



Rapports d'activités 2011

Équipes Spécialisées Alzheimer à domicile (ESA)

Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)

Unités d'Hébergement Renforcées (UHR)

(Mesures 6 et 16 du plan Alzheimer 2008-2012)

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
PRESENTATION DU PLAN ALZHEIMER	3
I. LES EQUIPES SPECIALISEES ALZHEIMER A DOMICILE (ESA) - (MESURE N°6) :	4
II. LES DISPOSITIFS CREEES EN ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD) – (MESURE N°16) :	9
II.1. Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) :	9
A. Les structures porteuses	10
B. Les caractéristiques des PASA	11
C. Le fonctionnement des PASA	17
II.2. Les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) en EHPAD :	23
A. Les structures porteuses	24
B. Les caractéristiques des UHR	24
C. Le fonctionnement des UHR	27

Présentation du plan Alzheimer

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées progressent avec l'âge : à partir de 85 ans, une femme sur 4 et un homme sur 5 sont touchés. Selon les études épidémiologiques extrapolées à l'ensemble de la population, plus de 800 000 personnes seraient touchées par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée en France. Parmi les malades, 550 000 sont suivis médicalement (évaluation fin 2009) dont 350 000 bénéficient d'une prise en charge au titre de l'affection longue durée.

Au-delà des malades eux-mêmes, les aidants familiaux et l'entourage sont souvent les secondes victimes.

Face à cet enjeu de société, le Plan Alzheimer a été présenté le 1er février 2008 pour la période 2008-2012. Ce plan fait suite aux deux précédents plans Alzheimer qui, depuis 2001, ont notamment mis en place un réseau de consultations mémoire et financés des places d'accueil de jour. Centré sur la personne malade et sa famille, ce plan a pour objectif de fournir un effort sans précédent sur la recherche, de favoriser un diagnostic plus précoce et de mieux prendre en charge les malades et leurs aidants.

Le plan Alzheimer 2008-2012 se décline en 44 solutions concrètes sur 5 ans financées à hauteur de 1,6 milliard d'euros, dont 1,2 milliard pour le volet médico-social.

Dans le champ médico-social, plusieurs dispositifs innovants ont été créés et sont en cours de déploiement. Il s'agit notamment :

- des équipes spécialisées Alzheimer (ESA - mesure n°6) créées pour faciliter la prise en charge en des malades à domicile au début de maladie et permettre aux malades d'utiliser leurs capacités restantes ;
- des pôles d'activités et de soins adaptés et des unités d'hébergement renforcées (PASA et UHR – mesure n°16) pour améliorer la prise en charge des malades souffrant de troubles du comportement en établissement.

Les services et établissements concernés ont répondu à l'enquête en 2012 sur leur activité réalisée durant l'année 2011 (arrêtés du 5 mars 2012). Il s'agit de la première enquête significative d'activités pour ces dispositifs.

I. Les équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESA) - (Mesure n°6) :

Pour faciliter la prise en charge à domicile en début de maladie et permettre aux malades d'utiliser leurs capacités restantes pour apprendre à faire autrement des actes de la vie quotidienne auxquels ils tiennent particulièrement, le plan Alzheimer prévoit la création de 500 équipes mobiles pluridisciplinaires, composées de professionnels formés à la réadaptation, à la stimulation et à l'accompagnement des malades et de leur entourage.

Ces interventions à domicile, pour délivrer une prestation de réhabilitation et de soins d'accompagnement aux malades, sont rendues possibles par la création d'Équipes Spécialisées Alzheimer (ESA). Rattachées à des Services de Soins infirmiers A Domicile (SSIAD), ces équipes sont composées d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute et d'assistants de soins en gérontologie. Une expérimentation portant sur 40 équipes spécialisées réparties sur l'ensemble du territoire a été réalisée en 2009-2010.

En 2010, la généralisation du dispositif a été lancée et des crédits ont été dégagés pour financer le fonctionnement des ESA à hauteur de 150 000 euros par équipe et par an.

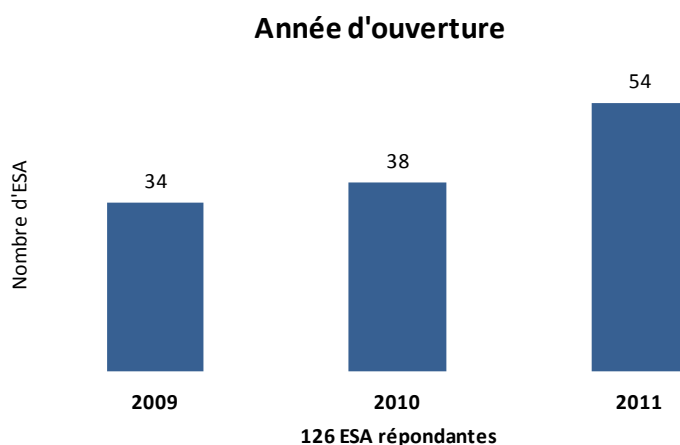
En septembre 2012, 236 équipes spécialisées Alzheimer sont opérationnelles.

Champ de l'enquête – exercice 2011 :

159 ESA étaient ouvertes en 2011, représentant une capacité de 18 442 places.

L'enquête :

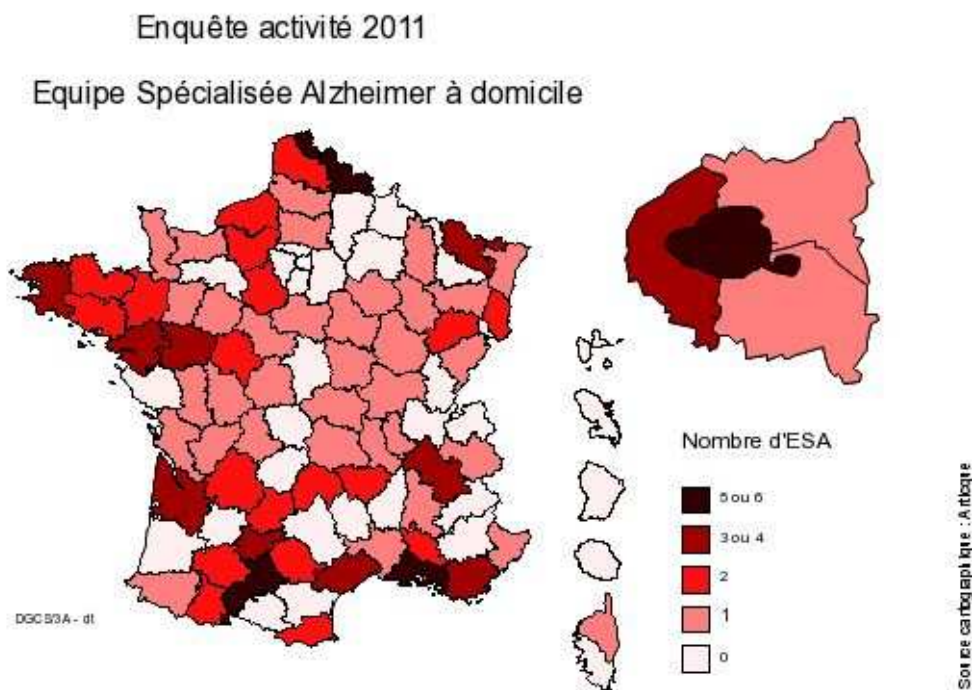
Sur les 158 ESA qui ont répondu à l'enquête, 14 ont ouvert en 2012. Ces dernières n'ont donc pas été retenues dans le cadre de l'enquête. De plus, 16 n'ont pas été retenues parce que les données fournies étaient trop partielles.



Ainsi, 128 ESA ont été finalement retenues pour la présentation des résultats de l'enquête, représentant 16 139 places installées pour 16 379 places autorisées.

Ces ESA sont présentes dans 71 départements de métropole, avec notamment 6 ESA dans les départements des Bouches du Rhône, du Nord et de Paris.

Les ESA couvrent environ 1 200 cantons (sur 4 055 cantons en France) pour une population de 3 900 000 personnes de plus de 65 ans.



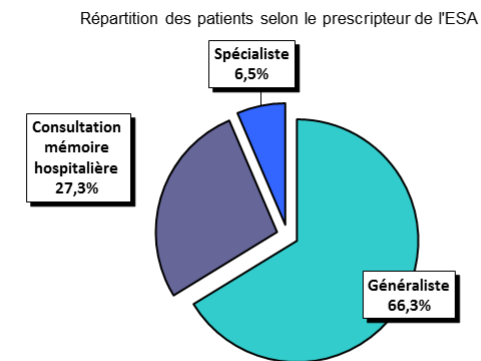
Patients reçus par les ESA répondants :

En 2011, environ 5 000 patients ont été reçus dans les ESA, soit une file active de 550 patients par mois. De nombreuses ESA n'ont ouvert qu'au cours de l'année 2011 (ouverture partielle sur l'exercice) et la durée moyenne de fonctionnement a été de 8 mois.

Une ESA reçoit en moyenne 52 patients en année pleine. La durée moyenne de prise en charge d'un patient est d'environ 13 semaines.

L'âge moyen des patients est de 81 ans.

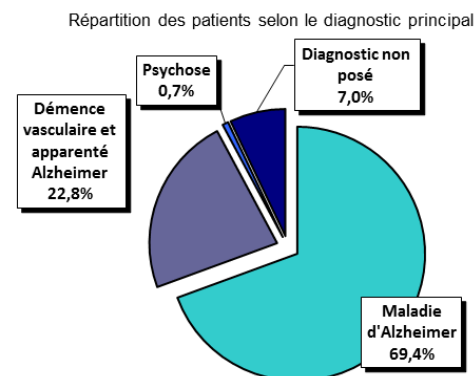
Prescripteurs des séances de réhabilitation :



4914 patients dans 125 ESA

La majorité des patients est adressée par des médecins généralistes (66%).

Diagnostic motivant la demande :



4994 patients dans 127 ESA

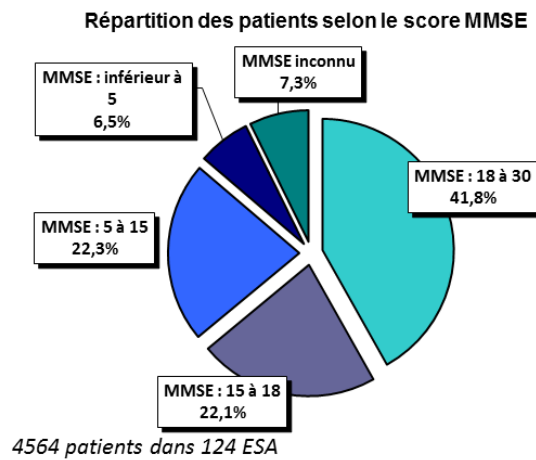
La très grande majorité des patients souffre de pathologies correspondant aux indications des ESA : 69% de maladies d'Alzheimer et 23% de maladies apparentées ou de démence vasculaire.

Seulement 0,7% des patients ont un diagnostic principal de psychose.

Notons toutefois que dans seulement 7% des cas, le diagnostic principal n'a pas été posé.

Score MMSE des patients :

Le score MMSE (Mini mental state examination) moyen est de 17.

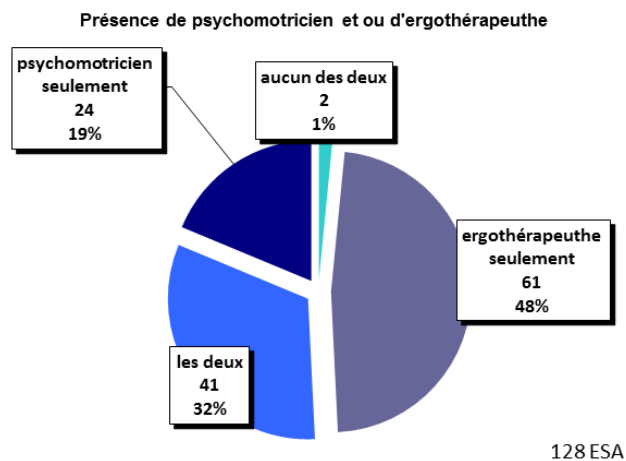


Dotations financières :

Les dotations des ESA sont en moyenne de 131 500 euros, mais 70% d'entre elles ont une dotation de 150 000 euros. Compte tenu du fait que les activités n'ont pas toujours couvert l'année entière, les dépenses sont restées inférieures aux dotations, avec une dépense moyenne de 105 000 euros.

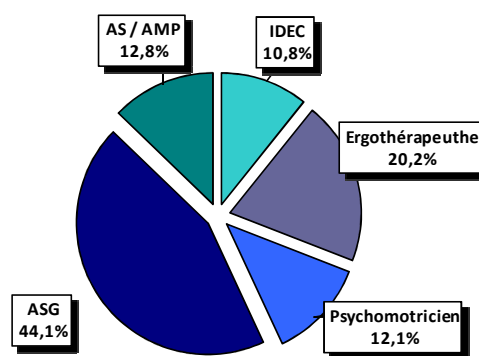
Une dotation au pro rata a donc été allouée aux ESA ouvertes en cours d'exercice.

Personnel :



Les ergothérapeutes sont présents dans 80% des ESA. Dans 32% des cas, un binôme ergothérapeute/psychomotricien est constitué. Les ESA avec psychomotricien sans ergothérapeute ne représentent que 19% des centres.

Répartition des personnels en ETP, selon la fonction



131 ETP dans 118 ESA

Le personnel affecté correspond environ à un équivalent temps plein par ESA (1,1). Ce personnel comprend 44% d'ASG, 20% d'ergothérapeutes et 12% de psychomotriciens.

II. Les dispositifs créés en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – (Mesure n° 16) :

Le plan Alzheimer 2008-2012 a créé (mesure n°16) pour les patients en EHPAD souffrant de troubles psycho-comportementaux et en fonction du niveau de ces troubles, deux types de dispositifs spécifiques :

- des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), proposant, pendant la journée, à des groupes de 12 à 14 résidents présentant des troubles du comportement modérés (par exemple agitation, déambulation mais aussi repli sur soi, apathie, dépression...), des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé, bénéficiant d'un environnement rassurant et permettant la déambulation.
- des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) pour les résidents ayant des troubles perturbateurs sévères du comportement, sous forme de petites unités, accueillant nuit et jour 12 à 14 malades, qui sont à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités.

Ces unités sont animées par des professionnels spécifiquement formés : des assistants de soins en gérontologie (nouvelle compétence créée), un psychomotricien et/ou un ergothérapeute.

En septembre 2012, 603 PASA et 69 UHR en EHPAD ont été ouverts. L'objectif à terme est de disposer de 1 784 Pôles d'Activités et de Soins Adaptés en EHPAD (soit 25 000 places) pour les malades présentant des troubles du comportement modérés ainsi que de 353 Unités d'Hébergement Renforcées (soit 5 000 places), pour les malades présentant des troubles du comportement sévères, réparties entre les EHPAD (1/3 des places) et les Unités de Soins de Longue Durée (USLD - 2/3 des places).

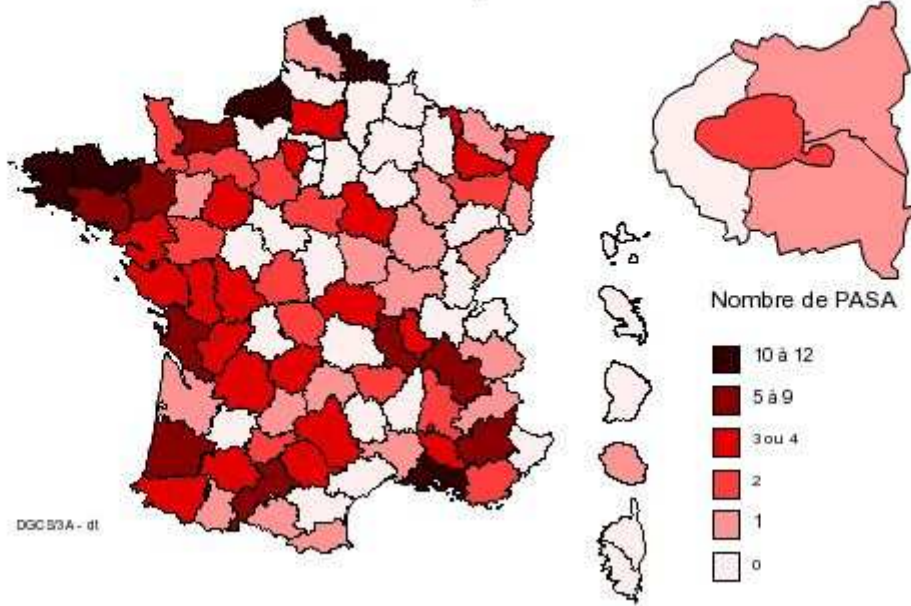
II.1. Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) :

Champ de l'enquête :

Le nombre d'établissements répondants est de 255. Cependant, seules 229 structures ont été retenues pour l'étude. Les autres ont été exclues en raison du renseignement partiel des données.

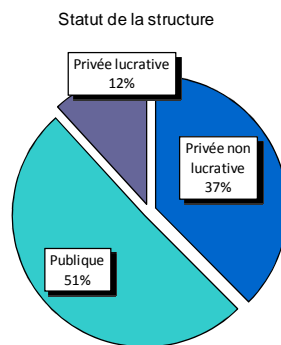
Enquête activité 2011

Pôle d'activités et de soins adaptés



A. Les structures porteuses :

Distribution des structures en fonction de leur statut :



229 réponses

Répartition des structures en fonction du nombre de places :

En 2011, la capacité des EHPAD ayant créé un PASA est en moyenne de 110 places. La majorité des EHPAD porteurs de PASA est en tarif global et 73 % de ces derniers ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur (PUI).

Tarifification :

88% des structures porteuses sont tarifées au GMPS (GIR moyen pondéré soins).
72% d'entre elles ne sont pas en situation de convergence tarifaire.

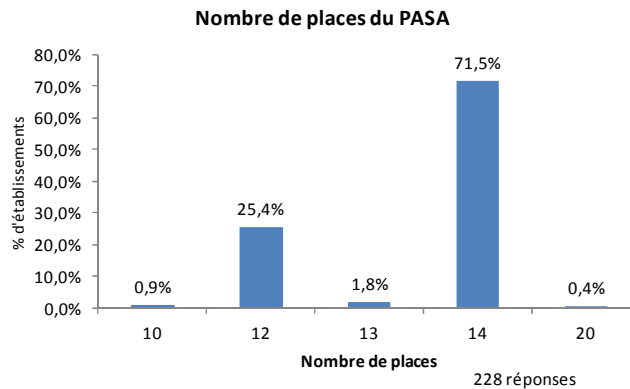
Niveau de dépendance et besoins en soins requis des résidents :

Le GMP (Groupe iso ressources Moyen Pondéré) présente une valeur moyenne de 715.

La valeur du Pathos Moyen Pondéré (PMP) pour les établissements sous tarification GMPS est en moyenne de 190,3. La moitié des PMP se situe entre 158 et 211.

B. Les caractéristiques des PASA :

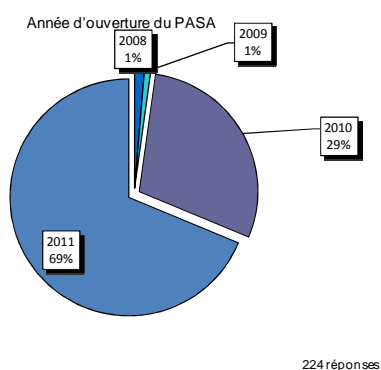
Nombre de places en PASA :



Les PASA disposent en moyenne de 13,5 places. La très grande majorité des structures (71%) dispose de 14 places de PASA et seules 25% n'ont que 12 places.

Deux structures déclarent ne disposer que de 10 places et un établissement déclare disposer de 20 places, ce qui dans les deux cas n'est pas conforme au cahier des charges (circulaire n°DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du Plan « Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 »).

Ouverture des PASA :

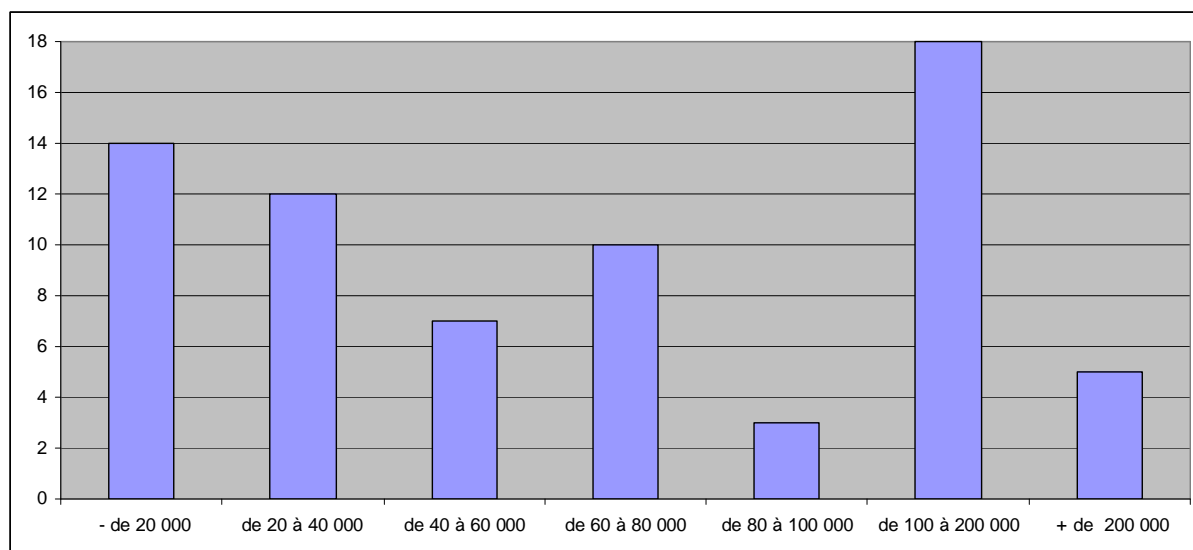


Moins d'un tiers des PASA ont ouvert avant 2011, le plus ancien fonctionne depuis 2008.

Subvention :

32% des établissements ont bénéficié d'une subvention dans le cadre du plan d'aide à l'investissement (PAI) accordée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

Le montant moyen alloué au titre du PAI était de 72 767€.

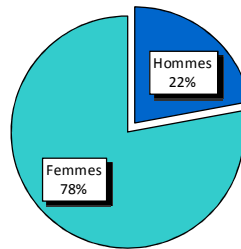


Résidents des PASA :

En 2011, dans les 229 structures étudiées, 6 563 personnes ont bénéficié d'une prise en charge en PASA, soit 28,7 bénéficiaires en moyenne par structure.

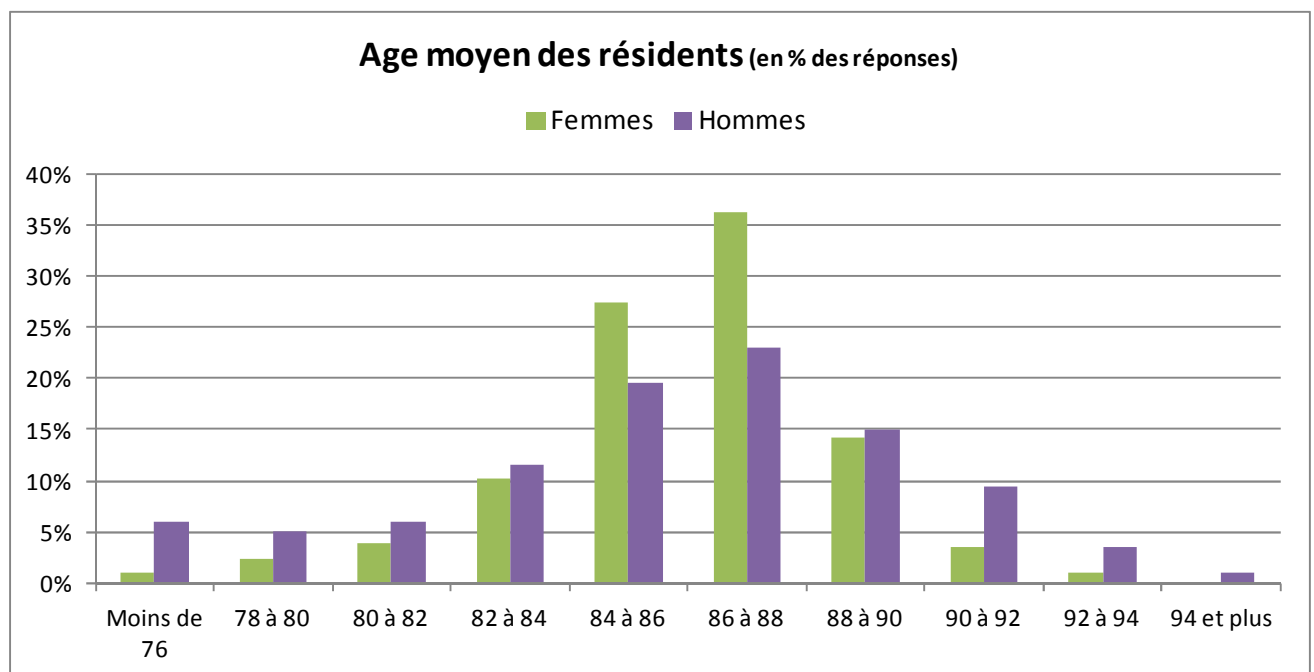
Répartition par sexe et âge :

Répartition des patients de la file active en 2011

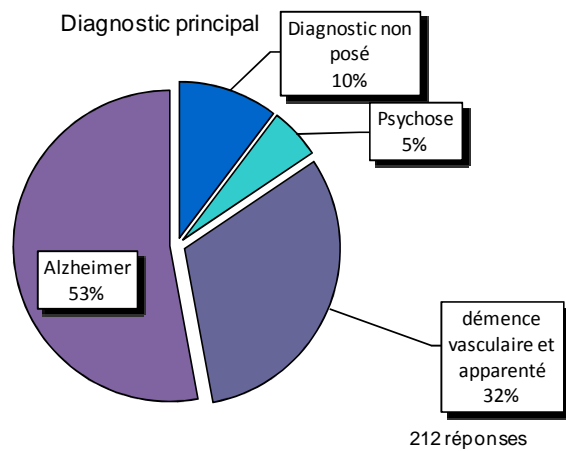


228
réponses

Les femmes représentent la très grande majorité des résidents (78% en 2011).
En 2011, elles sont âgées en moyenne de 85 ans. Les hommes sont âgés de 82 ans.



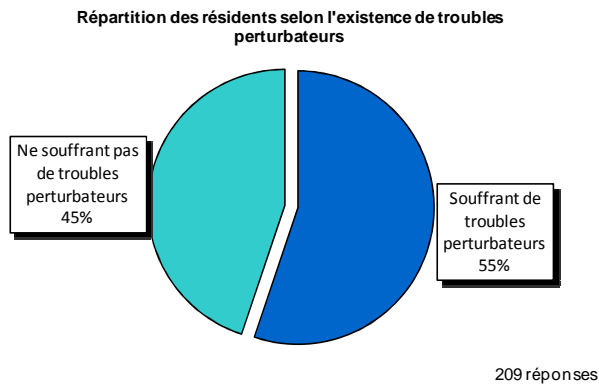
Nature des diagnostics :



Dans 90 % des cas, le diagnostic a bien été posé ; seulement 5% des résidents ont un diagnostic principal de psychose.

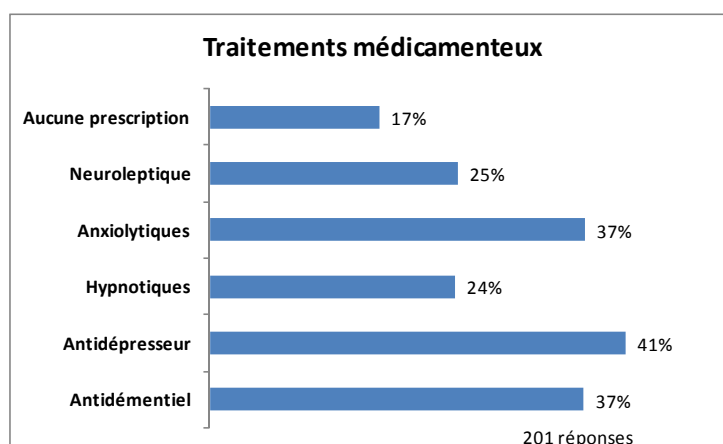
Rappelons que cette dernière catégorie de diagnostic n'entre pas dans le champ de la prise en charge en PASA.

Nature des troubles psycho-comportementaux :



Conformément au cahier des charges, les résidents accueillis dans les PASA se répartissent de façon équilibrée entre malades souffrant de troubles perturbateurs (55%) ou non.

Traitements médicamenteux :



« La prescription des psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques, antidépresseurs pour l'essentiel) est un problème de santé majeur et complexe, particulièrement chez les sujets âgés : plus d'un tiers des personnes de plus de 75 ans fait usage de psychotropes en France, tandis que ces médicaments sont à l'origine d'une iatrogénie importante (chutes, confusions, sédation excessive...) et hospitalisations indues », comme l'a rappelé la Haute autorité de santé (HAS).

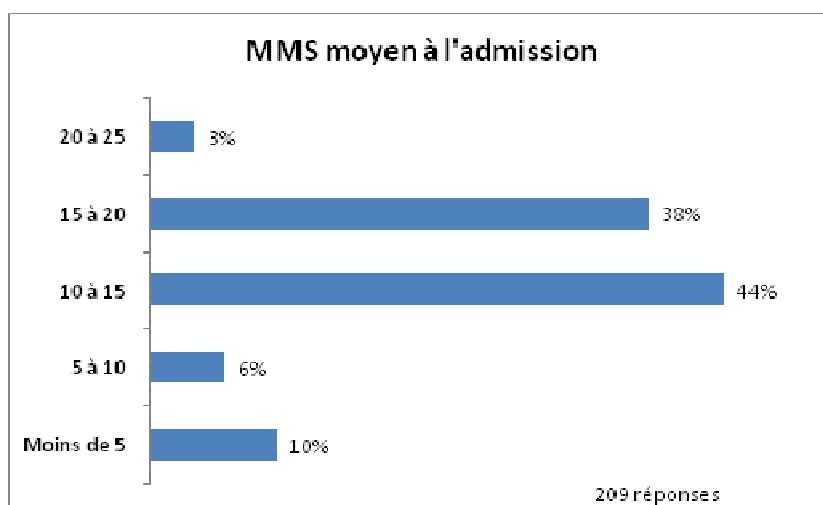
Les traitements décrits ici sont ceux pour lesquels il y a eu au moins deux prescriptions dans l'année. Les prescriptions les plus fréquentes concernent les antidépresseurs (pour 41% des résidents) suivis par les anxiolytiques et les antidéméntiels (37% des résidents ont eu deux prescriptions de ce type dans l'année). Les neuroleptiques et les hypnotiques concernent un quart des résidents.

La HAS indique également (janvier 2011) que « les neuroleptiques sont souvent prescrits dans les troubles du comportement du sujet âgé, notamment dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Or, les neuroleptiques ont une efficacité faible pour traiter ou prévenir ces troubles. Ils sont à l'origine d'effets indésirables fréquents et/ou très sévères dans ces populations fragiles (sédation diurne excessive, troubles de la marche avec risque de chutes, survenue d'accidents vasculaires cérébraux, décès) ».

Dans ce contexte, la HAS a lancé le programme professionnel « Alerte et maîtrise de la iatrogénie (AMI) des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer » en 2011.

Or, dans l'enquête, au moins deux prescriptions de neuroleptiques dans l'année ont été délivrées à 25 % des malades pris en charge en PASA.

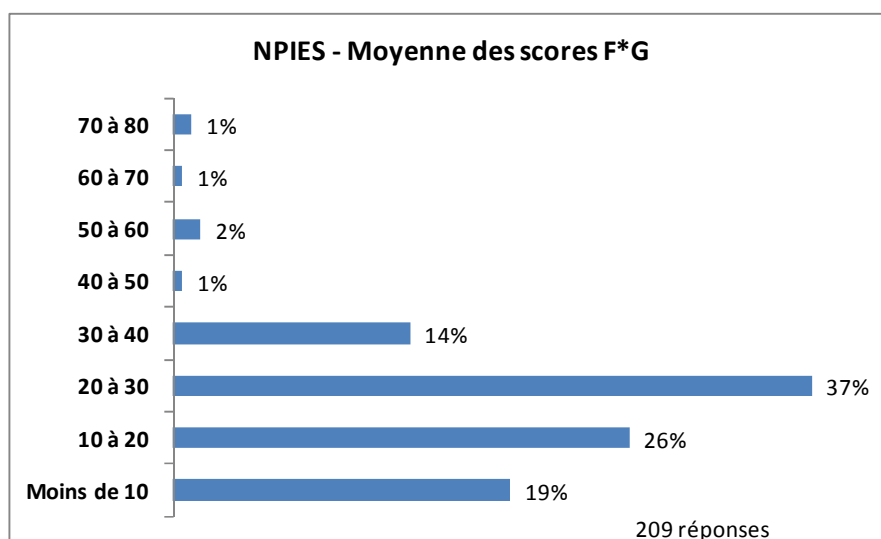
Score MMS :



Lors de l'admission au sein des PASA en 2011, le score moyen MMS (Mini mental state) était de 13.

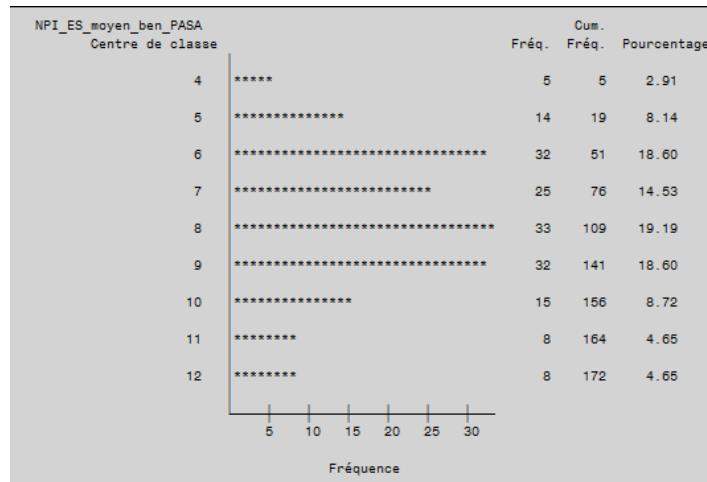
La population accueillie au sein des PASA correspond bien aux critères d'orientation et d'admission des malades.

Fréquence et gravité des troubles :



Lors de l'admission au sein des PASA en 2011, les moyennes des scores F x G (fréquence multiplié par gravité) du NPI-ES (inventaire neuropsychiatrique version équipe soignante) se situe à 21 en moyenne.

Moyenne du score le plus élevé (FxG) pour l'item comportemental le plus important par bénéficiaire :

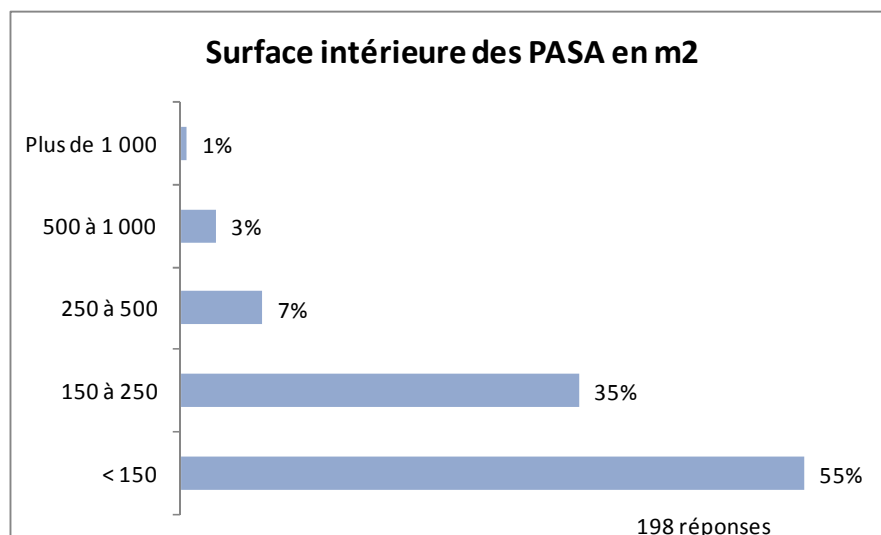


Le score le plus élevé (F x G) pour l'item le plus important par bénéficiaire se situait en moyenne à 7,8. Pour mémoire, dans les critères d'admission en PASA, le score F x G doit être supérieur à 3 sur au moins un item¹.

C. Le fonctionnement des PASA :

74 % des PASA présentent une unicité de lieu en 2011.

La très grande majorité des patients (98%) provient de l'établissement porteur.

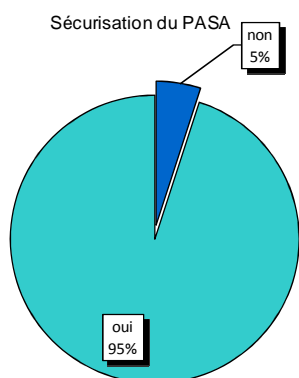


¹ Cf. l'instruction interministérielle DGAS/2C/DHOS/DSS n° 2010-06 du 7 janvier 2010 relative à l'application du volet médico-social du plan Alzheimer (annexe 5 : critères d'admissibilité/éligibilité dans les PASA et les UHR.

Les surfaces intérieures disponibles pour les PASA sont réduites : la surface intérieure est en moyenne de 165 m².

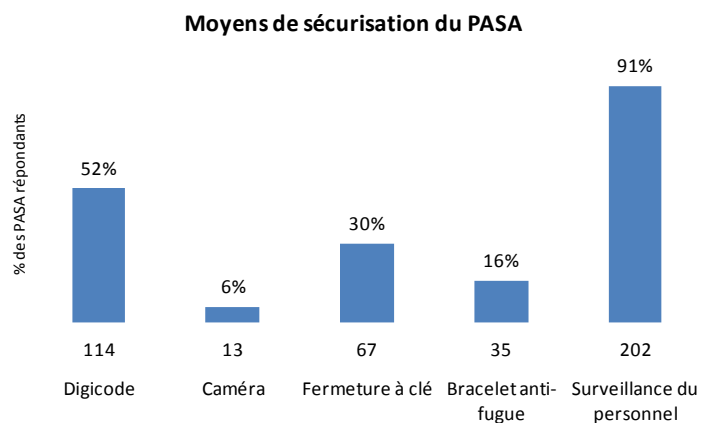
Les surfaces extérieures sont en moyenne à 450 m², mais 50% des PASA disposent de moins de 150 m² à l'extérieur.

Sécurisation des PASA :



221 réponses

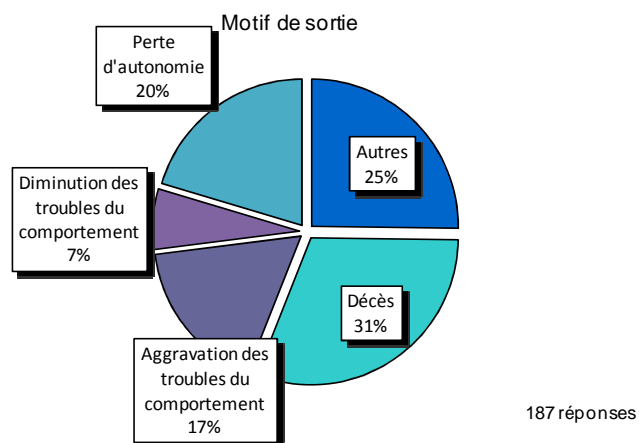
95% des PASA sont sécurisés. Le moyen de sécurisation le plus fréquent est la surveillance par le personnel (91 %). La moitié des PASA utilise des digicodes, 30% des fermetures à clé et 15% des bracelets anti-fugue. Seulement 6% sont équipés de caméra.



Sorties du PASA :

On observe en moyenne 7,8 sorties par an. Toutefois, compte tenu du fait que de nombreux établissements n'ont ouvert qu'en 2011, ces sorties ne sont pas significatives.

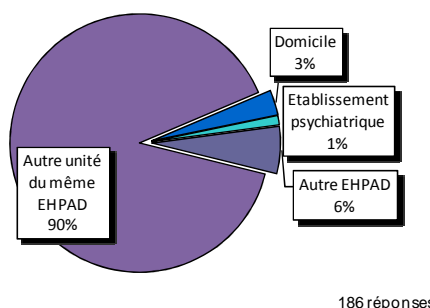
Dans les 88 établissements qui ont fonctionné 12 mois en 2011, on observe en moyenne 10 sorties pour 31,5 résidents.



L'aggravation des troubles du comportement (17%) et la perte d'autonomie (20%) représentent après les décès (31%) les motifs principaux de sortie.

7% des résidents quittent les PASA suite à une amélioration de leurs troubles du comportement.

Destination des sorties hors décès

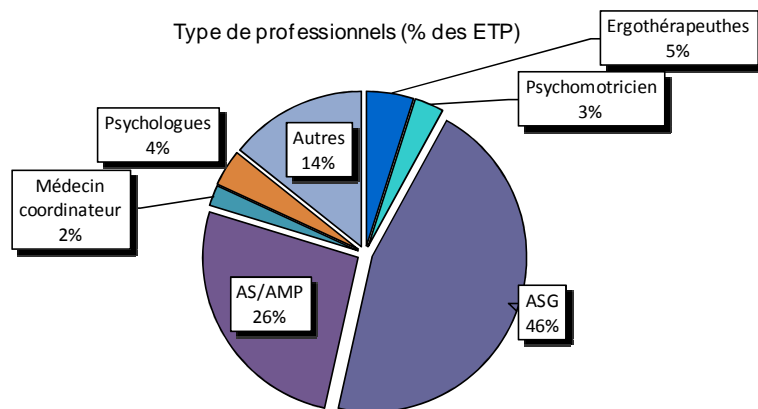


90 % des sorties du PASA se font vers une autre unité du même établissement.

Ressources en personnel :

Les PASA emploient 2,9 ETP (équivalent temps plein) en moyenne.

Compte tenu des nombreux postes à temps très partiel, les effectifs qui travaillent dans les PASA sont sensiblement plus importants : 5,9 personnes en moyenne. La moitié des PASA fait appel à un effectif compris entre 3 et 8 personnes.

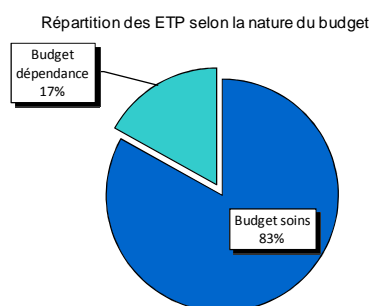


214 réponses

Les assistants de soins en gérontologie (ASG) représentent 46% des ETP dédiés aux PASA; les aides soignants (AS) et les aides médico-psychologiques (AMP) représentent 26%.

Le forfait afférent aux PASA prévoit le financement de postes d'ergothérapeute de psychomotricien et d'AS/AMP qui suivent la formation d'ASG.

En outre, d'autres personnels spécialisés interviennent dans les PASA : des psychologues (4% des ETP) et des médecins coordonnateurs (2 % des ETP).



214 réponses

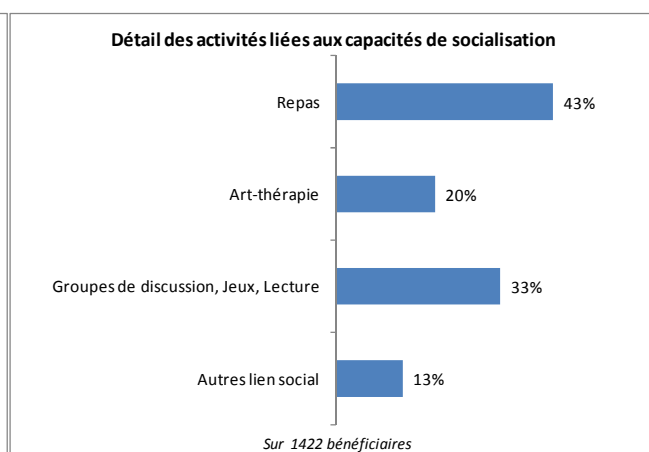
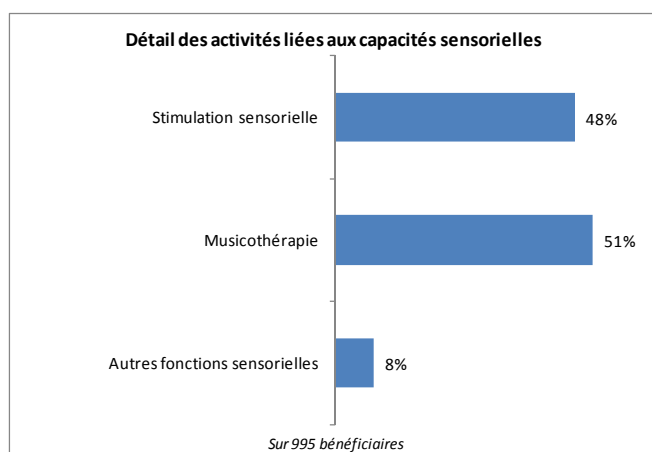
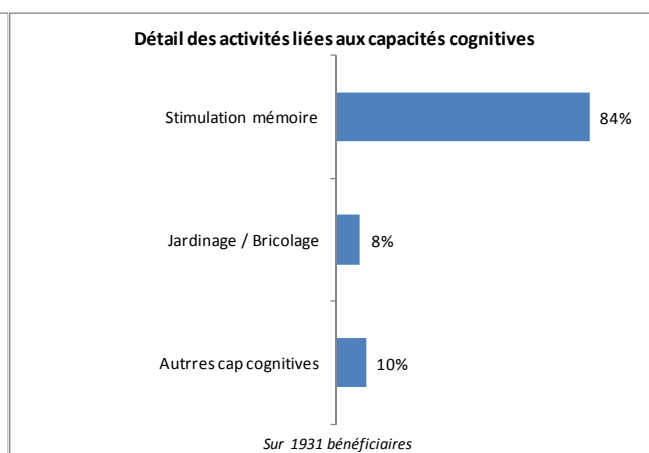
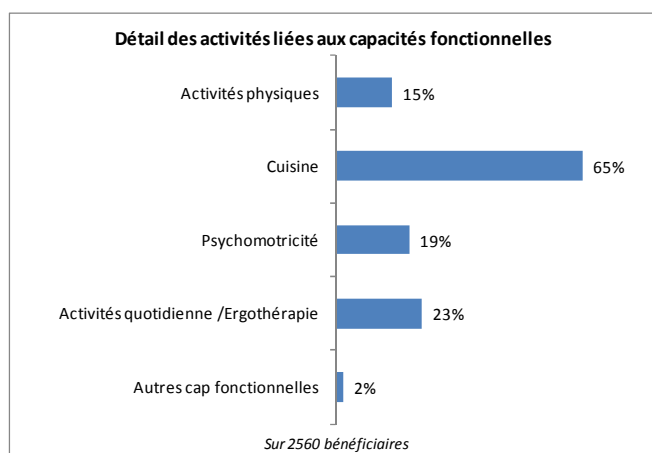
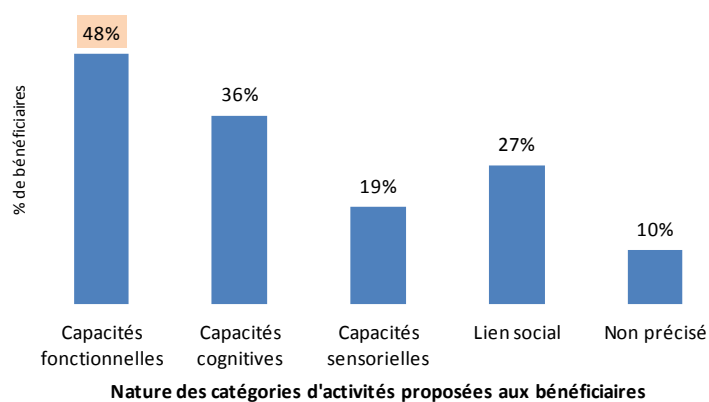
La très grande majorité des ETP (83%) affectée aux PASA relève du budget soins et 17% relèvent du budget dépendance.

Activités thérapeutiques organisées :

Pour les PASA, les activités « phares » proposées sont dans l'ordre :

- Les ateliers autour de la cuisine et de la conception des repas (39%) ;
- Les ateliers de stimulations cognitives ou de la mémoire (32%) ;
- Les ateliers autour de la gymnastique, la motricité, la relaxation (15%) ;
- Les ateliers artistiques (12%) ;
- Les activités sociales en groupes (11%).

Plus rarement sont cités le jardinage, les ateliers autour de la vie quotidienne, les espaces de détente-relaxation, la réhabilitation.



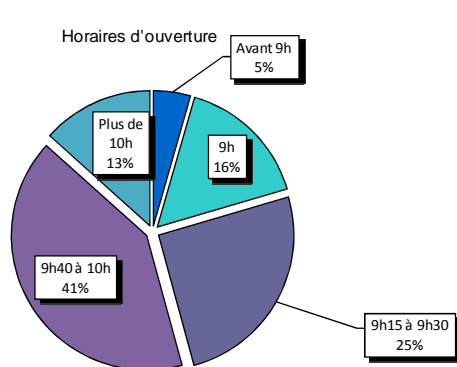
Les activités développées au sein des structures sont conformes aux préconisations du cahier des charges et stimulent les fonctions sensorielles, cognitives et physiques des résidents.

Moyens financiers :

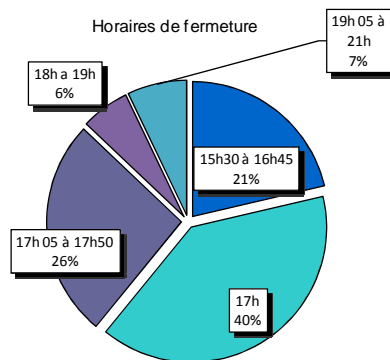
En moyenne, la dotation supplémentaire allouée au titre du fonctionnement du PASA s'élève à 45 000 euros. Cependant, la majorité des établissements bénéficie d'une dotation supplémentaire

d'environ 60 000 euros. Les écarts s'expliquent principalement par des ouvertures en cours d'année et des dotations allouées au pro rata.

Horaires d'ouverture :



225 réponses



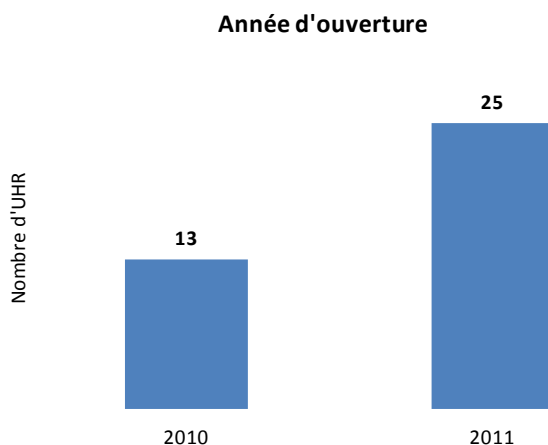
225 réponses

La majorité des PASA ouvre après 9 heures 30 (57%). Seulement 5% d'entre eux ouvrent avant 9 heures. Le plus fréquemment, les PASA ferment leurs portes à 17 heures. Le nombre d'heures d'ouverture est en moyenne de 7,7 heures. La majorité des établissements ouvre entre 7 heures et 8 heures par jour.

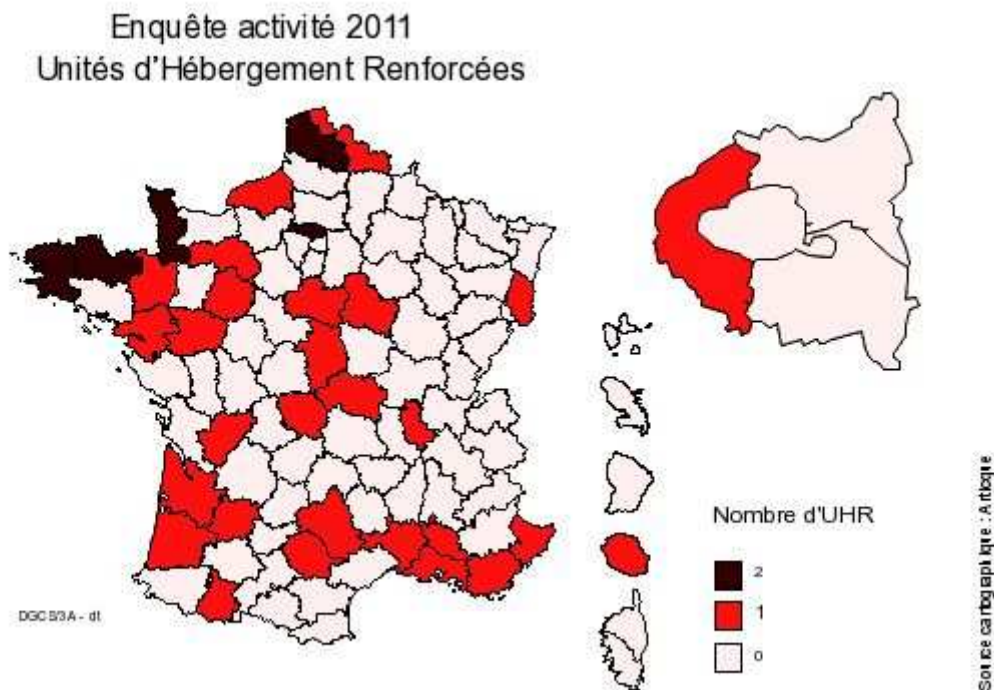
II.2. Les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) en EHPAD :

Champ de l'enquête :

Le nombre d'établissements répondants est de 41. Cependant, seules 38 structures ont été retenues pour l'étude représentant 567 places installées (en moyenne 15 places par établissement). Les autres ont été exclues en raison du renseignement partiel des données.



Ces UHR sont présentes dans 33 départements de métropole, avec notamment au maximum deux unités, dans les départements suivants : Côtes d'Armor, Finistère, Manche, Pas de Calais et Val de Marne.



A. Les structures porteuses :

Répartition des structures en fonction du nombre de places :

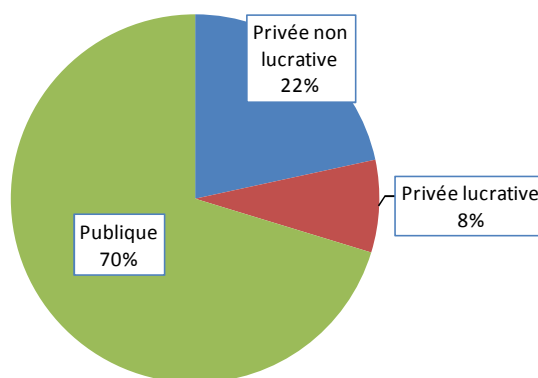
Les structures porteuses ayant créé des UHR ont une capacité moyenne de 160 places.

Subvention à l'investissement :

Moins de 15% des UHR répondants déclarent avoir reçu une subvention au titre du plan d'aide à l'investissement de la CNSA. En moyenne, le montant de cette subvention est de 192 000 € par établissement.

Caractéristiques des structures porteuses :

Répartition par statut de la structure porteuse



37 UHR

Les UHR sont en tarif global dans 71% des cas. La grande majorité est sous tarification PATHOS. Dans ce cas, la valeur PMP moyenne est de 203 et la valeur du GMP moyenne est de 757. Un quart des établissements porteurs déclare être sous convergence tarifaire. 74% des UHR bénéficient d'une pharmacie à usage intérieur.

B. Les caractéristiques des UHR :

En moyenne, les UHR comptent 15 places installées. 50% des UHR répondants comptent entre 13 et 15 places.

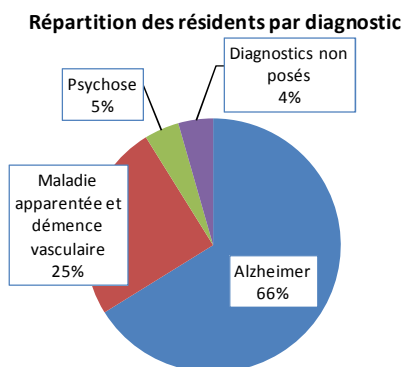
Résidents des UHR répondants :

En 2011, environ 700 résidents ont été reçus dans les UHR, soient une file active d'environ 86 patients par mois. 21 des UHR enquêtées n'ont ouvert qu'au cours de l'année 2011. La durée moyenne de fonctionnement a donc été de 8 mois en moyenne.

Une UHR reçoit en moyenne 26,4 patients par année reconstituée. Les UHR enquêtées accueillent davantage de femmes (67 %) que d'hommes et l'âge moyen des patients pris en charge est de 83 ans.

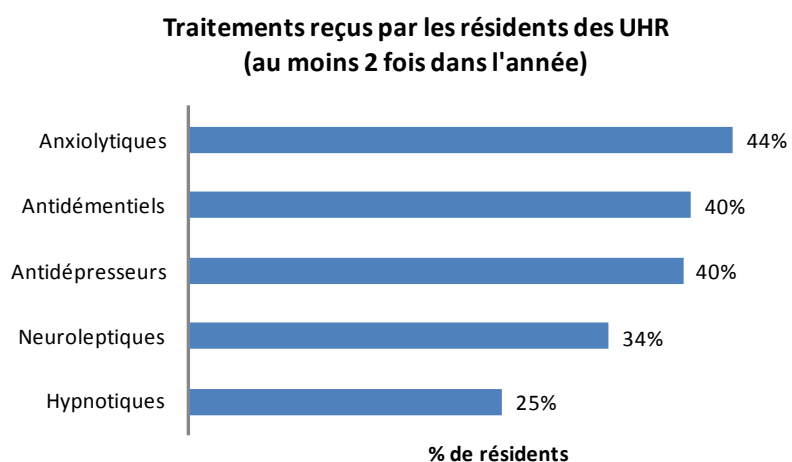
La durée moyenne de séjour (DMS) par résident est de 8,6 mois. 50% des durées moyennes de séjour sont situées entre 5 et 9 mois.

Nature des diagnostics :



Dans 91 % des cas, le diagnostic a bien été posé et seulement 5% des résidents ont un diagnostic principal de psychose. Cette dernière catégorie de diagnostic n'entre pas dans le champ de la prise en charge en UHR.

Traitements médicamenteux :



35 UHR

Beaucoup de malades sont traités par neuroleptiques (34 %) ce qui n'est pas recommandé par la HAS (cf. le programme professionnel « Alerte et maîtrise de la iatrogénie (AMI) des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer » lancé par la HAS en 2011).

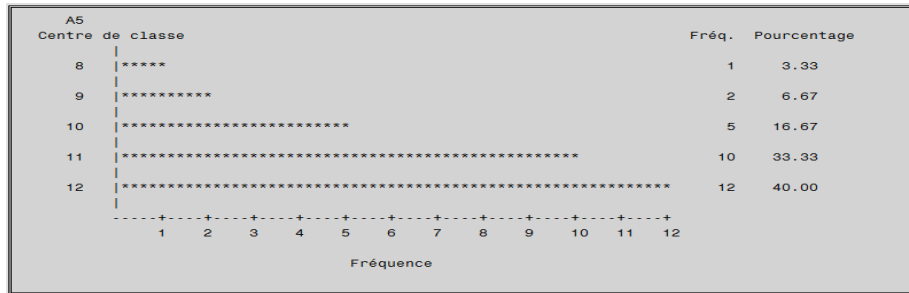
Score MMSE :

Le MMSE moyen des résidents est à 8. En moyenne, 75% des résidents ont un MMSE inférieur à 15. La population accueillie correspond bien aux critères d'admission.

Fréquence et gravité des troubles :

La moyenne des scores NPI-ES à l'admission au sein de l'UHR est de 43.

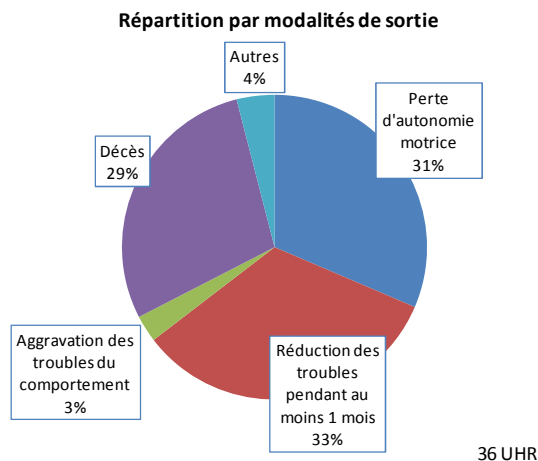
Moyenne du score le plus élevé pour l'item le comportemental le plus important :



Le score moyen le plus élevé pour l'item comportemental le plus important par résident est en moyenne de 11. Dans les critères d'admission², il convient que le score F x G pour l'item le plus important soit supérieur à 7 (uniquement pour les troubles du comportement perturbateur).

Les sorties de l'UHR :

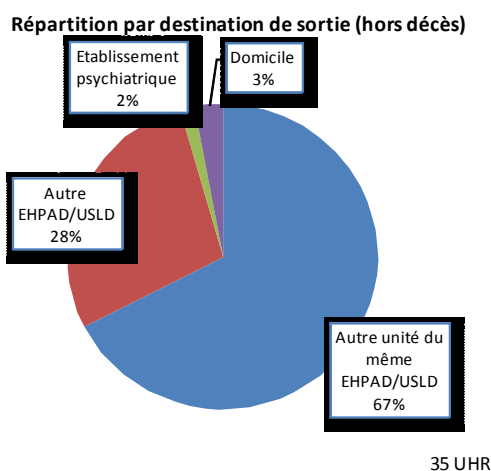
177 sorties définitives ont été déclarées pour l'année 2011 (soit une moyenne d'environ 5 sorties par unité).



² Cf. l'instruction interministérielle DGAS/2C/DHOS/DSS n° 2010-06 du 7 janvier 2010 relative à l'application du volet médico-social du plan Alzheimer (annexe 5 : critères d'admissibilité/éligibilité dans les PASA et les UHR.

Le premier motif de sortie est la réduction des troubles pendant au moins un mois (un tiers des sorties) suivie par la perte d'autonomie motrice (31%) et le décès (29%). Seuls 3% des sorties sont dus à une aggravation des troubles du comportement ne permettant plus une prise en charge en UHR.

4% de sorties (soit 7 cas) sont dus à d'autres raisons : transfert vers un autre établissement, vers le domicile, non adhésion à la prise en charge ou comportement ne relevant pas de la compétence d'un UHR après 2 mois de prise en charge.



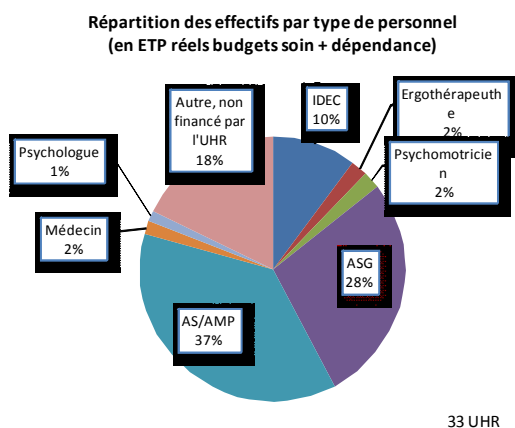
En majorité (67%), les résidents sortant de l'UHR sont accueillis dans une autre unité du même établissement, plus d'un quart sont dirigés vers un autre établissement. Les cas de retour au domicile ou d'accueil par un établissement psychiatrique sont rares (respectivement 3% et 2%).

C. Le fonctionnement des UHR :

Moyens financiers :

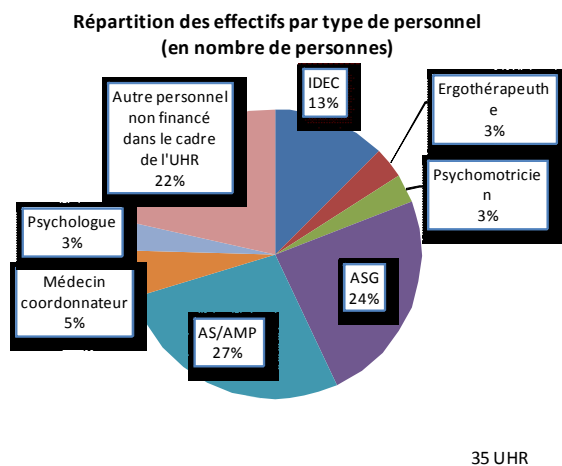
En 2011, le montant moyen de la dotation soins supplémentaire allouée au titre de l'UHR est de 197 000 euros.

Personnel :



Les UHR emploient 11 ETP en moyenne. La moitié des UHR répondants emploie entre 7,5 et 13 ETP.

Compte-tenu des nombreux postes à temps partiel, les effectifs employés par les UHR sont plus importants : 17 personnes en moyenne. La moitié des UHR emploie entre 11 et 22 personnes.

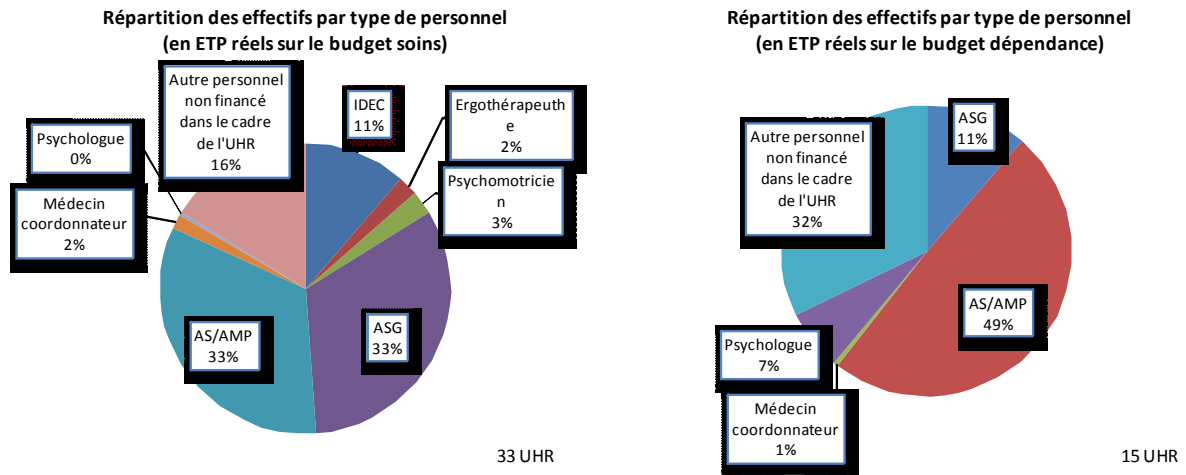


Globalement, environ 580 personnes travaillent dans ces unités, dont 160 aides soignants et AMP et 140 assistants de soins en gériatrie.

Les aides soignants et aides médico-psychologiques représentent 27% des personnes employées par les UHR. Viennent ensuite :

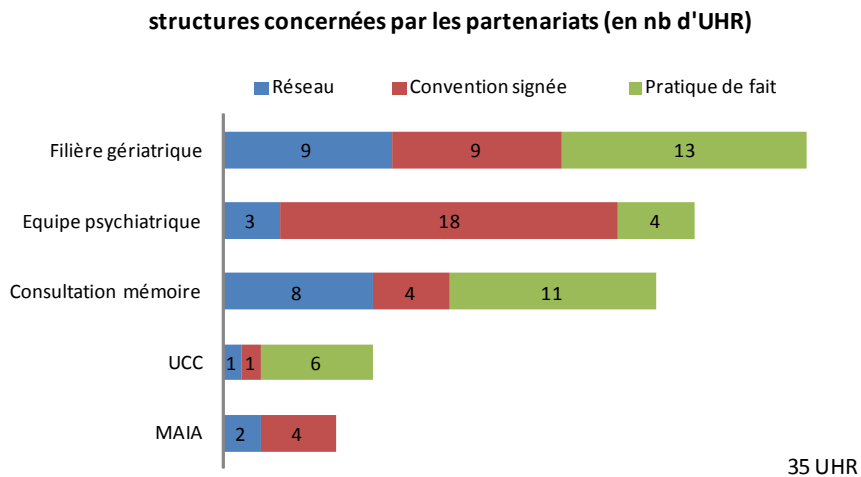
- les assistants de soins gériatrie (24% du personnel employé) ;
- les infirmiers (13%) ;
- les médecins coordonnateurs (5%) ;
- Les psychologues, ergothérapeutes et psychomotriciens représentent chacun 3% du personnel.

Enfin, 22% du personnel travaillant au sein des UHR n'est pas financé dans le cadre du « forfait soins ».



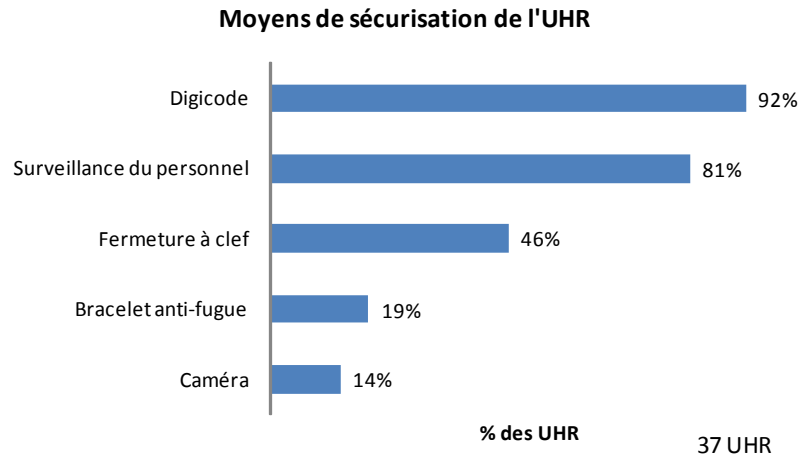
Partenariat(s) :

95% des UHR déclarent l'existence d'un partenariat. Dans la majorité des cas, il y a formalisation des partenariats, conformément aux recommandations du cahier des charges.



Typologie de l'UHR :

37 des 38 unités interrogées sont sécurisées.



Le digicode est présent dans presque toutes les UHR sécurisées (34 sur 37). La surveillance du personnel est le deuxième moyen de sécurisation cité (par 30 UHR). Seules 5 UHR sont équipées de caméra de surveillance.

Superficie de l'UHR :

En moyenne, les UHR ont une superficie de 870m². La moitié des structures a une superficie comprise entre 560 et 940 m². La superficie moyenne des parties communes est de 270 m², 50% des UHR ayant des parties communes mesurant entre 150 et 310 m².

La superficie moyenne de la surface extérieure (jardin, terrasse) est de 560 m².