

A. Qu'est-ce qu'une UVP?

Une UVP est une **Unité de Vie Protégée pour les Personnes Âgées Désorientées**. C'est une unité protégée conçue spécifiquement pour l'accueil des personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée et manifestant des comportements pouvant les mettre en danger ou mettre en danger autrui. De ce fait, l'UVP accompagne à priori les résidents sur un temps déterminé, celui de la diminution des troubles psycho-comportementaux.

Sa mission première étant d'assurer la sécurité des personnes, cette unité est fermée et sécurisée. Son architecture spécifique offre un espace de déambulation contenant et apaisant.

L'architecture adaptée, la stimulation dans les gestes quotidiens et les activités thérapeutiques tendent à préserver l'autonomie, apporter des repères, favoriser les interactions sociales et ainsi, diminuer la fréquence et le retentissement des symptômes psycho-comportementaux.

B. ACCUEIL ET REORIENTATION

1. Critères d'admissibilité

Pour intégrer l'UVP, la personne doit répondre à certains critères :

- Présenter une maladie d'Alzheimer ou apparentée.
- Présenter des troubles psycho-comportementaux productifs mettant en danger ou altérant la qualité de vie de la personne ou autrui.

- Pour les personnes résidant en unité EHPAD:

- Evaluation des troubles cognitifs par la passation **MMS** score <21
- Evaluation des symptômes par la réalisation d'un **NPI-es**

L'admission est réfléchiée en équipe et validée par le Directeur après avis du cadre de santé et du médecin coordonnateur.

- Pour les personnes faisant l'objet d'une orientation extérieure:

Les troubles du comportement doivent être évalués et spécifiés par le médecin orientant la demande.

En cas de situation complexe ou incertaine, le médecin coordonnateur, le cadre de santé ou la psychologue et un agent soignant peuvent se rendre sur place pour évaluer la pertinence de la demande.

Ne font pas l'objet d'une admissibilité, les personnes : présentant un syndrome confusionnel, ne se déplaçant pas seules ou étant dans un état apathique constant.

2. Procédure d'entrée

- Pour les personnes faisant l'objet d'une orientation extérieure à l'EHPAD :

1. En amont :

- **Le cadre de santé** et le **médecin coordonnateur** vérifient que la personne répond aux critères d'admissibilité. Dans le cas d'une demande d'hébergement d'urgence, le médecin faisant cette demande se porte garant qu'il ne s'agit pas d'une personne présentant un épisode confusionnel ayant une cause organique, ni d'une situation psychiatrique.
- Le cadre de santé prend contact avec la famille afin :
 - de lui indiquer la possibilité d'intégration de la personne en UVP et s'assure du consentement de la personne et informe la famille des caractéristiques de l'UVP. Selon le souhait de la famille, une visite de l'UVP peut être organisée avant le jour de l'entrée. Une date est alors fixée.
 - d'obtenir quelques éléments de vie
 - de recueillir les coordonnées des différents membres de la famille et des personnes à joindre en cas de nécessité.
- Un **aide-soignant** ou un **agent des services hospitaliers** est désigné comme référent.
- Recueil des informations médicales et des traitements par l'**infirmière**. Ces éléments sont transcrits dans le projet de vie et les transmissions via NET SOINS et sont également indiqués à l'équipe le jour des transmissions de secteur.

2. Le jour de l'entrée :

- **Accueil de la personne et de la famille par un *soignant* en début d'après-midi.**
Le professionnel va accueillir la personne et sa famille à l'accueil de l'EHPAD puis les conduits au sein de l'UVP pour leur faire visiter les lieux et la chambre.
Un temps d'installation est alors donné à la personne et sa famille puis il leur est proposé de prendre une collation dans la salle à manger afin de faire connaissance avec les autres résidents.
- La famille désigne une personne de confiance et son numéro de téléphone et indique si elle souhaite être joint par téléphone jour et nuit en cas de nécessité.

3. Dans un délai de 2 mois suivant l'entrée :

- La psychologue propose un entretien à la famille ou la personne de confiance afin d'échanger sur leur ressenti, l'adaptation de la personne au sein de l'UVP.
- Recueil des habitudes de vie par un **soignant**. (Cf. annexe)

● **Pour les personnes faisant l'objet d'une orientation provenant d'un secteur EHPAD :**

La personne est présentée à l'équipe et aux résidents de l'UVP lors d'un temps défini tel que le moment de la collation. Si cet essai est satisfaisant, une date d'accueil est fixée rapidement. L'équipe du secteur EHPAD transmet les informations concernant les différents aspects de l'accompagnement de la personne à l'équipe de l'UVP. Un agent est désigné comme référent.

3. Sortie de l'UVP et réorientation:

Lorsque l'UVP ne répond plus aux besoins de la personne, une sortie est proposée. L'évolution du comportement doit être continue et observée depuis une durée minimum de **2 mois**. La sortie du résident est réfléchiée en équipe et validée par le cadre de santé et le médecin coordonnateur.

Deux cas de figure :

- **1. Atténuation des troubles : intégration de la personne en EHPAD**

Une sortie de l'UVP pour réintégration de la personne en EHPAD est effective lorsque la personne présente un de ces critères :

- La personne présente une importante perte d'autonomie au déplacement.
- La personne présente une apathie constante
- Lors de l'atténuation constante ou la disparition des troubles psycho-comportementaux, la personne ne présentant alors plus de risque de mise en danger.

L'évolution des troubles psycho-comportementaux est évaluée par la réalisation d'un **NPI-es**.

Un score Fréquence x Gravité à tous les items des troubles productifs **inférieur à 3** présente une indication de sortie. En cas de doute sur la pertinence de la sortie, un essai peut être effectué par la réintroduction progressive sur certains temps définis.

- **2. Augmentation des troubles : orientation vers une structure extérieure**

Une réorientation extérieure est préconisée lorsque l'UVP n'est plus adaptée face à l'augmentation des troubles psycho-comportementaux.

L'évolution des troubles psycho-comportementaux est évaluée par la réalisation d'un **NPI-es**.

Un score Fréquence x Gravité à certains items des troubles productifs **supérieur à 8** présente une indication de sortie.

4. Procédure de sortie

● **Sortie de l'UVP vers une (ré)intégration en secteur EHPAD :**

Durant la période d'observation de 2 mois, certains éléments significatifs seront transmis à la famille afin de la préparer à une éventuelle sortie.

Lorsque les critères de sortie ont été validés en réunion d'équipe, le **cadre de santé** prévient la personne référente (famille ou tuteur) que le résident ne présente plus les critères relevant de l'UVP et qu'une sortie sera effective dès qu'une place en secteur EHPAD sera disponible. Un entretien avec la psychologue est proposé si la famille le souhaite.

Le résident est informé de son futur changement de secteur par l'équipe soignante. *La pertinence de cette information est évaluée au cas par cas, en fonction du besoin et du niveau d'anxiété du résident.* Le soignant référent s'assure que l'information a été transmise via les transmissions écrite dans NET SOINS.

A l'occasion d'une visite du nouveau secteur, le soignant référent présente le résident à l'équipe qui doit l'accueillir et transmet les habitudes de vie en privilégiant la participation du résident.

Pour le déménagement, la famille sera sollicitée et pourra être accompagnée par un professionnel. L'implication du résident sera recherchée.

● **Sortie de l'UVP vers l'intégration dans une structure extérieure :**

En cas de réorientation définitive (UHR, service de géronto-psychiatrie, retour à domicile...) validée par le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur, la personne de confiance sera prévenue par le cadre de santé. Un entretien avec le médecin coordonnateur ou la psychologue pourra lui être proposé.

C. LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT

1. Le projet d'accompagnement personnalisé / le projet de vie

OBJECTIF :

Proposer un accompagnement répondant aux besoins spécifiques du résident, ce qui suppose une connaissance de la personne dans sa globalité.

Cet accompagnement personnalisé permet :

- Le maintien d'une certaine autonomie.
- Un bien-être permettant la diminution des troubles psycho-comportementaux.
- D'offrir à la personne une qualité de vie afin qu'elle se sente chez elle.

1. Réunion pluridisciplinaire (synthèse)

Afin de préparer le projet d'accompagnement personnalisé du résident, une réunion pluridisciplinaire a lieu dans un délai de 4 mois suivant l'accueil du résident. Le projet est ensuite réévalué 1 fois par an.

Professionnels présents : médecin coordonnateur, cadre de santé, infirmière, soignant (réfèrent ou un autre soignant si réfèrent non disponible), psychologue, ergothérapeute si besoin.

2. Contenu de la réunion (Idem EHPAD)

- Connaissance de la personne :
Histoire de vie, évènements marquants
Habitudes de vie, centres d'intérêt, connaissances sociales
Antécédents médicaux
Pathologie actuelle
- Cibler les besoins
- Fixer des objectifs d'accompagnement et les moyens à mettre en œuvre.

Afin de proposer un accompagnement au plus proche des besoins de la personne et pour assurer une continuité et une cohérence de pratiques entre professionnels, le projet d'accompagnement personnalisé formalise les aspects concrets du quotidien : activités, repas, toilette...

3. Traçabilité du projet d'accompagnement

Transcription du projet sur informatique dans :

- NET SOINS
- item « Projet perso » : résultats NPI-es, évaluation douleur... Noter également quelques éléments d'évaluations des activités (comportement du résident pendant/après)

4. Mise en œuvre

- Le versant médical est mis en œuvre par l'infirmière et le médecin coordonnateur.

- Le versant psycho-social est mis en œuvre par l'équipe soignante, sous supervision du soignant référent.

Chaque action autour du projet de vie doit faire l'objet d'une transmission dans NET SOINS.

5. Intégration du résident à la formalisation de son projet d'accompagnement personnalisé

Les objectifs d'accompagnement proposés lors de la synthèse seront formalisés par écrit et signés par le résident ou sa personne de confiance lors d'une réunion avec le référent du résident, le Directeur et /ou le cadre de santé et la psychologue si possible.

Rôle du référent : (Idem EHPAD)

Le soignant référent est la "personne ressource" en terme de connaissance du résident et de sa famille.

Il est le garant de la mise en œuvre du projet d'accompagnement personnalisé décidé en réunion d'équipe.

2. LES TRANSMISSIONS

Les transmissions doivent énoncer des faits objectifs sans jugement et doivent permettre la continuité de l'accompagnement.

- Lire les transmissions à chaque prise de service.
- S'informer du planning des synthèses (programmées et réalisées)
- Pour les objectifs ponctuels, les transmissions sont répétées sur la durée du changement. L'infirmière ou le soignant référent s'assurent que les informations ont bien été transmises.
- Transmissions ciblées : donnée – action - résultat

D. MISE EN OEUVRE DU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT

1 L'ACCOMPAGNEMENT AU QUOTIDIEN^a

Apporter un aspect « non institutionnel » dans l'unité peut engendrer une amélioration du bien-être émotionnel et intellectuel, une augmentation des interactions sociales, une réduction de l'agitation^b. Un environnement et des activités quotidiennes rappelant celles du domicile contribuent à une diminution des affects négatifs, un ralentissement des pertes fonctionnelles et un accroissement de l'intérêt pour l'environnement. Ainsi participer aux tâches quotidiennes permet de stimuler la mémoire procédurale, d'améliorer l'estime de soi et permet de se sentir « chez soi ».

1. LE REVEIL

- Respecter le rythme de la personne autant que possible
- Se présenter
- Eviter d'être brutal, de parler fort
- Prévenir que l'on va allumer la lumière
- Ne pas générer une ambiance d' « urgence »

2. LA TOILETTE

Selon les habitudes de vie et les besoins des résidents, les toilettes sont proposées avant ou après le petit-déjeuner. Afin de respecter le rythme de la personne et pour éviter l'accentuation de troubles du comportement, une toilette peut être différée si le moment n'est pas propice. L'accompagnement est réalisé en fonction du niveau d'autonomie du résident avec pour principe de préserver celle-ci autant que possible. Ainsi, le « stimuler à faire » est privilégié au « faire à la place ».

- Prévenir le résident que le moment de la toilette va arriver
- Assurer l'intimité de la personne (porte fermée...)
- Etre doux dans ses gestes et dans sa voix
- Expliquer au résident ce qui va être fait au fur et à mesure
- Discuter avec la personne durant la toilette

3. LES REPAS

Le petit déjeuner :

Le résident a la possibilité de se lever et de déjeuner selon son souhait, tout en préservant un rythme de vie cohérent. Ainsi les petits déjeuners sont proposés jusqu'à 10H30. Les résidents ont la possibilité de petit déjeuner dans leur chambre ou au sein de l'espace repas, en robe de chambre ou habillés.

^a Basé sur les recommandations de l'Anesm 2009. *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social.*

^b Etudes de Day, Carreon et al., 2000 et Reimer, Slaughter et al., 2004

Les repas

Les déjeuners et dîners sont majoritairement pris dans la salle à manger mais peuvent être ponctuellement pris en chambre.

Le temps du repas répond à plusieurs objectifs :

- Eviter la dénutrition, fréquente chez les malades Alzheimer.
- Partager un moment de convivialité
- Stimuler les sens et la réminiscence (goûts, odeurs, couleurs, textures...)
- Favoriser l'expression orale
- Maintenir l'autonomie (se servir et manger seul, autant que possible)
- Valoriser le résident par la participation aux tâches quotidiennes

Il est proposé aux résidents de participer au dressage et débarrassage de la table, ainsi qu'au prélavage de la vaisselle.

Les plats sont apportés à table l'un après l'autre et sont énoncés. Selon les capacités des résidents, les plats leur sont présentés pour qu'ils se servent eux-mêmes.

Les capacités du résident à effectuer ces tâches seront évaluées et retranscrites dans le projet d'accompagnement personnalisé, afin d'assurer une cohérence dans l'accompagnement. Les goûts et dégoûts, la texture des plats (mixés etc...), les petites « astuces » facilitatrices, sont également notés.

4. LE COUCHER

- Générer une ambiance calme et rassurante avant le coucher
- Favoriser les discussions pendant la mise au lit
- Adapter la qualité de la protection de manière à réduire le nombre de changes la nuit
- Respecter l'heure du traitement

L'heure et le rituel du coucher est adapté au rythme de la personne et indiqué dans le projet de vie (tisane, lecture, musique, portes fermées ou pas...). Si nécessaire, les agents de nuit prennent le relais pour accompagner au coucher. La pratique de chacun doit être adaptée en fonction des contraintes de service. Le bien-être du résident et le respect de son rythme doivent être prioritaires sur les aspects logistiques.

5. LA NUIT

- Orienter dans le temps
- Rassurer et calmer d'une voix douce
- Utiliser le contact, le toucher
- Veiller au calme des lieux
- N'utiliser que les veilleuses lors des changes

Afin de veiller à la continuité de l'accompagnement entre la journée et la nuit, les projets d'accompagnement personnalisés seront imprimés et conservés afin que les agents de nuit y aient accès facilement. De même, des solutions seront réfléchies en équipe lors de difficultés la nuit. Par exemple, les activités « animations flash » seront évaluées en journée afin de cibler ce qui correspond à chaque résident. Les agents de nuit pourront alors se référer à la fiche élaborée pour chaque personne.

Une collation peut être proposée en cas d'insomnie ou d'agitation. Elle peut permettre d'apaiser les résidents.

1

LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES

Un planning d'activités est établi afin de permettre de répondre aux objectifs thérapeutiques. Ce planning est adaptable en fonction des besoins, souhaits et capacités des résidents, des contraintes de service, ainsi que des goûts et compétences du personnel.

***En fonction des capacités des résidents, leur participation active sera recherchée.
Le refus de participer à une activité doit être respecté.***

1. Objectifs thérapeutiques des activités :

Cf. Tableau Activités/objectifs en annexe

- Maintien des capacités fonctionnelles
- Maintien des fonctions cognitives
- Mobilisation des fonctions sensorielles
- Renforcement des relations sociales
- Valorisation de soi
- Sollicitation des capacités émotionnelles
- Apaisement de l'anxiété et de l'agitation

2. Evaluation des activités

● **Continuité des activités** : afin que toute activité commencée soit terminée même si le professionnel ayant initié le projet est absent, un cahier d'activités est utilisé afin d'assurer la continuité des activités et leur échéance.

● **Evaluation des activités** sur NET SOINS

3. Animations flash

Les animations flash ont pour objectif d'apporter une réponse rapide lorsqu'une personne manifeste un trouble du comportement important, en vue de la diminution de celui-ci.

Les activités sont évaluées en amont et une fiche individuelle est établie afin d'apporter une réponse personnalisée à chaque résident. Cette fiche peut être agrémentée d'astuces et d'idées nouvelles au fil du quotidien grâce aux essais et constations des soignants.

Ces animations doivent être utilisables immédiatement et nécessitent donc d'être simples et de ne demander aucune préparation. Le matériel est rangé dans un chariot réservé à cet effet.

La famille peut être associée à la création de cet outil afin d'apporter des informations importantes (souvenirs significatifs, comportements dans certaines situations, goûts musicaux...) et des objets personnels (photos, peluche, parfum...).

2. LA PLACE DES FAMILLES

Une relation de confiance doit être établie entre l'équipe de l'UVP et la famille du résident. Elle représente un repère affectif, est le garant de l'histoire de vie et un lien entre le passé et le présent.

Lors de l'intégration du résident au sein de l'UVP, il doit être signifié à sa famille :

- Les motifs de l'admission et les objectifs thérapeutiques.
- La mise en place d'un projet d'accompagnement personnalisé.
- Que le séjour n'est pas définitif. Une réorientation est possible lorsque la personne ne présente plus les critères propres à l'UVP. *(Cf critères de sortie)*

Tout au long du séjour, la famille est informée de l'évolution du résident. Le professionnel référent doit être identifié par la famille.

L'UVP étant le domicile du résident, les visites sont libres. De même, les familles peuvent accompagner et raccompagner leurs parents en sortie extérieure aux horaires qu'ils le souhaitent, sous condition d'en avoir informé le personnel soignant.

L'UVP étant un secteur spécifique avec un objectif thérapeutique, des temps d'activités thérapeutiques doivent être respectés. Les familles sont autorisées à y assister, sous réserve que leur présence n'en perturbe pas le bon déroulement. Les soignants se réservent le droit de rappeler aux familles la nécessité de discrétion par respect pour leur travail et pour le bénéfice des résidents.

Eléments du quotidien :

- Les familles doivent penser à fournir les produits d'hygiène
- L'accompagnement aux rendez-vous extérieurs (RDV médicaux, coiffeur...) est assuré par les familles.
- Il est conseillé aux familles de conserver les alliances car elles risquent d'être perdues du fait de l'amincissement des doigts.
- Les lunettes, appareils dentaires et auditifs doivent être gravés au nom de la personne mais une perte demeure possible (par exemple : résident jetant le matériel à la poubelle...)

Afin de faciliter les échanges pour les aspects du quotidien, un cahier de liaison personnel est mis en place entre la famille et les soignants.

3. LES INTERVENANTS EXTERIEURS

1. Rendez-vous extérieurs

Les rendez-vous médicaux extérieurs et de pédicure sont pris par l'infirmière. La famille est ensuite prévenue et assure le transport. Si la famille n'est pas disponible, soit elle prend directement contact avec le praticien pour reporter le rendez-vous, soit un taxi ou une ambulance seront prévus.

Les chauffeurs de taxi, contrairement aux ambulanciers, n'accompagnent la personne que jusque dans le service où elle doit se rendre. Il doit donc être défini lors de la réalisation du projet d'accompagnement s'il y a un risque de mise en danger si un accompagnant n'est pas aux côtés de la personne tout au long de la procédure.

En ce qui concerne les résidents n'ayant pas de famille, le tuteur sera sollicité.

Les rendez-vous chez le coiffeur et l'esthéticienne sont assurés soit par le référent, soit par la famille mais doit être défini préalablement.

2. Coiffeurs intervenant à l'EHPAD

A l'entrée du résident à l'UVP, les soignants et la famille s'accordent pour définir qui s'occupe de poser les rendez-vous.