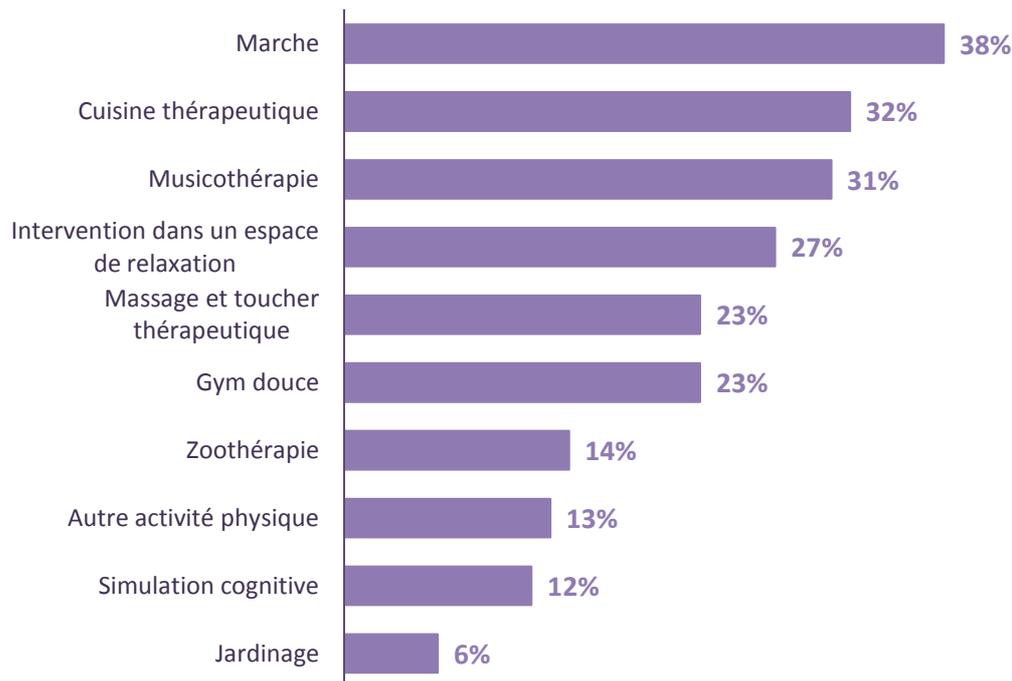
Les équipes des UHR ont été interrogées sur les approches non médicamenteuses mises en place et qui, selon elles, impactent le plus sur l'amélioration des troubles du comportement des résidents.

---

<sup>59</sup> HAS, commission de la transparence. *Rapport d'évaluation des médicaments indiqués dans le traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer*, op. cit.

<sup>60</sup> SMALL G.N. et al. Diagnosis and treatment of Alzheimer's disease and related disorders : consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association and the American Geriatric Society. *Journal of the American Medical Association* : 1997, volume 278, n°16, pp. 1363-1371.

## Activités jugées les plus efficaces



La marche, la cuisine thérapeutique et la musicothérapie sont les approches non médicamenteuses jugées les plus efficaces par les équipes.

De manière générale, l'IPA cite l'activité physique comme intervention non médicamenteuse ayant des effets calmants sur les personnes âgées ayant des troubles du comportement<sup>61</sup>. Les méta-analyses mettent en évidence que la pratique d'exercices physiques améliore les fonctions cognitives et les capacités à réaliser des activités de vie quotidienne. Une revue systématique et une méta-analyse ont aussi mis en évidence son impact sur les troubles du comportement et la dépression.<sup>62</sup>

Si l'efficacité des interventions thérapeutiques non médicamenteuses est difficile à prouver pour chacune d'elle pour des raisons méthodologiques, il semble que la combinaison de plusieurs types d'intervention soit par contre efficace<sup>63</sup>.

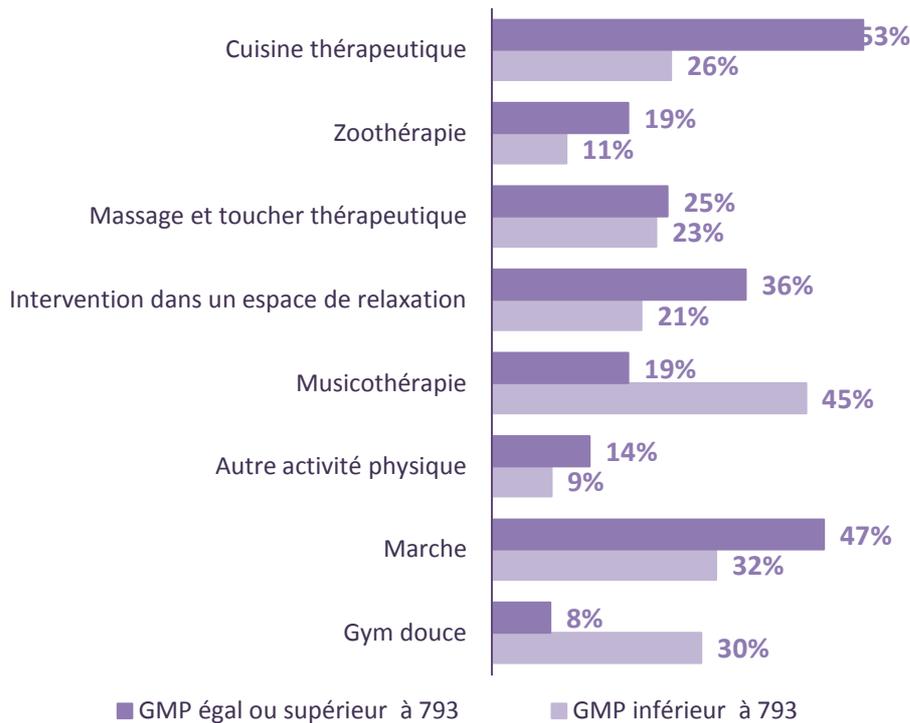
- **Efficacité des activités thérapeutiques en fonction du GMP :**

<sup>61</sup> IPA. *The IPA Complete Guides to BPSD – Specialists Guide Module 5: Non-pharmacological treatments*. Revised 2015.

<sup>62</sup> DE SOUTO BARRETO, P., ROLLAND, Y. Activité physique et maladie d'Alzheimer : prévention et traitement. In *Livre blanc des unités de soins Alzheimer, L'Année Gériatrique*, volume 29, tome IV, 2015, pp. 88-90.

<sup>63</sup> OLAZARÁN, J. et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*: 2010, volume 30, n°2. pp. 161–178.

## Activités jugées les plus efficaces en fonction du GMP

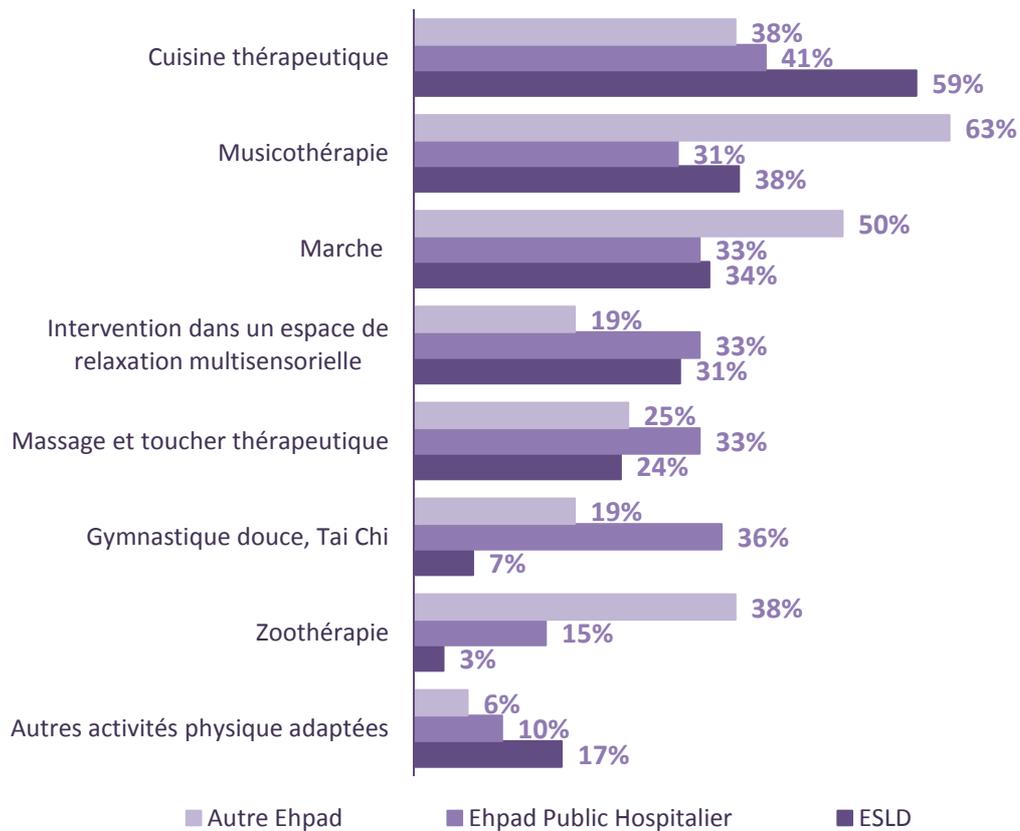


Si la marche, la cuisine thérapeutique la musicothérapie et les interventions dans un espace de relaxation, sont les activités les plus fréquemment citées par les équipes comme étant les plus efficaces, on note des distinctions selon le degré de dépendance des résidents. Au sein de notre étude, le GMP médian est de 793 et nous avons donc observé s'il existait des différences significatives entre degré de dépendance au sein des UHR et les interventions non médicamenteuses jugées plus efficace.

Ainsi, dans les structures dont le GMP est supérieur à 793, les équipes estiment que la cuisine thérapeutique, la marche, l'intervention dans un espace de relaxation et le massage thérapeutique sont les activités les plus efficaces. Dans les structures où le GMP est inférieur, la musicothérapie, la marche, la gymnastique douce et la cuisine seraient davantage à privilégier. Ces résultats laissent à penser que dès lors que le GMP est élevé certaines activités ne sont pratiquement plus pratiquées. C'est notamment le cas de la musicothérapie et de la gym douce. Il semble à ce stade nécessaire de pouvoir réaliser des études en considérant les profils des bénéficiaires. Sans doute ces activités selon les professionnels semblent bénéfiques chez les sujets un peu moins dépendants.

Mais sans doute ces résultats sont aussi indissociables des activités proposées au sein de l'établissement.

## Activités jugées les plus efficaces en fonction du secteur

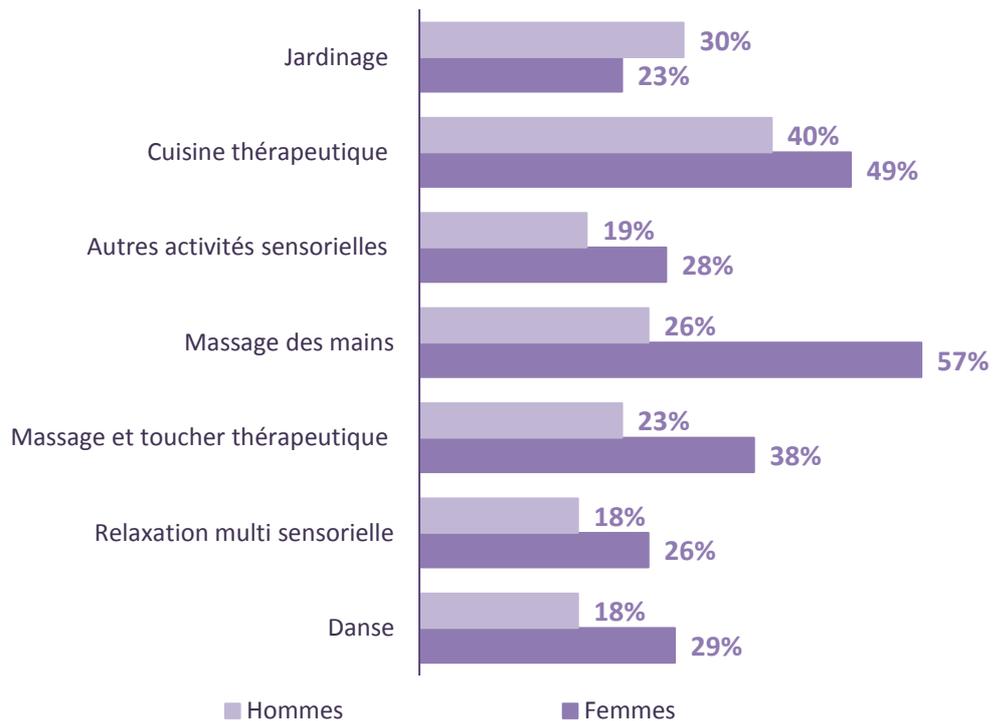


Pour les massages et touchers thérapeutiques, la marche et les interventions dans un espace de relaxation multi sensorielle sont les activités pour lesquelles il y a le moins d'écart. Cela s'explique peut être parce que l'ensemble de ces structures met en place ces actions. Il est probable que la formation de professionnels ainsi que l'aménagement architectural, les conventions partenariales ont un impact non seulement sur les activités proposées, mais aussi sur la perception de professionnels quant à l'efficacité perçue. La zoothérapie, la gym douce ou le tai-chi en sont une illustration.

Enfin, il nous a semblé important d'observer si au-delà du GMP, et du type d'établissement, le sexe du résident a un impact sur les activités proposées.

**Croisement des principales activités non médicamenteuses par sexe** (activités pour lesquelles la différence homme/femme est significative) :

## Approches thérapeutiques non médicamenteuses par sexe



Parmi les activités pour lesquelles la différence homme/femme est significative, «très normalement», le jardinage est la seule activité qui est plus pratiquée par les hommes (30%) que par les femmes (23%). Si l'on s'en réfère aux travaux de l'Insee consacrés aux tâches ménagères<sup>64</sup>, les hommes consacraient en 1986, 47 minutes par jour au bricolage et jardinage alors que les femmes seulement 15 minutes.

« Culturellement », nous retrouvons aussi un écart de presque 10 points pour les activités plus spécialement dédiées aux femmes comme la cuisine thérapeutique et la danse. Pour la cuisine thérapeutique, les écarts devraient se réduire avec l'évolution des générations puisque cet écart du temps consacré à la cuisine diminue entre les hommes et les femmes<sup>65</sup>.

L'apaisement par le toucher, le massage est là aussi une activité plus spécifiquement féminine. Compte tenu de l'évolution de ces activités « bien-être » non plus seulement réservées aux femmes depuis une dizaine d'années, les écarts entre les genres devraient se réduire.

La marche et la musicothérapie sont pratiquées indifféremment (pas de différence significative entre les sexes). En 2012, toujours selon l'étude de l'Insee, dès lors que l'on observe la répartition des temps sociaux selon le sexe, les hommes et les femmes consacrent un temps similaire, ou presque, à la promenade. Les activités autour de la musique ne font pas partie de cette étude, mais on peut supposer que cette activité ne doit pas connaître de différence spécifique entre les sexes.

<sup>64</sup> INSEE, RICROCH, L. En 25 ans, moins de tâches domestiques pour les femmes. In *INSEE Références. Regards sur la parité, édition 2012*. Paris : INSEE, 2012.

<sup>65</sup> Cf. Étude de l'Observatoire des Inégalités. *L'inégale répartition des tâches domestiques entre les femmes et les hommes*, 2016 [en ligne] issue de *Données détaillées de l'enquête Emploi du temps 2009-2010*, Insee Résultats n°130, juin 2012.

Alors que les études concernant les interventions thérapeutiques non médicamenteuses n'ont pas porté la preuve de leur efficacité, notamment pour des questions méthodologiques, la HAS<sup>66</sup> préconise cependant d' « éviter de faire à la place du patient ce qu'il est encore capable de faire : rechercher les capacités restantes et les stimuler et installer une routine adaptée à ses habitudes ». Les interventions thérapeutiques non médicamenteuses s'appuient en partie sur la mémoire procédurale. C'est pourquoi en l'état des connaissances actuelles, l'ensemble des activités proposées correspondent largement aux activités que les personnes avaient le plus l'habitude de pratiquer. Enfin, on comprend aussi toute la nécessité de l'implication des familles pour mieux connaître la vie du résident et ce qui pour lui était « source de plaisir ». D'ailleurs, l'implication des aidants dans cette recherche commune par les équipes et les familles pour réduire les troubles du comportement, a aussi un impact sur les aidants en développant leur sentiment d'efficacité<sup>67</sup>.

Ainsi, on observe une grande disparité dans les interventions non médicamenteuses proposées aux résidents selon qu'ils soient homme ou femme. Les équipes soignantes devront donc évoluer dans leur pratique au même rythme que les évolutions sociétales. Les nouvelles technologies, jeux vidéo et autres objets connectés ne devraient plus faire figure d'exception au sein de ces établissements. Les résidents hommes devraient rapidement être concernés puisqu'ils consacrent (en 2012) deux fois plus de temps que les femmes aux jeux vidéo et à internet. Enfin, les soignants étant le plus souvent des soignantes, il est possible que les activités proposées reflètent aussi la culture même des personnes qui les mettent en place.

## Conclusion

Lorsqu'on interroge les équipes sur les points forts des UHR, arrivent en premier les relations avec les familles. Les familles et les proches-aidants ont un rôle majeur dans l'accompagnement des résidents en UHR. Ils participent à l'élaboration du projet personnalisé et à sa réévaluation en fonction de l'évolution du résident. En amont de l'entrée, 95% des UHR proposent une visite préalable à l'admission<sup>68</sup>. 86% des UHR ayant répondu à l'enquête n'appliquent pas de limitation d'heures de visites pour les proches.

Dans la grande majorité des cas (59%), les familles sont invitées à participer au moins une fois par trimestre à des réunions d'information et/ou de suivi. Pour les autres, (41%) les réunions sont moins régulières. Cette pratique est plus fréquente dans les Ehpad non hospitaliers (soit 71%) contre moins de 57% dans les autres établissements. Malgré tout, avec presque 60% de participation régulière, les membres de familles de résidents accueillis en UHR participent davantage qu'en Ehpad classique. En

---

<sup>66</sup> HAS. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. Saint-Denis, HAS, mai 2009.

<sup>67</sup> *Ibid.*

<sup>68</sup> L'enquête *Bientraitance en Ehpad 2015* observe qu'en moyenne, par établissement, 39% des nouveaux résidents n'ont pas effectué de visite préalable.

effet, selon l'enquête nationale bientraitance 2015 (Anesm), ils ne sont que 35% à participer à une action collective organisée par l'Ehpad.

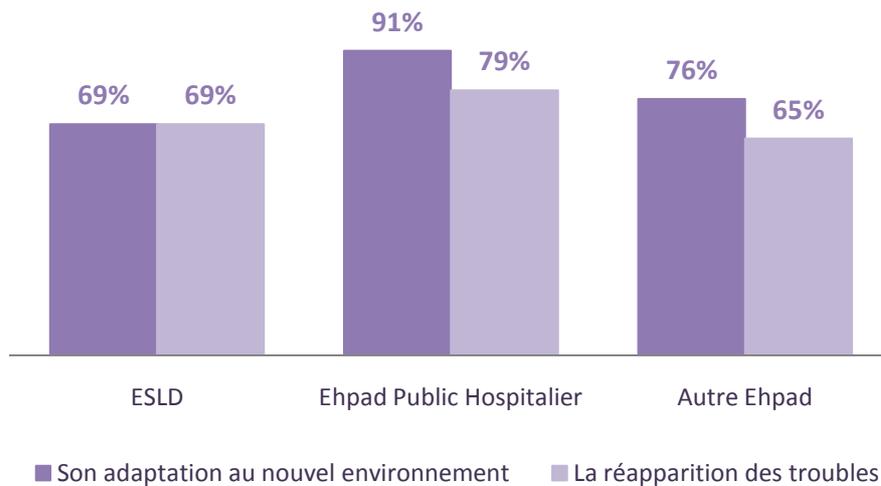
### Les points forts des UHR



L'implication des familles se traduit aussi par leur implication au moment de la sortie. Très majoritairement, dès lors que la sortie d'une personne est programmée, 80% des familles collaborent activement avec l'équipe de l'UHR afin de trouver le prochain lieu d'hébergement. Malgré tout, pour 27% des familles cela se traduit par un sentiment d'angoisse. On peut supposer que dans la mesure où, au sein de ces structures, la parole et la place des familles sont particulièrement considérées, la fin de cet accueil puissent les angoisser.

Mais dès lors que cet accompagnement séquentiel est terminé, majoritairement, les équipes s'assurent de l'adaptation du résident à son nouvel environnement. On note des disparités importantes selon le statut de l'établissement. Les Ehpad hospitaliers y sont plus particulièrement vigilants.

## Suivi du résident après la sortie de l'UHR



Par ailleurs, même si la formation des professionnels ainsi que les activités proposées sont identifiées comme les points forts des UHR, celles-ci n'impactent pas encore sur les pratiques médicales et notamment le recours aux prescriptions médicamenteuses. Si l'UHR se veut un lieu où les activités thérapeutiques non médicamenteuses peuvent être privilégiées grâce à un personnel formé, le réflexe de la prescription notamment des psychotropes, neuroleptiques et anti-démence est encore très présent. Une question de culture ?

Enfin, cet état des lieux ouvre la réflexion pour de nouvelles approches et recherches scientifiques au sein de ces unités d'hébergement renforcé.

## Synthèse des principaux sigles

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CMAI** : Cohen-Mansfield Agitation Inventory (échelle d'agitation de Cohen-Mansfield)

**CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

**CREAI** : Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

**DGCS** : Direction Générale de la Cohésion Sociale

**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

**EHPA** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**ESLD** : Etablissement de Soins de Longue Durée

**FINES** : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**MND** : Maladie Neuro-dégénérative

**MMSE** : Mini-Mental State Examination

**NPI-ES** : Inventaire Neuropsychiatrique, version Equipe Soignante

**PASA** : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

**PMND** : Plan Maladie Neuro-dégénérative

**SCPD** : Symptômes Psychologiques et Comportementaux des Démences

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

**UCC** : Unité Cognitivo-Comportementale

**UHR** : Unité d'hébergement renforcé

## **Annexe 1 : questionnaire sur le dispositif**

### **Unités d'hébergement renforcé**

#### **1. La structure générale**

**Secteur :**

- Sanitaire (ESLD)
- Médico-social (EHPAD)

**Statut Juridique :**

- Privé à but lucratif
- Privé à but non lucratif
- Public hospitalier
- Public non hospitalier

**Capacité totale (nombre de lits) de l'établissement :** .....

**Dernier GMP validé :** .....

**Dernier PMP validé :** .....

## 2. L'unité d'hébergement renforcée

Date de LABELLISATION ? .....

Date de création de l'UHR ? .....

Capacité installée (capacité d'accueil) de l'UHR au moment de l'enquête : .....

Nombre de personnes accueillies au moment de l'enquête : .....

Dont nombre d'hommes : .....

Dont nombre de femmes : .....

## 3. Caractéristiques des locaux

Votre UHR dispose-t-elle des infrastructures suivantes :

- D'un espace repas avec office
- D'un salon dédié au repos
- D'une salle de bain / bien être
- D'un espace d'activités adaptées
- D'un jardin ou d'une terrasse

Comment l'UHR assure-t-elle la sécurité des personnes accueillies ?

### Au niveau de la structure

- Digicode à l'entrée
- Fermeture à clé à l'entrée de l'UHR
- Caméra de surveillance à l'entrée
- Surveillance humaine
- Autres

### Au niveau des résidents

- Dispositif protection individuelle (bracelet géolocalisation, ceinture GPS, etc....)
- Autres

#### 4. Moyens en personnel

<i>Qualification</i>	Nombre Total d'ETP en poste à l'UHR au moment de l'enquête	Dont ETP affecté exclusivement à l'UHR	Dont ETP également en poste au sein de l'EHPAD	Dont ETP financés par le forfait soin UHR
Médecin Coordonnateur				
Assistant des soins en gérontologie (ASG)				
Aide soignant (AS)				
Aide médico-psychologique (AMP)				
Un agent de service hospitalier (ASH)				
Infirmier diplômé d'état (IDE)				
Kinésithérapeute				
Orthophoniste				
Intervenant activité physique adaptée				
Ergothérapeute				
Psychomotricien				
Psychologue				
Médiateur animal (zoothérapeute)				
Musicothérapeute				
Art thérapeute				
Socio-esthéticien (massage et toucher thérapeutique)				
Autres thérapeutes (sophrologue, aromathérapeute, luminothérapeute, ...)				

Animateur				
Autres (à préciser)				
<b>TOTAL</b>				

*Exemple pour vous guider dans le remplissage : votre UHR dispose de 3,4 ETP d'ASG, dont 3 ETP à temps plein et exclusivement au sein de l'UHR, et 0.4 ETP au sein de l'UHR mais qui intervient aussi au sein de l'EHPAD. 2.5 ETP sont financés par un forfait soin.*

<u>Qualification</u>	Nombre Total d'ETP en poste à l'UHR au moment de l'enquête	Dont ETP affecté exclusivement à l'UHR	Dont ETP également en poste au sein de l'EHPAD	Dont ETP financés par le forfait soin UHR
Assistant des soins en gériologie (ASG)	3.4	3	0.4	2.5

**La nuit, y a-t-il dans votre UHR ?**

	Présence sur place et uniquement pour UHR	Présence sur place mais mutualisé avec Ehpap/ELSD	Astreinte téléphonique
Un médecin	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Un infirmier diplômé d'état (IDE)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Un aide soignant	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Un aide médico-psychologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Un assistant de soin en gériologie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Un agent de service hospitalier (ASH)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

## 5. Caractéristiques des séjours en 2015 (y compris pour les UHR ouvertes en 2015)

Nombre total de résidents entrés dans l'UHR en 2015 : .....

Quel est le nombre de résidents entrés en 2015 venant de ... ?

PROVENANCE	Nombre
Domicile	
Ehpad attenante à l'UHR	
Autres Ehpad	
Famille d'Accueil	
UCC	
Foyer Logement (Résidence autonomie)	
MCO	
SSR	
Service de psychiatrie	
USLD	
Autre	

Nombre total de résidents sortis de l'UHR en 2015 : .....

Quel est le nombre des résidents sortis en 2015 à destination de ... ?

Destinations	Nombre
Retour à l'Ehpad de provenance	
Admission dans un Ehpad attenante à l'UHR	
Admission dans un autre Ehpad	
Admission en ESLD	
Retour au domicile	
Autres, précisez	

Quel est le nombre de résidents sortis définitivement\* en 2015 pour les motifs suivants :

Motifs de sortie définitive (bulles hospitalisation)	Nombre
Amélioration des troubles	
Perte de mobilité	
Altération de l'état de santé somatique	
Rapprochement familial	
Départ volontaire à initiative du résident ou d'un proche	
Décès	
Autres, précisez	

\* Les

*hospitalisations ne sont pas considérées comme sortie définitives*

## 6. Fiche Personne accueillie

FICHE A REMPLIR POUR LES 10 DERNIERS RESIDENTS ACCUEILLIS ET PRESENTS DEPUIS PLUS DE DEUX MOIS

### Résident 1

Homme                       Femme                      Age :

Date d'entrée : .....

**Provenance à l'entrée :**

- Domicile privé ou chez un proche
- EHPAD
- Famille d'accueil
- Foyer Logement (Résidence autonomie)
- UCC
- SSR
- hôpital psychiatrique
- Autres (précisez) :.....

Le résident disposait-il d'un score NPI-ES à son arrivée ?      oui      non

Si le score NPI-ES était supérieur à 7, quel en était l'item ? .....

Le résident disposait-il d'un score MMSE à son arrivée ?      oui      non

Le résident disposait-il d'un certificat médical de demande d'entrée conforme aux troubles et pathologies constatés à son arrivée ?      oui      non

Le diagnostic du résident était-il établi ?      oui      non

**Si oui quelle était la nature du diagnostic :**

- Maladie d'Alzheimer
- Maladies apparentées et/ou démence vasculaire
- Affection psychiatrique
- autre, précisez : .....

**Traitements médicamenteux :**

Type de traitement	A l'entrée	Le jour de l'enquête
Anxiolytiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti démentiels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidépresseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnotiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**La semaine précédent l'enquête, quelles techniques/activités non médicamenteuses ont été utilisées auprès du résident :**

Principales activités de la catégorie	Activités thérapeutiques collectives	Activités thérapeutiques individuelles
<b>Activités motrices</b>		
Gymnastique douce, Tai Chi		
Marche		
Danse		
Autres activités physiques adaptées		
<b>Activités sensorielles</b>		
Musicothérapie		
Aromathérapie		
Intervention dans une salle Snoezelen		
Massage et toucher thérapeutique		
Massage des mains		
Autres activités sensorielles		
<b>Activités cognitives</b>		
Rééducation de l'orientation		
Stimulation cognitive		
Orthophonie		
Autres activités cognitives		
<b>Activités sociales</b>		
Zoothérapie		
Cuisine thérapeutique		
Art thérapie		
Thérapie comportementale et cognitive		
Jardinage		
Autres activités sociales		

## 7. Evaluation du dispositif

Les locaux sont-ils en adéquation aux besoins des personnes accueillies ? oui non

Si non, pourquoi :

- Espace extérieur mal adapté
- Pas d'espace extérieur
- Espace extérieur insuffisamment sécurisé
- Manque d'espaces intérieurs pour les activités
- Autre précisez : .....

Y a-t-il une recherche systématique du consentement de la personne à son entrée dans l'UHR ?

oui non

La question de la protection juridique est-elle systématiquement interrogée ?

oui non

### L'accompagnement des familles :

Les familles ont-elles systématiquement la possibilité de réaliser une visite préalable à l'admission ?

oui non

Les familles sont-elles invitées à participer régulièrement (au moins tous les trimestres) à des réunions d'information et/ou de suivie ? oui non

Les familles sont-elles invitées à participer à certaines activités (partager un repas, une activité, ...) ? oui non

Dans la journée, les horaires de visites sont-ils limités ? oui non

La famille participe-t-elle à la recherche de solution d'hébergement à la sortie ? oui non

Quelles sont les réactions les plus fréquentes des familles lors des sorties (en dehors des décès et hospitalisations) ?

- Incompréhension
- Refus
- Acceptation
- Autres précisez : .....

### L'accompagnement thérapeutique :

**Avez- vous constaté une amélioration des troubles du comportement des résidents suite aux activités thérapeutiques non médicamenteuses proposées par l’UHR ?** oui non

**Si oui quelles sont les activités les plus efficaces ? (3 choix maximum)**

<u>Activités motrices</u>	
Gymnastique douce, Tai Chi	<input type="checkbox"/>
Marche	<input type="checkbox"/>
danse	<input type="checkbox"/>
Autres activités physique adaptées	<input type="checkbox"/>
<u>Activités sensorielles</u>	
musicothérapie	<input type="checkbox"/>
aromathérapie	<input type="checkbox"/>
Intervention dans un espace de relaxation multisensorielle	<input type="checkbox"/>
Massage et toucher thérapeutique	<input type="checkbox"/>
Massage des mains	<input type="checkbox"/>
Autre activités sensorielles	<input type="checkbox"/>
<u>Activités cognitives</u>	
Rééducation de l’orientation	<input type="checkbox"/>
Stimulation cognitive	<input type="checkbox"/>
Orthophonie	<input type="checkbox"/>
Autre activités sensorielles	<input type="checkbox"/>
<u>Activités sociales</u>	
Zoothérapie	<input type="checkbox"/>
Cuisine thérapeutique	<input type="checkbox"/>
Art thérapie	<input type="checkbox"/>
Thérapie comportementale et cognitive	<input type="checkbox"/>
Jardinage	<input type="checkbox"/>
Autre activités sensorielles	<input type="checkbox"/>

L’équipe :

**En adéquation avec les missions de l’UHR et les caractéristiques des résidents, le personnel soignant est-il ?**

- Suffisamment nombreux le jour
- Suffisamment nombreux la nuit
- Suffisamment qualifié
- Suffisamment formé



**Selon vous, quels sont les points forts de votre structure ?**

- Agencement des locaux
- Activités proposées
- Qualification du Personnels
- Coordination des équipes
- Partenariats externes
- Les relations avec les familles
- Accompagnement la nuit
- Gestion des urgences

**Avez-vous des dérogations par rapport au cahier des charges sur les points suivants :**

- Normes architecturales oui non  
**Si oui, précisez :** .....
- Organisations des activités oui non  
**Si oui, précisez :** .....
- Qualification du personnel oui non  
**Si oui, précisez :** .....
- Les critères d'entrée oui non  
**Si oui, précisez :** .....
- Réévaluation du projet personnalisé oui non  
**Si oui, précisez :** .....
- Les critères de sortie oui non  
**Si oui, précisez :** .....
- La formalisation des partenariats externes oui non  
**Si oui, précisez :** .....

## Annexe 2 : tableaux de répartition des résidents par tranche d'âges et par sexe

	Effectifs	% Enquête UHR	% Enquête DREES
Moins de 65 ans	32	3,8%	3,4%
65 ans à moins de 70	46	5,5%	3,1%
70 ans à moins de 75	88	10,5%	4,7%
75 ans à moins de 80	134	15,9%	9,4%
80 ans à moins de 85	199	23,6%	19%
85 ans à moins de 90	226	26,8%	29,5%
90 ans à moins de 95	92	10,9%	21%
95 ans et plus	24	2,9%	10%
	841	99,9%	100%

### Annexe 3 : Evolution de prescription médicamenteuse<sup>69</sup> entre le moment de l'arrivée et le jour de l'enquête (hypnotique et neuroleptique)

- **Croisement à partir de la prescription d'hypnotique**

Pourcentage de résidents sous traitements médicamenteux à l'entrée selon la prise de d'hypnotique		
	Résidents sous hypnotique à l'entrée dans l'UHR	
	Non	Oui
Résidents sous anxiolytique à l'entrée dans l'UHR	63%	73%
Résidents sous anti-déméntiel à l'entrée dans l'UHR	27%	32%
Résidents sous antidépresseur à l'entrée dans l'UHR	38%	46%
Résidents sous neuroleptique à l'entrée dans l'UHR	55%	63%

Pourcentage de résidents sous traitements médicamenteux au moment de l'enquête selon la prise d'hypnotique		
	Résidents sous neuroleptique le jour de l'enquête	
	Non	Oui
Résidents sous anxiolytique le jour de l'enquête	61%	<b>71%</b>
Résidents sous anti-déméntiel le jour de l'enquête	18%	21%
Résidents sous antidépresseur le jour de l'enquête	43%	49%
Résidents sous neuroleptique le jour de l'enquête	44%	64%

<sup>69</sup> **Pour rappel** : au sein de cette étude, n'ont été interrogés que les traitements médicamenteux suivants : hypnotique, neuroleptique, antidépresseur, anti-déméntiel et anxiolytique.

- **Croisement à partir de la prescription de neuroleptique**

<b>Pourcentage de résidents sous traitements médicamenteux à l'entrée selon la prise de neuroleptique</b>		
	Résidents sous neuroleptique à l'entrée dans l'UHR	
	Non	Oui
Résidents sous anxiolytique à l'entrée dans l'UHR	63%	70%
Résidents sous anti-déméntiel à l'entrée dans l'UHR	29%	28%
Résidents sous antidépresseur à l'entrée dans l'UHR	40%	42%
Résidents sous hypnotique à l'entrée dans l'UHR	30%	38%

<b>Pourcentage de résidents sous traitement médicamenteux au moment de l'enquête selon la prise de neuroleptique</b>		
	Résidents sous neuroleptique le jour de l'enquête	
	Non	Oui
Résidents sous anxiolytique le jour de l'enquête	59%	69%
Résidents sous anti-déméntiel le jour de l'enquête	22%	17%
Résidents sous antidépresseur le jour de l'enquête	44%	46%
Résidents sous hypnotique le jour de l'enquête	22%	39%

**Clé de lecture** : 38 % des résidents traités par neuroleptique à l'entrée dans l'UHR le sont également par hypnotique. Ceux n'étant pas traités par neuroleptique ne sont que 30 % à être traités par hypnotique.

## **Annexe 4 : Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**

« Art. D. 312-155-0-2.-I.-L'unité d'hébergement renforcé héberge des résidents souffrant de symptômes psycho-comportementaux sévères consécutifs d'une maladie neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel, qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents.

« II.-L'unité d'hébergement renforcé propose sur un même lieu l'hébergement les soins, les activités sociales et thérapeutiques individuelles ou collectives qui concourent au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles et des fonctions cognitives, à la mobilisation des fonctions sensorielles ainsi qu'au maintien du lien social des résidents.

« Le projet de soins et le programme d'activités sont élaborés sous l'autorité du médecin de l'établissement de soins de longue durée ou par le médecin coordonnateur de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, en lien avec le médecin traitant.

« Le projet de l'unité d'hébergement renforcé prévoit ses modalités de fonctionnement, notamment les activités thérapeutiques individuelles et collectives, les modalités d'accompagnement et de soins appropriés, l'accompagnement personnalisé, les transmissions d'informations entre équipes soignantes de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et l'unité.

« L'avis d'un psychiatre est systématiquement recherché.

« III.-Le médecin coordonnateur de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes coordonne et suit le projet de soins et le programme d'activité de l'unité.

« L'unité d'hébergement renforcé dispose :

« 1° D'un médecin, le cas échéant, le médecin coordonnateur peut assurer cette mission ;

« 2° D'un infirmier ;

« 3° D'un psychomotricien ou d'ergothérapeute ;

« 4° D'un aide-soignant ou d'un aide médico-psychologique ou d'accompagnement éducatif et social ;

« 5° D'un assistant de soins en gérontologie ;

« 6° D'un personnel soignant la nuit ;

« 7° D'un psychologue pour les résidents et les aidants.

« L'ensemble du personnel intervenant dans l'unité est spécifiquement formé à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives, notamment à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie.

« IV.-L'unité dispose d'espaces privées et collectifs et notamment d'une ouverture sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse clos et sécurisé. Cet espace est accessible dans les conditions permettant de garantir la sécurité.

« La conception architecturale de l'unité vise à :

« 1° Favoriser un environnement convivial et non institutionnel de façon à protéger le bien-être émotionnel et réduire l'agitation et l'agressivité des résidents ;

« 2° Favoriser l'orientation et la déambulation dans un cadre sécurisé ;

« 3° Répondre à des besoins d'autonomie et d'intimité ;

« 4° Prendre en compte la nécessité de créer un environnement qui ne produise pas de sur-stimulations sensorielles excessives pouvant être génératrices de troubles psychologiques et comportementaux. »

## Conduite des travaux

### Equipe Anesm

Delphine DUPRÉ-LÉVÊQUE : responsable secteur Personnes Agées

Aylin AYATA : chef de projet secteur Personnes Agées

Mahel BAZIN : chargé d'études statistiques

Thomas GONÇALVES : chargé d'études statistiques

Sandra NAHON : chargée d'études statistiques

### Participants au comité de pilotage

Marie-Christine ÉTIENNE : pilote de la MAIA Est-Héraultaise

Florence FRIES : directrice de l'hôpital de Clermont l'Hérault

Docteur JUBINEAU : responsable de l'UHR les couleurs du temps à Montpellier

### Référent conseil scientifique de l'Anesm

Annie FOUQUET (présidente du conseil scientifique de l'Anesm)

Professeur Claude JEANDEL (Gérialre, CHU Montpellier, vice président SFGG)

### Adoption des travaux

Didier CHARLANNE : directeur de l'Anesm