

APPEL A CANDIDATURES

**POUR LA CREATION D'UNE UNITE
D'HEBERGEMENT RENFORCEE (UHR) PAR
TRANSFORMATION DE PLACES
D'HEBERGEMENT PERMANENT EN EHPAD**

Sur le département d'Ille-Et-Vilaine

Date butoir de réception des dossiers : 25 janvier 2019

Objet de l'appel à candidatures

L'Agence régionale de santé Bretagne lance un appel à candidature pour la création d'une unité d'hébergement renforcée par transformation de places d'hébergement permanent en EHPAD sur le département de l'Ille-et-Vilaine en faveur 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.

Qualité et adresse de l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation

Monsieur le Directeur général
de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne
6 place des Colombes - CS 14253
35042 RENNES Cedex

Cahier des charges

Le projet devra être conforme aux termes du cahier des charges de l'appel à candidatures : annexe 1 du présent avis.

Pièces justificatives exigibles et modalités de dépôt des dossiers de candidature

Les établissements doivent adresser leurs candidatures via :

- un dossier papier complet à transmettre par courrier recommandé avec accusé de réception à la délégation départementale 35 de l'Agence régionale de santé, avec la mention suivante : « [AAC UHR 2018](#) » à l'adresse suivante :

Délégation départementale d'Ille-et-Vilaine
Département action et animation territoriales de santé 3 place du Général Giraud - CS 54257 35042 RENNES cedex

- un dossier électronique complet à transmettre avec la mention suivante en objet: « [AAC UHR 2018](#) » sur la boîte aux lettres (BAL) suivante :
- ars-bretagne-oms-aap@ars.sante.fr.

Le dossier de candidature devra être composé :

- du dossier descriptif du projet simplifié complété mentionnant les modalités d'accompagnement et de soins, les moyens associés (humains et budgétaires) et l'environnement architectural,
- du projet d'établissement,
- des plans des locaux de l'UHR,
- d'un état des lieux de la file active potentielle au sein de la filière gériatrique justifiant la création d'une UHR.

La date butoir de réception des dossiers est fixée au vendredi 25 janvier 2019.

Les dossiers, parvenus après la date limite de clôture, ne seront pas recevables. Il convient de tenir compte des délais d'expédition pour respecter le délai.

L'appel à candidatures fera l'objet d'une publication sur le site internet de l'Agence régionale de santé, dans la rubrique : appel à projets-appels à candidatures-consultation (www.ars.bretagne.sante.fr).

Des demandes d'informations complémentaires pourront être sollicitées par les candidats avant le lundi 14 janvier par messagerie à l'adresse suivante : ars-bretagne-oms-aap@ars.sante.fr.

Une réponse sera apportée dans un délai maximum de 4 jours.

Instruction et décision

L'instruction technique des dossiers sera effectuée par les services de la délégation départementale du ressort, en lien avec le conseil départemental qui sera consulté.

Les projets seront analysés pour :

- vérifier la recevabilité et la complétude du dossier,
- examiner l'éligibilité du dossier au regard des critères définis dans le cahier des charges,
- analyser au fond les candidatures en fonction des exigences requises et des critères de sélection mentionnés dans le cahier des charges.

La décision interviendra au mois de mars 2019.

Calendrier

Date limite de réception des dossiers : vendredi 25 janvier 2019

Date limite de décision : mars 2019

Date d'opérationnalité : mai 2019

Fait à Rennes, le 04 DEC. 2018

P/Le Directeur général
Le Directeur général adjoint
Directeur des Coopérations Territoriales et de Performance,

signé

Stéphane MULLIEZ

ANNEXE 1

CAHIER DES CHARGES

Le cadrage juridique

- 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 (article D 312-155-0-1 du code de l'action sociale et des familles).
- Circulaire interministérielle N°DGCS/SD3A/DGOS/SDR/2011/362 du 19 septembre 2011 relative à la mesure 16 (Pôle d'activités et de soins adaptés et unités d'hébergement renforcées) du plan Alzheimer 2008-2012.
- Instruction interministérielle DGAS/2C/DHOS/DSS n°2010-06 du 7 janvier 2010 relative à l'application du volet médico-social du plan Alzheimer.
- 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.
- Recommandation ANESM: L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social - février 2009.
- Recommandations ANESM : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs - Haute Autorité de Santé - mai 2009.
- Recommandation ANESM : « L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en pôle d'activités et de soins adaptés et en unité d'hébergement renforcé »
- Haute autorité de santé : « Guide du parcours de soins : Maladie de Parkinson » - septembre 2016.
- Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 (mesure 27).

Le contexte régional

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.

10 unités d'hébergement renforcée médico-sociales maillent le territoire breton.

Le plan Maladies Neurodégénératives (PMND) 2014-2019 prévoit la poursuite du déploiement des unités d'hébergement renforcées au sein des EHPAD, leur ouverture aux MND présentant des besoins de même nature et l'inscription de cette offre au sein d'une filière de soins et d'accompagnement de droit commun (mesure 27).

Le décret sur les EHPAD du 26 août 2016 a clarifié les attendus exigibles en termes d'organisation et de fonctionnement.

Les éléments de cadrage du projet

La population ciblée

L'unité d'hébergement renforcée accueille 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,
- provenant de l'EHPAD ou toutes autres structures extérieures à l'EHPAD participant à la filière gériatrique du territoire (UCC, SSR,...) ou encore de leur domicile,
- provenant de l'UCC du territoire le cas échéant, lorsque les troubles sont stabilisés et qu'un hébergement de transition est souhaitable avant retour au domicile ou en hébergement institutionnel classique,
- dont l'évaluation et le bilan des symptômes auront été réalisés à l'aide du Mini Mental State Examination (MMSE), du NPI-ES (Inventaire Neuropsychiatrique, version Equipe Soignante) et en cas d'agitation, de l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI).

Le candidat devra présenter une file active comprenant un public cible plus large que les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et/ou de maladies apparentées. L'adaptation de l'accompagnement à de nouveaux publics MND (la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentée, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques, la maladie de Huntington, les maladies du motoneurone, les ataxies spinocérébelleuses et les maladies à prions.) doit être recherchée dans le projet présenté.

Les territoires d'implantation

L'appel à candidatures vise le développement d'une unité de 14 places par transformation de 14 places d'hébergement permanent sur l'Ille-et-Vilaine, dans un EHPAD travaillant en lien étroit avec une unité cognitivo-comportementale.

Les conditions de réussite

Une unité d'hébergement renforcé doit avoir un lien fonctionnel avec une unité cognitivo-comportementale afin d'organiser les admissions et de permettre un adressage pertinent. 8 UCC maillent le territoire, portées par une activité de SSR, à Dinan (TS6), Tréguier (TS7),

Bénodet (TS2), Morlaix (TS1), Lorient (TS3) Malestroit (TS4), Rennes (TS5) et à Plouguernevel (TS8).

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.

L'objectif de l'accueil et l'approche thérapeutique visent à améliorer les troubles psycho-comportementaux des personnes accueillies au sein des UHR et de limiter le recours aux psychotropes et aux neuroleptiques 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 initial ou au sein d'un établissement adapté. En amont, il s'agit de s'assurer que l'UHR est effectivement la structure la mieux adaptée pour l'accompagnement du résident en s'appuyant sur l'ensemble des évaluations qui déterminent les critères d'admission notamment (équipe pluridisciplinaire). En effet, force est de constater que les traitements médicamenteux, en réponse aux troubles comportementaux et/ou caractériels, se révèlent peu efficaces pour améliorer l'état des patients, et les soulager, notamment en période d'aggravation des troubles psycho-comportementaux.

Le portage de l'UHR

Le projet d'UHR devra être proposé par un EHPAD (établissement géographique) disposant d'une convention et de liens formels avec une UCC.

Le délai de mise en œuvre du projet

Le projet devra être mis en œuvre en mai 2019.

Les caractéristiques d'organisation et de fonctionnement de l'UHR

Les critères d'admission, de séjour et de sortie

Ce lieu de vie et de soins se comprend comme un lieu d'hébergement séquentiel.

Le parcours du résident accueilli en UHR comprend trois étapes que sont l'admission, le séjour et la sortie. Le résultat attendu de ce parcours est un apaisement du résident quant à ses troubles du comportement grâce à une approche thérapeutique adaptée, dans un environnement sécurisant et sécurisé. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD coordonne et suit le projet de soins et le programme d'activité de l'UHR.

Il convient préalablement à l'admission en UHR :

- que le diagnostic ait été posé et son annonce faite (quelle que soit la maladie),
- que le consentement de la personne ait été activement recherché,
- que l'évaluation des troubles du comportement ait été réalisée,
- que l'avis d'un psychiatre ait été systématiquement recherché.

L'adhésion de la famille ou de l'entourage proche est activement recherchée par les professionnels de l'UHR.

Les entrées en UHR donnent lieu à :

- la présentation de l'UHR au résident et à ses proches,
- l'élaboration d'un protocole d'admission du résident en UHR,

- la prise en compte du projet personnalisé du résident.

Les critères et le processus de sortie doivent être organisés et préparés. Dès lors que les troubles du résident sont stabilisés ou que son état ne justifie plus de cet accueil spécifique, une commission de sortie, en lien avec la filière gériatrique est organisée en amont. Elle doit associer les partenaires et les adresseurs pour organiser le parcours le plus adaptés aux résidents.

Le projet de l'UHR

Un projet spécifique de l'UHR doit être défini par l'établissement, inclu au projet d'établissement. Il doit s'inscrire dans le fonctionnement global institutionnel de l'EHPAD, qui se doit d'être lisible, partagé en interne et explicité aux familles. Une attention doit être portée à l'articulation de l'UHR avec l'EHPAD et avec l'UCC à travers une graduation de la réponse.

Le projet prévoit ses modalités de fonctionnement, reprise au livret d'accueil.

Il précise dans quelles conditions il bénéficie de fonctionnalités adaptées du système d'informations de l'établissement.

Le projet de l'UHR prévoit les 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.

LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES

L'UHR propose des activités individuelles ou collectives qui concourent :

- au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes (ergothérapie, cuisine, activités physiques, ...),
- au maintien ou à la réhabilitation des fonctions cognitives restantes (stimulation mémoire, lecture, ...),
- à la mobilisation des fonctions sensorielles (stimulation, musicothérapie,...),
- au maintien du lien social des résidents, (repas, art-thérapie,...).

Chacun de ces types d'activité est organisé au moins une fois par semaine.

Les modalités de constitution des plannings sont à définir. Une attention doit être portée à une révision régulière en équipe pluridisciplinaire des groupes et des plannings d'activités, pour une plus grande individualisation.

Un suivi et une évaluation régulière des activités doit être réalisé (objectifs, impact et bénéfices, fréquence, satisfaction globale des résidents).

LES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS APPROPRIE

Les principales techniques relatives à la prise en charge des troubles du comportement, au suivi de la pathologie, de l'apparition de nouveaux symptômes concourant à la mise en œuvre du projet d'accompagnement et de soins et font l'objet, au sein de l'EHPAD, d'un protocole qui est suivi et évalué.

Ces techniques portent sur :

- la prise en charge des troubles du comportement lors de la toilette, de la prise des repas...,

- le suivi de l'évolution de la maladie et de l'apparition de nouveaux symptômes,
- les stratégies alternatives à la contention et les règles à suivre si la contention s'avère indispensable,
- la bonne utilisation des thérapeutiques sédatives,
- la transmission des informations aux différentes équipes.

Les modalités d'information et de communication auprès des médecins traitants, notamment en cas de réduction des troubles du comportement sont à organiser et formaliser.

L'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE DE VIE ET DE SOINS

Dans le cas d'un transfert d'un résident d'une unité traditionnelle vers l'UHR, il convient de s'assurer notamment que l'histoire de vie de la personne, ses habitudes de vie quotidienne (horaires de repas, de sommeil...) ainsi que ses goûts ont été recueillis afin de construire le projet personnalisé d'accompagnement et de soins. S'il s'agit d'une admission directe, ce recueil d'informations est à réaliser auprès de l'entourage et du médecin traitant.

Cet accompagnement s'intègre dans le projet de vie de la personne au sein de l'établissement ; il précise :

- le rythme de vie de la personne, y compris la nuit ;
- les habitudes de vie lors des repas, de la toilette, des sorties... ;
- les activités thérapeutiques qui lui sont nécessaires ;
- les événements à signaler à la famille ;
- la surveillance de l'état de santé : poids, comorbidité et problèmes de santé intercurrents, effets indésirables des médicaments...

Le projet personnalisé est régulièrement réévalué et adapté en fonction des besoins de la personne sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou du médecin de l'unité en lien avec l'infirmier de l'UHR.

Les résidents qui ont des difficultés pour dormir la nuit bénéficient d'un accompagnement approprié.

La synthèse et la transmission des informations concernant le résident sont mentionnées dans un dossier.

LES TRANSMISSIONS D'EQUIPE

Les transmissions d'information quotidiennes - indiquant les observations de la journée par les professionnels sur les activités, les troubles du comportement, la satisfaction du résident, sa participation... - entre les équipes participent du suivi global du résident et de l'ajustement des interventions des professionnels dans la dynamique d'accompagnement individualisé.

Les décisions prises lors de réunions d'équipe font l'objet d'une formalisation écrite.

Lors de la sortie du résident de l'UHR vers son unité d'origine ou son domicile, l'équipe de l'UHR s'assure de la transmission de toutes les informations nécessaires pour une bonne prise en charge du malade par la nouvelle équipe soignante.

Le personnel soignant intervenant dans l'UHR

Le médecin de l'unité, ou le médecin coordonnateur dans l'EHPAD, constitue le pivot de l'équipe et permet de coordonner et de suivre le projet de soins et de vie spécifique de l'unité.

L'unité d'hébergement renforcée dispose :

- d'un temps de médecin, le cas échéant, le médecin coordonnateur peut assurer cette mission,
- d'un temps de infirmier,
- d'un temps de psychomotricien ou d'ergothérapeute,
- d'un temps d'aide-soignant ou d'un aide médico-psychologique ou d'accompagnement éducatif et social,
- d'un temps d'assistant de soins en gérontologie,
- d'un temps de personnel soignant la nuit,
- d'un temps de psychologue pour les résidents et les aidants.

L'UHR fait partie de l'EHPAD, mais reste une entité spécifique avec un projet qui lui est propre. C'est pourquoi il est important que l'équipe soit stable et composée de personnels volontaires.

De plus, l'ensemble du personnel intervenant dans l'UHR devra être spécifiquement formé à la prise en charge des maladies neurodégénératives, notamment à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie.

La coordination avec le secteur sanitaire et médico-social

La prise en charge des personnes avec des troubles du comportement sévères atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et d'autres maladies neurodégénératives nécessite la mise en place d'une coordination active entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, sous l'impulsion du médecin coordonnateur.

L'EHPAD qui porte une UHR travaille en partenariat avec :

- l'Unité cognitivo-comportementale de son territoire,
- les acteurs de la filière gériatrique (service de court séjour gériatrique, unité cognitivo-comportementale, équipe mobile de gériatrie,...),
- les acteurs de filière spécifique (pour le cas des maladies neurodégénératives autres qu'Alzheimer),
- une équipe psychiatrique
- l'EHPAD d'origine du résident de l'UHR le cas échéant.

Les modalités de collaboration avec ces acteurs doivent être définies.

Il est souhaitable qu'elles soient formalisées sous la forme de convention. Il est également souhaitable que le système d'information de l'établissement soit en mesure de proposer des modalités d'interopérabilité ou d'échange avec les partenaires (messagerie sécurisée, accès Dossier Médical Partagé...).

L'environnement architectural

L'environnement architectural est le support du projet et vise à créer, pour les résidents, un environnement confortable, rassurant et stimulant et à offrir des lieux de vie sociale pour le groupe, permettant d'y accueillir les familles.

L'UHR est conçue pour héberger 14 résidents. C'est à la fois un lieu de vie, de soins et d'activités. Elle est composée :

- d'une entrée adaptée : la conception de l'entrée fait l'objet d'une attention particulière, elle permet la sécurité des résidents tout en évitant de créer des situations anxiogènes,
- d'espaces privés : afin de respecter l'intimité des résidents, les chambres individuelles ne donnent pas sur les espaces de vie communs et peuvent être insonorisées,
- des espaces de convivialité et de vie sociale: l'UHR dispose d'un espace repas avec office, d'un espace salon et d'espaces pour permettre aux personnes accueillies de bénéficier d'activités individuelles ou collectives.

Ces espaces sont géographiquement séparés des espaces de vie privée pour permettre une distinction des lieux de vie privés et des lieux de soins et d'activités. Elles sont composées :

- d'espaces d'activités et de soins : l'UHR dispose d'au moins un espace d'activités et de soins permettant de stimuler les personnes accueillies dans l'unité qui devra répondre à un usage pour 3 ou 4 résidents maximum ou à un usage individuel.
- D'espaces de service nécessaires à son fonctionnement : vestiaires, locaux de linge propre et de linge sale...,
- D'espaces bien-être/salle de bain,
- de deux WC,
- d'un jardin ou une terrasse clos et sécurisé, librement accessible aux résidents.

Un environnement sécuritaire :

La sécurité des résidents est assurée par l'attention du personnel et facilitée par une conception architecturale qui évite le sentiment d'enfermement. La mise en place de mesures de sécurité ne doit pas aller à l'encontre de la liberté d'aller et venir des personnes accueillies ainsi que l'énoncent les règles éthiques en matière de prise en charge des malades Alzheimer, mais, bien entendu, dans le respect des normes de sécurité en vigueur. Cette recherche de sécurité doit permettre de conserver le caractère accueillant de la structure.

Un environnement qui favorise le confort et l'usage :

L'architecture de l'UHR répond à une qualité d'usage des espaces et des équipements facilitant le travail des personnels. Elle permet des activités quotidiennes rappelant celles du domicile associées à des soins adaptés.

Un soin particulier est porté à la lumière naturelle, à la nature des matériaux utilisés, à l'entretien et au confort acoustique des lieux.

Un environnement qui favorise l'orientation et qui contient la déambulation :

La déambulation est gérable par un accompagnement et des réponses architecturales adaptés pour faciliter l'orientation et la circulation des résidents. L'organisation des espaces du pôle permet une circulation libre et sécurisée des résidents déambulants.

Dans le cas de la création d'une UHR par une construction neuve ou par l'aménagement d'un espace existant, la circulation des résidents déambulants doit pouvoir s'effectuer au sein des différents espaces de l'unité sans créer de couloir ou de boucle dédiés à la déambulation.

Un environnement qui répond à des besoins d'autonomie et d'intimité :

Il convient de faciliter l'accès des résidents aux WC qui doivent être aisément identifiables par leur situation et par leur signalisation.

Les aspects réglementaires :

- en matière d'accessibilité : le pôle répond à la réglementation relative à l'accessibilité des ERP (arrêtés du 1er août 2006 et du 21 mars 2007 du code de la construction et de l'habitation). Toutefois, pour répondre à des aspects de confort d'usage, la conception de l'unité tient compte des besoins spécifiques des personnes accueillies,
- en matière de sécurité incendie : il répond à la réglementation ERP de type J (arrêtés du 19 novembre 2001 et du 16 juillet 2007 du règlement de sécurité incendie) ou de type U.

Les locaux adaptés doivent être immédiatement mobilisables pour une ouverture effective de l'UHR en 2019.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles

Les candidats s'engagent à mettre en œuvre les recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant les UHR de l'HAS.

Le financement de l'UHR

L'UHR de 14 places sera financée par un forfait de 264 500 euros annuels.

En soutien du projet, aucune aide à l'investissement et aucun autre crédit d'accompagnement ne seront accordés. Les locaux doivent être disponibles et mobilisables dans le respect du calendrier de mise en œuvre mentionné au présent cahier des charges.

Les modalités d'autorisation et de labellisation

A l'issue de l'instruction et dans le cas d'un avis favorable, l'ARS et le Conseil départemental organiseront une visite sur site afin de vérifier la concordance du projet avec l'organisation mise en place mais également s'assurer de la conformité du fonctionnement au cahier des charges.

Les échelles de mesure des troubles du comportement (MMSE, NPI-ES), renseignées par les équipes soignantes en lien avec le médecin coordonnateur, viendront en appui du dossier administratif de candidature et seront à la disposition des médecins de l'ARS lors des visites de contrôle.

A la suite de cette visite, l'UHR sera autorisée.

ANNEXE 2

Critères d'admissibilité des malades Alzheimer ou apparentés en vue de l'ouverture d'une unité d'hébergement renforcée (UHR) dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD)

Ces critères ne sont que des critères d'admissibilité.

L'admission dans ces unités est une autre démarche qui consiste à élaborer un projet de vie entre une personne, sa famille ou ses proches et une équipe soignante, après avis du médecin coordonnateur et sous la responsabilité administrative d'un directeur d'établissement.

Le NPI-ES est validé par le médecin coordonnateur de l'EHPAD après une réflexion menée dans le cadre d'une équipe soignante pluridisciplinaire.

L'établissement dispose, en interne ou en provenance d'un autre établissement, d'au moins 14 malades éligibles.

Sont éligibles à une UHR les malades :

- 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. Ayant :
 - des troubles du comportement sévères mesurés par un score strictement supérieur à 7 à un des items de l'échelle NPI-ES concernant seulement les troubles perturbateurs suivants : idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, désinhibition, exaltation de l'humeur/euphorie, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant,
- avec une l'échelle de retentissement du NPI-ES à 5, éventuellement 4 lors de 2 évaluations au cours du mois précédent,
- mobiles, c'est-à-dire capables de se déplacer seul, y compris en fauteuil roulant
- n'ayant pas de syndrome confusionnel (défini par la HAS : « Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation » - Mai 2009)

Les critères de sortie d'un malade de l'UHR sont les suivants:

- la personne est confinée au lit ou fauteuil,
- les troubles du comportement ont diminué de façon significative : tous les critères du NPI-ES sont inférieurs à 3 pendant un mois.

ANNEXE 3

FOIRE AUX QUESTIONS – JUILLET 2011 (EXTRAIT)

1. Les concepts

Q6. – Une unité Alzheimer peut-elle être labellisée UHR ?

Oui. Une unité d'hébergement renforcée (UHR) peut être labellisée à condition qu'une file active de malades atteints de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée présentant des symptômes psycho-comportementaux sévères (critères définis dans la circulaire DGAS du 7 janvier 2010) ait été identifiée. Les patients peuvent provenir de l'EHPAD porteur de l'UHR, d'un autre EHPAD, d'une USLD ou du domicile. Il faut que l'EHPAD qui va créer une UHR travaille en partenariat avec d'autres établissements susceptibles de lui transférer des malades. Il est également essentiel que des conventions de partenariat lient l'EHPAD ayant une UHR avec une unité cognitivo-comportementale (UCC mesure 17 du plan Alzheimer) et les acteurs de la filière gériatrique (service de court séjour gériatrique, unité cognitivo-comportementale, équipe mobile de gériatrie...) ainsi qu'avec une équipe psychiatrique publique ou privée.

Q7. – Quelle est la différence entre une UHR et une UCC ?

Une UHR est une unité qui prend en charge sur une longue durée des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement perturbateurs sévères connus et stabilisés (*cf.* critères d'admission définis dans la circulaire du 7 janvier 2010). La durée de l'hébergement et des soins est longue et non limitée dans le temps. Les critères de sortie sont : la perte d'autonomie motrice (malade confiné au lit ou au fauteuil) ou la diminution significative des symptômes psycho-comportementaux, tous les critères du NPI-ES devant être inférieurs à 3 pendant un mois.

Une unité cognitivo-comportementale (UCC) est une unité d'hospitalisation rattachée à un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) qui prend en charge sur un temps limité des patients en situation de crise, réalise le bilan médical et propose une prise en charge adaptée pour réduire les troubles du comportement. L'objectif, une fois le bilan réalisé, la cause identifiée et les troubles stabilisés par des soins adaptés, est le retour du malade vers le lieu de vie qui lui est habituel (UHR, EHPAD, domicile, etc.).

2. Le fonctionnement

Q9. – Est-il possible de labelliser une UHR avec des chambres doubles ?

Non. Pour les UHR, l'organisation architecturale des unités doit s'articuler autour de chambres individuelles. En effet, compte tenu de la sévérité des troubles du comportement des malades qui y sont accueillis et des risques liés à la cohabitation dans une même chambre, il ne doit pas exister au sein des UHR de chambres doubles qui seraient préjudiciables au bon fonctionnement de telles unités. L'arrêté modifiant celui du 26 avril 1999 fixant le cahier des charges des conventions tripartites (en cours de publication) qui assoit juridiquement les cahiers des charges

des PASA et des UHR retient cette notion d'unité composée de chambres individuelles.

Q10. – Du fait des difficultés de recrutement des ergothérapeutes et psychomotriciens, peut-on recruter d'autres professionnels qui développent une approche similaire de prise en charge (ex : professeurs d'activités physiques adaptées, masseurs-kinésithérapeutes, etc.) ?

Non. Car cela est susceptible de remettre en question le fonctionnement des PASA et des UHR tels qu'ils résultent des cahiers des charges. En effet, les ergothérapeutes et les psychomotriciens sont des professionnels soignants formés à la réadaptation avec pour objectifs le maintien des activités physiques, psychosociales et la prévention des complications liées à la maladie grâce à des techniques spécifiques, ce qui n'est le cas ni des professeurs d'activités physiques adaptées, ni des masseurs-kinésithérapeutes.

Pour ce qui concerne le recrutement des ergothérapeutes et des psychomotriciens, les PASA et les UHR ne peuvent valablement fonctionner sans l'intervention de ces professionnels qualifiés. La décision de labellisation est donc impossible sans ces professionnels. Cela peut entraîner des difficultés pour certaines régions pour lesquelles les ressources en professionnels sont comptées, et ce, malgré les augmentations de quotas dans les écoles de formation portées par la DGOS.

Dans ce contexte, il est recommandé, si ce n'est déjà fait, d'ouvrir un état des lieux au niveau régional concernant ces professions dans le secteur des EHPAD, mais également dans celui des établissements de santé (SSR notamment) et le secteur du handicap afin de permettre de favoriser les mutualisations/coopérations de ces professionnels en interétablissements (et interpublics) qui souhaiteraient compléter leur temps de travail (parfois à temps partiel) et s'investir dans le champ de l'accompagnement des malades d'Alzheimer (et des maladies apparentées).

Q11. – Y-a-t'il une durée moyenne de séjour indicative en UHR ?

Non. Les critères de sortie de l'UHR sont indiqués dans l'annexe à l'instruction du 7 janvier 2010. Les enquêtes annuelles relatives au fonctionnement des UHR permettront de donner des tendances sur une éventuelle durée moyenne de séjour, les retours de l'enquête 2010 n'étant pas significatifs sur ce sujet. Mais ces données n'auront qu'une valeur indicative.

3. La tarification

Q12. – En matière de facturation du tarif hébergement, comment cela se passe-t-il pour une personne âgée prise en charge en UHR ?

Lorsque l'établissement dispose d'une UHR, le tarif hébergement est le même que la personne soit en UHR ou en unité classique d'hébergement. Lorsque la personne change d'établissement pour intégrer une UHR, le contrat de séjour signé avec le représentant légal de l'établissement d'origine est résilié et un nouveau contrat de séjour est signé avec le représentant légal du nouvel établissement, support de l'UHR. De ce fait, le tarif hébergement facturé à la personne est celui de l'établissement d'accueil.

Dans le cas de la sortie de la personne de l'UHR, deux modalités de prise en charge sont envisageables pour lesquelles il convient de recueillir le consentement de la personne ainsi que celui de son représentant légal et/ou de sa famille :

- la poursuite de la prise en charge dans une unité « classique » d'hébergement de l'établissement support de l'UHR ; dans ce cas, un avenant au contrat de séjour est pris indiquant la fin de prise en charge en UHR ;
- le retour dans l'établissement d'origine au sein duquel est signé un nouveau contrat de séjour.

Compte tenu du fait que la place n'a pas été réservée pour la personne pendant le temps de la prise en charge en UHR, des relations contractuelles entre l'établissement support d'UHR et les établissements « adressants » pourraient permettre de normaliser ces pratiques de transferts interétablissements en inscrivant une clause de priorité à l'admission dès lors qu'une place se libère dans l'établissement d'origine. Afin de favoriser le fonctionnement des filières gériatriques, l'organisation de ces transferts de patients entre EHPAD pourrait être également envisagée dans un cadre d'une charte de partenariat sur un territoire donné.

Q16. – Peut-on financer des postes de psychologues avec les crédits d'assurance maladie en PASA ou en UHR ?

Non. Ce n'est pas possible. Les PASA et les UHR sont financés à 100 % sur la section soins.