

ANNEXE 1

CAHIER DES CHARGES

APPEL A CANDIDATURE ARS N° 2024-UHR

**CREATION DE 4 UNITÉS D'HÉBERGEMENT RENFORCÉES
(UHR)**

DE 12 ou 14 PLACES EN EHPAD

PREAMBULE

Le présent document, annexé à l'avis d'appel à candidature émis par l'Agence Régionale de Santé de Martinique en vue de la création de 4 Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) en EHPAD, sur le territoire de la Martinique, constitue le cahier des charges auquel le dossier de candidature devra se conformer.

Il indique les exigences que doit respecter le projet afin de répondre aux besoins médico-sociaux à satisfaire notamment en termes de prise en charge des résidents souffrant de symptômes psycho-comportementaux sévères consécutifs d'une maladie neurodégénératives associée à un syndrome démentiel, altérant la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents.

Il invite les candidats à proposer les modalités de réponse qu'ils estiment les plus aptes à satisfaire aux objectifs et besoins quant au bien être des personnes ou publics concernés.

1. CADRE JURIDIQUE DE L'APPEL A CANDIDATURE

L'Agence Régionale de Santé de la Martinique, autorité compétente en vertu de l'article L.313-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), soucieuses de diversifier les prises en charges des personnes âgées dépendantes, lance un appel à candidature pour la création d'Unité d'Hébergement renforcé.

Les candidats à l'appel à candidature qui gèrent des structures médico-sociales devront être en règle avec les exigences des évaluations de ces mêmes structures.

Le présent cahier des charges est établi conformément aux dispositions du 12° de l'article L.312-1, du R.313-3 du CASF et sur la base des recommandations de la HAS et de l'ANESM. Il a pour objectif de définir les conditions de création d'Unité d'Hébergement renforcé, ainsi que les caractéristiques techniques auxquelles tout candidat devra répondre.

RAPPEL DES TEXTES LEGISLATIFS, REGLEMENTAIRES et RECOMMANDATIONS

- 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 312-155-02 du code de l'action sociale et des familles).
- Recommandation ANESM : L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentées 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 neurodégénérative en pôle d'activités et de soins adaptés et en unité d'hébergement renforcé » - Mars 2018
- Haute autorité de santé : « Guide du parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée - Mai 2018
- Instruction N°SG/Pôle Santé-ARS/2021/174 du 29 juillet 2021 relative à la définition des modalités de pilotage de la feuille de route maladies neurodégénératives 2021/22-2024
- Feuille de route EHPAD-USLD-DGCS-DGOS 2021-2023 – Mesure 6
- RBPP « l'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative en UHR » ANESM, juillet 2017

2. LE CONTEXTE NATIONAL ET REGIONAL

L'unité d'hébergement renforcée propose sur un même lieu d'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 détermine les critères d'admission notamment (équipe pluridisciplinaire). En effet, les traitements médicamenteux, dans le cadre des troubles comportementaux et/ou caractériels, se révèlent encore très peu efficaces pour améliorer l'état des patients, et les soulager lors de l'aggravation des troubles psycho-comportementaux.

La feuille de route Maladies Neurodégénératives 2021-2023 prévoit la poursuite du développement 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 6).

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

La Martinique compte actuellement **8 UHR** (1 aux Anses d'Arlet, 1 au François, 1 à Rivière-Salée, 2 au Lamentin, 1 à Schœlcher et 2 à Fort-de-France).

C'est dans ce cadre que s'inscrit cet appel à candidature qui vise à renforcer la capacité d'accueil dans des unités dédiées aux personnes atteintes de maladies neurodégénératives qui est prégnante sur le territoire.

3. LES ELEMENTS DE CADRAGE DU PROJET

3-1 La population cible :

L'unité d'hébergement renforcée accueille des résidents :

- souffrant de de symptômes psycho-comportementaux sévères consécutifs d'une maladie neurodégénérative 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 SST, ...à ou encore de leur domicile,
- 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 visant un public plus large que les résidents atteints de la maladie et/ou de maladies apparentées. L'adaptation de l'accompagnement à de nouveaux publics MND (la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, 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.

3-2 Le territoire d'implantation :

L'appel à candidatures vise le développement de 4 UHR de 12 ou 14 places au sein des EHPAD, sans augmentation de capacité.

3-3 Le portage de l'UHR :

Le projet d'UHR devra être proposé par un EHPAD installé sur le territoire de Martinique.

3-4 Le délai de mise en œuvre du projet :

Le projet devra être mis en œuvre d'ici novembre 2024, dernier délai.

4. LES CARACTERISTIQUES D'ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT de l'UHR

4-1 – 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 qu'au préalable :

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

4-2 – Le projet de l’UHR

Un projet spécifique de l’UHR doit être défini par l’établissement, inclus au projet d’établissement. Il doit s’inscrire dans le fonctionnement global institutionnel de l’EHPAD, qui se doit d’être lisible, connu en interne et explicité aux familles. Une attention doit être portée à l’articulation entre l’UHR et l’EHPAD (hébergement classique).

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’information 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.

a- Les activités thérapeutiques 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, jardinage...),
- 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 y compris le week-end. 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 doivent être réalisés (objectifs, impact et bénéfices, fréquence, satisfaction globale des résidents).

b- Les modalités d’accompagnement et de soins appropriés :

Les principales techniques relatives à la prise en charge des troubles du comportement et au suivi de la pathologie et de l’apparition de nouveaux symptômes qui concourent à la mise en œuvre du projet d’accompagnement et de soins 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 différents 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.

c- L'accompagnement personnalisé 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 mentionnés dans un dossier.

d- Les transmissions d'équipe :

Une procédure de signalement des événements et des situations complexes doit être mise en place.

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.

Les transmissions d'information quotidiennes entre les équipes participent du suivi global du résident et de l'ajustement des interventions des professionnels dans la dynamique

d'accompagnement individualisé (les observations de la journée sur les activités, les troubles du comportement, la satisfaction du résident, sa participation...).

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.

4-3 – 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 d'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 gériatrie ;
- d'un temps de personnel soignant la nuit ;
- d'un temps de psychologue pour les résidents, les aidants et les équipes.

L'UHR fait partie de l'EHPAD, mais reste une entité spécifique avec un projet de service 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 (outils d'évaluation, techniques d'observation et d'analyse de comportements, techniques de soins et de communication adaptée...).

4-4 – La coordination entre le secteur sanitaire et médico-social

La prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée avec des troubles du comportement sévères 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 dispose d'une convention de partenariat avec :

- les acteurs de la filière gériatrique (service de court séjour gériatrique, unité cognitive 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, ...).

4-5 – L'environnement architectural

L'environnement architectural doit être le support du projet de soins et d'activités adaptés et vise 3 objectifs :

- créer, pour les résidents, un environnement confortable, rassurant et stimulant ;
- procurer aux personnels un environnement de travail ergonomique et agréable ;
- offrir des lieux de vie sociale pour le groupe et permettant d'y accueillir les familles.

L'unité dispose :

-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 ;

-des 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.

-des 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 ;

-des espaces de service nécessaires à son fonctionnement : vestiaires, locaux de linge propre et de linge sale... ;

-des espaces bien-être, salle de bain ;

-de deux WC ;

-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 d'ambulants.

Dans le cas de création d'une UHR par une construction neuve ou par l'aménagement d'un espace existant, la circulation des résidents déambulant 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 : l'unité répond à la réglementation relative à l'accessibilité des ERP (arrêtés du 1^{er} 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 : l'unité 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 pour les USLD.

Les locaux adaptés doivent être immédiatement mobilisables pour une ouverture effective de l'UHR en 2024, après la visite de conformité.

5. LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

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

6. LE FINANCEMENT DE L'UHR

Le forfait annuel par UHR est de :

- 206 469 € pour 1 UHR de 12 places ;
- 240 880 € pour 1 UHR de 14 places.

En soutien du projet, une aide à l'investissement (PAI) et crédit d'accompagnement devront être sollicités dans le cadre du budget prévisionnel sollicité. Les locaux doivent être disponibles et mobilisables dans le respect du calendrier de mise en œuvre mentionné au présent cahier des charges.

7. LES MODALITÉS D'AUTORISATION

A l'issue de l'instruction, l'ARS notifiera au candidat retenu l'arrêté d'autorisation conjoint ARS/CTM. L'EHPAD devra solliciter une visite de conformité sur site afin de vérifier la concordance du projet avec l'organisation mise en place et les dispositions du 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 du médecin de l'ARS lors des visites de contrôle.