



EHESP

Filière DESSMS

Promotion : **2015-2016**

Date du Jury : **décembre 2016**

**Quelle place pour une Unité
d'Hébergement Renforcée au sein d'un
Centre Hospitalier ?**

L'exemple du Centre Hospitalier

Louis Pasteur de Dole, Jura

Guillaume BRAULT

Remerciements

J'adresse de sincères remerciements à Monsieur Emmanuel LUIGI, Directeur général du Centre Hospitalier Louis Pasteur de Dole, et à mon maître de stage, Monsieur Ghislain DURAND, Directeur des ressources humaines et des affaires médicales du CH Louis Pasteur, pour leur confiance et leur accompagnement durant le stage de professionnalisation et le projet de création d'une unité d'hébergement renforcée, avec une mention particulière pour G.Durand qui m'a aussi accompagné comme tuteur de mémoire.

Je remercie également l'équipe de direction du CH Louis Pasteur, Madame Bancel, Madame Derome, Monsieur Hurard, Monsieur le Dr Meyer, ainsi que les cadres soignants du pôle gériatrique, pour leur collaboration et leur apport aux différentes étapes de ce projet.

Enfin je remercie tous les professionnels et toutes les personnes qui m'ont fourni des éléments d'informations et de réflexions sur la mise en place d' « une unité d'hébergement renforcée », objet de ce mémoire professionnel.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Les Unités d'Hébergement Renforcées constituent une des réponses des pouvoirs publics face aux patients atteints de maladies neurodégénératives et présentant des troubles sévères du comportement.....	5
1.1 Les maladies neurodégénératives, en particulier la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, présentent une incidence forte au sein de la population.....	5
1.1.1 Les maladies neurodégénératives concernent diverses maladies entraînant des troubles du comportement.....	5
1.1.2 La prise en charge de la maladie d'Alzheimer et de ses maladies apparentées est un enjeu majeur de santé publique.	6
1.2 La prise en soins de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres maladies neurodégénératives est une prérogative d'unités spécialisées.	8
1.2.1 Les personnes atteintes de maladie neurodégénératives présentent des troubles du comportement qui requièrent une offre de soins spécifique.	8
1.2.2 Les personnes atteintes de maladies Alzheimer et maladies apparentées et présentant des troubles cognitifs sont accueillies dans différents types de structures spécialisées.	9
1.2.3 Les Unités d'Hébergement Renforcées, qui répondent à un nouveau cadre réglementaire, sont des structures dédiées à la prise en soins des patients souffrant de troubles sévères du comportement.	11
1.2.4 La création d'une UHR obéit à un cahier des charges qui doit être respecté pour qu'un établissement obtienne la labellisation.....	13
1.3 La volonté des pouvoirs publics de mettre en place des Unités d'Hébergement Renforcées n'offre pas les résultats escomptés.	14
1.3.1 La mise en place des UHR voulue par le plan Alzheimer a été portée par le cadre réglementaire.....	14
1.3.2 Les objectifs nationaux de mise en place d'UHR s'avèrent difficiles à mettre en œuvre.	15
1.3.3 La déclinaison des objectifs nationaux est prévue par le Plan Régional de Santé Franche Comté.	16
1.3.4 Le Centre Hospitalier Louis Pasteur souhaite compléter son offre gériatrique par la mise en place d'une unité d'Hébergement Renforcée.	17

2	La situation du Centre Hospitalier Louis Pasteur répond au besoin réel des personnes accueillies dans la filière gériatrique et aux orientations de santé publique.	18
2.1	La démarche diagnostique constitue la phase préparatoire du projet de création de la nouvelle unité et doit être considérée comme une étape importante.	18
2.1.1	Cette démarche se veut inclusive et exhaustive pour constituer la première étape d'une démarche participative au projet de création d'UHR.	18
2.1.2	La méthodologie suivie est basée sur 3 axes : entretien - analyse épidémiologique - retour d'expérience.	19
2.2	Les informations obtenues, à travers les entretiens, l'analyse des données chiffrées, et les retours d'expériences permettent d'établir un diagnostic positif sur le besoin en UHR.	20
2.2.1	Les entretiens qui ont été menés auprès des principaux acteurs du domaine tendent à démontrer la pertinence du dispositif UHR de type sanitaire.	20
2.2.2	L'analyse des données épidémiologiques et démographiques ne peuvent confirmer la pertinence de la création d'une UHR au CH Louis Pasteur faute d'information suffisante. .	31
2.2.3	Le retour d'expériences d'autres UHR témoigne de l'opportunité à mettre en place des UHR.	33
2.3	La convergence existe entre le besoin réel de prise en charge des patients et l'offre de soins apportée par une UHR au regard de l'offre de la filière gériatrique du CHLP.	35
2.3.1	Le Projet médical du CHLP prévoit la création d'une UHR.	35
2.3.2	L'état des lieux sur les UHR a montré un réel besoin de ce type d'unité au centre hospitalier.	35
3	Le Centre hospitalier, dispose de leviers suffisants pour lancer le projet de création d'UHR, toutefois des externalités pourraient le remettre en cause si elles ne sont pas prises en compte. .	38
3.1	Le CH dispose de leviers d'actions pour le projet UHR, mais des freins réels peuvent l'entraver.	38
3.1.1	Les opportunités.	38
3.1.2	Les leviers d'actions au projet.	39
3.1.3	Les freins possibles au projet.	39
3.2	La création de l'UHR au CHLP répond à des préalables qui doivent être réaffirmés.	40
3.2.1	Identifier la population cible et le recrutement des patients en UHR.	40
3.2.2	Confirmer avec l'ARS, la place de l'UHR sanitaire au CH Louis Pasteur.	41
3.2.3	Identifier le point d'implantation de l'UHR au sein du schéma directeur des investissements.	42
3.2.4	Refaire le consensus en interne sur l'organisation de l'UHR.	42

3.3	Le projet de mise en place de l'UHR utilisera la méthodologie de projet ayant cours dans l'établissement	42
3.3.1	Le projet UHR en est dans sa phase de cadrage	42
3.3.2	Les facteurs de réussite du projet UHR	43
3.3.3	Les risques pesant sur le projet.....	44
3.3.4	L'organisation du projet et la mutualisation des ressources projets.....	45
3.4	L'évaluation des moyens nécessaires à la création de l'UHR au CHLP, s'est faite sur la base du cahier des charges des UHR et des retours d'expériences d'autres UHR.	47
3.4.1	Le projet spécifique de la prise en soins en UHR	47
3.4.2	Les ressources humaines nécessaires pour l'UHR.....	48
3.4.3	L'environnement architectural et matériel	50
	Conclusion	53
	Bibliographie	55
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ALD : Affectation longue durée
AMP : Aide médico-psychologique
ANAP : Agence national d'appui à la performance
ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
APR : Analyse préliminaire des risques
ARS : Agence régionale de santé
AS : Aide-soignante
ASH : Agent de service hospitalier
ASG : Assistante de soins en gérontologie
ASV : Adaptation de la société au vieillissement (Loi)
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CDC : Cahier des charges
CDU : Commission des usagers
CSP : Code la santé publique
CH : Centre hospitalier
CHI : Centre hospitalier intercommunal
CHS : Centre hospitalier spécialisé
CHLP : Centre hospitalier Louis Pasteur
CHSCT : Comité d'hygiène et de sécurité au travail
CLIC : Centre local d'information et de coordination
CME : Commission médicale d'établissement
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSIMRT : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CSG : Court séjour gériatrique
CTE : Comité technique d'établissement
CVS : Conseil de vie sociale
DESSMS : Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DM : Décision modificative
DRH : Directeur des ressources humaines
EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG : Equipe mobile de gériatrie
EOH : Equipe opérationnelle d'hygiène
EPS : Etablissement public de santé
EPSM : Etablissement public de santé mentale
ESSMS : Etablissement sanitaire, social et médico-social
ETP : Equivalent temps plein
FMESP : Fond de modernisation des établissements de santé publics et privés
GHT : Groupement hospitalier de territoire
GPEC : Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité de santé
IDE : Infirmière diplômée d'état
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
MAIA : Maison pour l'accueil et l'intégration des malades Alzheimer
MIG : Mission d'intérêt général
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MMP : Maladie morbide principale
MND : Maladies neuro-dégénératives
MOP : Maîtrise d'ouvrage publique (Loi)
MSS : Modernisation du système de santé (Loi)
OMS : Organisation mondiale de la santé
OSCIMES : l'Observatoire des surfaces et coûts immobiliers en établissement de santé
PA : Personne âgées
PAPA : Professeur d'activité physique adaptée
PASA : Pôle d'activité de soins adaptés
PERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (programme)
PMND : Plan maladies neuro-dégénératives
PRS : Projet régional santé
SDI : Schéma directeur des investissements
SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR : Soins de suite et de réadaptation
UCC : Unité cognitivo-comportementale
UHR : Unité d'hébergement renforcée
USLD : Unité de soins de longue durée
VRD : Voirie réseaux divers

Introduction

Dans son rapport de mars 2016 relatif aux Unités de Soins de Longue Durée (USLD), l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) indique dans son introduction, que « *la création d'une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) a pu apporter une réponse satisfaisante* »¹ aux problèmes de prise en charge des patients atteints de maladies neurodégénératives à l'origine de troubles sévères du comportement. Cette déclaration met en évidence l'intérêt des UHR en termes de réponse de santé publique face aux enjeux majeurs de la prise en soins de ces patients. Toutefois, cette analyse est à nuancer quant à l'entière efficacité de ce dispositif, en particulier dans le secteur sanitaire pour les UHR de type USLD.

Ainsi, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a lancé au premier semestre 2016 une enquête auprès des UHR², visant notamment à recueillir les difficultés que ces structures rencontrent au regard des modalités de fonctionnement prévues par le cahier des charges initial PASA/UHR³. Les résultats de cette enquête devraient être présentés en fin d'année lors du congrès national des unités de soins, d'évaluation et de prise en charge Alzheimer⁴. Cette démarche de l'ANESM qui couvre l'ensemble du champ des UHR tant de type sanitaire que de type médico-social, mais aussi les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), traduit une volonté des pouvoirs publics d'apporter des améliorations dans le fonctionnement de ces structures.

Ces deux éléments marquants de l'actualité récente démontrent que la prise en charge au sein des UHR est source de questionnement et que de nouvelles recommandations de bonnes pratiques sont en cours d'élaboration par l'ANESM, pour les UHR existantes, et pour celles en création. Or le centre hospitalier Louis Pasteur de Dole (CHLP), dans le Jura, a pour objectif de mettre en place une UHR au sein de sa filière gériatrique. La réalisation

¹ INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, Mars 2011. Les unités de soins de longue durée, Paragraphe [23], p.7.].

² HOSPIMEDIA du 30 mai 2016, L'Anesm prépare une nouvelle recommandation de bonnes pratiques et lance une enquête auprès des unités d'hébergement renforcée, disponible sur internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160530>.

³ MINISTERES SOCIAUX, Circulaire n°DGAS/DSS/DHOS/2009/15 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012, Annexe 8, cahier des charges des PASA et UHR.

⁴ CONGRES NATIONAL DES UNITES DE SOINS, D'EVALUATION ET DE PRISE EN CHARGE ALZHEIMER 2016, Palais des congrès d'Issy-Les-Moulineaux, Unité de soins et UHR, Jeudi 15 décembre 2016

d'une note de projet sur cette nouvelle unité faisait partie de mes missions de stage qui s'est déroulé sur le pôle gériatrique de cet établissement.

Les maladies neurodégénératives, et en particulier la maladie d'Alzheimer, frappent un nombre important de personnes au sein de la population. Dans une communication du mois de juillet 2014, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) indique que près de 900 000 personnes sont touchées par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée⁵. Afin de faire face à la prévalence de ces maladies, les pouvoirs publics ont mis en place des plans de lutte contre la maladie d'Alzheimer. La mesure 16⁶ du troisième plan Alzheimer et maladies apparentées pour la période 2008-2012 a inscrit au plan d'action la création d'unité d'hébergement renforcée pour les personnes présentant des troubles « importants » du comportement. La circulaire du 6 juillet 2009 explicite la mise en œuvre des PASA et UHR. Ces dernières sont présentes dans le secteur médico-social avec les EHPAD et dans le secteur sanitaire avec les USLD.

Il faut attendre ensuite le plan Maladies neuro-dégénératives pour la période 2014-2019 afin qu'une nouvelle mesure concernant les UHR soit inscrite au plan d'action. La mesure 27⁷ intitulée « *poursuivre et renforcer le déploiement des UHR en EHPAD* » ne semble pourtant s'adresser qu'au secteur médico-social, posant la question du positionnement par rapport aux USLD, bien que le plan englobe l'ensemble des maladies neurodégénératives.

A ce contexte s'ajoutent les deux lois majeures relatives au domaine de la santé, que sont la loi d'adaptation de la société au vieillissement (Loi ASV) du 28 décembre 2015 et la loi de modernisation du système de santé (Loi MSS) du 26 janvier 2016. La première a une action forte sur l'accueil et l'hébergement des personnes âgées en établissement. Pour, les UHR rattachées à des établissements de santé, l'orientation médico-sociale de la prise en soins, la mise en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), la revalorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), illustrent quelques-unes des nouvelles dispositions prévues. De même la création de Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) par la loi MSS a un impact direct sur la filière gériatrique, l'optimisation de

⁵ Les sources d'accordent sur un chiffre de 850 000 à 900 000 personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. La dernière donnée chiffrée consolidée date de 2012 mais l'incidence de cette maladie est importante et le chiffre réel doit tendre vers les 900 000. Se référer au chapitre 1.1 du mémoire.

⁶ MINISTERE DE LA SANTE, février 2008, *Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012*, in Objectif 5, Mesure 16 Création ou identification au sein des Ehpads, d'unités adaptées pour les patients souffrant de trouble du comportement, p 43.

⁷ MINISTERE DE LA SANTE, octobre 2014, *Plan Maladies neuro-dégénératives 2014-2019*, in Enjeu 3, Mesure 27, Poursuivre et renforcer le déploiement des unités d'hébergement renforcé en Ehpads et inscrire cette offre au sein des filières de soins et accompagnement de droit commun, p 40.

la filière de prise en charge de la personne âgée constituant un des éléments de la convention constitutive du GHT. C'est le cas pour le GHT Centre Franche Comté, dont le centre hospitalier de Dole est adhérent.

A ce contexte législatif et réglementaire, il convient d'ajouter la situation même du centre hospitalier Louis Pasteur. Cet établissement de santé de près de 450 lits et places dispose d'une offre en médecine, chirurgie et obstétrique et d'une filière gériatrique, mais cette dernière est exempte d'unité d'hébergement renforcée. En outre, la réorganisation capacitaire et la différenciation des unités d'EHPAD et d'USLD participent au projet que j'ai eu à mener durant mon stage et qui intéresse directement la création d'une UHR.

Constituant un des axes du projet médical du CHLP, la mise en place de l'UHR au sein du pôle gériatrique a été l'occasion pour moi de mener une réflexion sur la place d'une telle unité par rapport aux besoins intra et extra hospitaliers.

« Il s'agit d'établir dans quelle mesure au regard de l'offre existante de la filière gériatrique du centre hospitalier, une convergence existe entre le besoin réel de prise en charge de patients atteints de maladies neurodégénératives, avec des troubles sévères du comportement, et l'offre de soins apportée par une unité d'hébergement « renforcée ».

Cette question relative au positionnement stratégique d'une nouvelle unité au sein d'un établissement de santé renvoie, pour un directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social à d'autres interrogations en lien étroit avec la nature même de ce type de structure :

- *Alors que les objectifs nationaux de création d'UHR ne sont pas atteints et que le plan MND oriente vers la création d'UHR dans le secteur médico-social, la mise en place d'une UHR de type USLD au sein d'un établissement de santé est-elle opportune ? Répond-elle au besoin de la population concernée ?*

Les résultats de l'enquête menée sous forme d'entretiens auprès des acteurs du domaine et l'apport de données démographiques et épidémiologiques permettront de mesurer la pertinence de la mise en place d'une UHR au sein d'un établissement hospitalier comme le CHLP.

- *Comment positionner clairement une UHR par rapport aux autres unités de la filière gériatrique telles l'USLD, l'EHPAD et l'unité cognitivo-comportementale (UCC) existants ?*

Les modalités de fonctionnement d'une UHR, d'entrée et de sortie des personnes hébergées, doivent être clairement définies à travers le projet d'unité. Ces règles doivent être comprises et acceptées par les équipes médicales et soignantes.

- *Les conditions de création et de pérennisation de cette unité sont-elles réunies notamment au regard de la situation budgétaire et financière ?*

Les coûts d'installation et de fonctionnement doivent être mesurés et mis en regard de la situation de l'établissement. La présente étude est basée sur des expériences similaires dans d'autres établissements.

- *Dans le contexte régional, la création d'une UHR est-elle compatible avec les objectifs du GHT ?*

La couverture du besoin de santé publique, pour les personnes pouvant être orientées sur les UHR doit s'entendre au niveau de la région administrative au regard du plan régional de santé. Toutefois la réflexion est aussi à mener autour du parcours de santé du patient dans la filière gériatrique du GHT.

L'intérêt professionnel de mon mémoire est d'apporter des éléments d'éclaircissement à la direction du centre hospitalier quant au bon dimensionnement et au bon positionnement de cette nouvelle unité UHR au sein du pôle gériatrique. En m'appuyant sur une de mes missions de stage de professionnalisation, j'ai voulu mener une démarche complète d'aide dans une décision de direction, des plus utiles pour ma future fonction.

La première partie du mémoire décrit les modalités de prise en charge des patients atteints de maladies neurodégénératives et présentant des troubles sévères du comportement. La mise en place des UHR, qui est une des réponses apportées par les pouvoirs publics, sera analysée avec différents niveaux d'intervention.

La seconde partie étudie l'opportunité, à partir des données recueillies lors d'entretiens avec les acteurs du domaine et d'une l'analyse documentaire, de mettre en œuvre une UHR au CHLP. Des leviers d'actions seront mis en évidence permettant d'obtenir la convergence des acteurs sur cette création d'unité au regard du besoin.

La troisième partie aborde les modalités de mise en œuvre d'une UHR. Ces éléments constituent une aide à la décision pour la direction quant à la capacité de l'établissement à déployer en son sein une UHR répondant au besoin du territoire.

1 Les Unités d'Hébergement Renforcées constituent une des réponses des pouvoirs publics face aux patients atteints de maladies neurodégénératives et présentant des troubles sévères du comportement.

Les maladies neurodégénératives présentent une forte incidence dans la population. Les patients qui en sont atteints et qui présentent des désordres comportementaux sévères sont accueillis dans des unités spécialisés pour ce type de prise en charge, en particulier dans les UHR dont la création est promue par les plans de lutte nationaux contre les maladies neurodégénératives. Toutefois le bilan sur les UHR est à nuancer au regard des résultats nationaux, régionaux et locaux.

1.1 Les maladies neurodégénératives, en particulier la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, présentent une incidence forte au sein de la population.

1.1.1 Les maladies neurodégénératives concernent diverses maladies entraînant des troubles du comportement.

L'éditorial du plan maladies neurodégénératives⁸ 2014-2019 (PMND) nous livre des informations sur la prévalence de ces maladies dans la population française. Elles toucheraient près d'un million de personnes. Les maladies neurodégénératives regroupent la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées qui touchent environ 850 000 personnes mais aussi la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques. La première atteint 150 000 personnes en France et la seconde 85 000 personnes.

Dans leur définition⁹, les maladies neurodégénératives sont des pathologies progressives liées à un dysfonctionnement métabolique au sein du système nerveux allant jusqu'à la destruction de ces cellules. Les conséquences sont la démence comme dans la maladie d'Alzheimer ou des dysfonctionnements des fonctions motrices comme dans la sclérose latérale amyotrophique ou la maladie de Parkinson.

⁸ MINISTERE DE LA SANTE, octobre 2014, *Plan Maladies neurodégénératives 2014-2019*, in Editorial, p 5.

⁹ ENCYCLOPÆDIA UNIVERSALIS. CARTIER-LACAVE N., SEVIN C., « *Maladies neurodégénératives* », disponible sur internet : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/maladies-neurodegeneratives>.

A noter, qu'à contrario du plan Alzheimer 2008-2012, le PMND étend son champ d'intervention à l'ensemble des maladies neurodégénératives.

1.1.2 La prise en charge de la maladie d'Alzheimer et de ses maladies apparentées est un enjeu majeur de santé publique.

L'INSERM a dressé la somme des connaissances sur la maladie d'Alzheimer¹⁰ et la décrit comme une dégénérescence lente et progressive des neurones à partir de l'hippocampe et qui se généralise ensuite à l'ensemble du cerveau.

La maladie d'Alzheimer résulte d'un processus pathologique spécifique qui entraîne le développement de deux types de lésions au niveau du système nerveux central :

- les dégénérescences neurofibrillaires, il s'agit de l'apparition, au sein des neurones, d'anomalies de la protéine Tau,
- les plaques amyloïdes ou « plaques séniles », il s'agit du dépôt, en dehors des neurones, de la protéine Béta amyloïde.

Ces lésions envahissent progressivement les différentes zones du cortex cérébral. Elles sont longtemps silencieuses puis entraînent des manifestations visibles au fur et à mesure qu'elles se multiplient et touchent des zones importantes pour le fonctionnement cérébral.

Par un jeu de réactions biochimiques pathologiques, restant encore en partie à découvrir, la toxicité augmente dans les cellules nerveuses de l'hippocampe, siège de la mémoire à court terme. Le phénomène pathologique s'étend de la région de l'hippocampe à l'ensemble du cortex cérébral. Les connaissances sur la maladie progressent mais restent faibles, compte tenu de la complexité des processus biologiques et neurologiques en cause¹¹.

Les conséquences de la maladie pour les malades sont une atteinte du cortex cérébral se traduisant par « une diminution des fonctions cognitives : troubles de la mémoire, altération de la pensée abstraite (définition de mots et de concepts), troubles du jugement, mais aussi troubles du langage, incapacité à réaliser une activité motrice malgré une compréhension et des fonctions motrices intactes, impossibilité à identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes. Des troubles psycho-comportementaux

¹⁰ INSERM, juillet 2014, Pr AMOUYEL, Dossier d'information Alzheimer, disponible sur internet : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer>.

¹¹ GUCHER C, MOLLIER A., 2013, *Regards pluridisciplinaires sur la maladie d'Alzheimer*, in Les enjeux de la recherche sur la maladie d'Alzheimer, éd. L'harmattan, pp 11-13.

(changement de la personnalité, perturbation de l'humeur et signes psychotiques...) sont très fréquents. »¹².

Ce processus est lent et met plusieurs dizaines d'années avant de pouvoir être diagnostiqué par des symptômes évidents¹³. Cette maladie se déclare avec l'âge puisque l'incidence de la maladie augmente après 65 ans (2 à 4% de la population générale) et explose après 80 ans (15% de la population générale). Les femmes sont plus exposées que les hommes. Sur 25 malades, 15 sont des femmes et 10 sont des hommes, mais le facteur de la durée de vie intervient dans cette répartition. Selon l'INSERM, 900 000 personnes souffrent actuellement de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Avec une incidence forte de 230 000 nouveaux cas par an¹⁴, le nombre de personnes concernées pourrait atteindre 1,3 million de malades en 2020. En 2040, le monde devrait compter 81,1 millions de malades¹⁵.

Le diagnostic de la maladie est difficile à établir compte tenu des éléments vus supra. Il s'établit sur la base de tests des fonctions cognitives et de tests neuropsychologiques (par exemple le test NINCDS-ADRDA¹⁶) associés à de l'imagerie médicale. Le processus de diagnostic est documenté dans le guide de recommandation et bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS) relatif au diagnostic et à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées¹⁷. Il est communément admis que le taux de diagnostic est de l'ordre de 90%. C'est l'association de la clinique et des bio marqueurs (modification du liquide céphalo-rachidien, modification de la structure de l'hippocampe, dépôts amyloïdes,) qui permet d'établir le diagnostic¹⁸. En routine, il n'est pas proposé de recourir à l'imagerie TEP¹⁹ pour mesurer ces bio marqueurs, ils sont essentiellement, et pour le moment, réservés à la recherche clinique. Les médecins généralistes et le réseau des quelques 400 consultations mémoire apportent une solution de proximité à la population en termes de diagnostic.

¹² ANESM, février 2016, Lettre de cadrage, *l'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes de maladie neurodégénérative en PASA et en UHR. Caractéristiques de ces maladies et populations touchées*, pp 8-9.

¹³ Ibid 10

¹⁴ ASSOCIATION FRANCE ALZHEIMER, février 2012, *Etude exploratoire auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée âgées de moins de 65 ans*, p 3.

¹⁵ TILLEMET JP, HAUW JJ., PAPADOPOULOS V., 2010, *Le défi de la maladie d'Alzheimer*, in MICHEL JP., Est-il possible de prévenir ou retarder l'apparition de la maladie d'Alzheimer, p 93.

¹⁶ Critères du NINCDS-ADRDA (d'après McKhann et al, 1984).

¹⁷ HAS, décembre 2011, *Recommandation et bonne pratique de la Haute Autorité de Santé relatif au diagnostic et à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées*, pp 8-14.

¹⁸ TILLEMET JP, HAUW JJ., PAPADOPOULOS V., 2010, *Le défi de la maladie d'Alzheimer*, in DUBOIS B. USPENSKAYA O. SARAZIN M. DE SOUZA L., Nouvelle définition de la maladie d'Alzheimer, pp 18-19.

¹⁹ Tomographie par émission de positons

1.2 La prise en soins de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres maladies neurodégénératives est une prérogative d'unités spécialisées.

1.2.1 Les personnes atteintes de maladie neurodégénératives présentent des troubles du comportement qui requièrent une offre de soins spécifique.

La maladie d'Alzheimer frappe donc majoritairement les personnes âgées pour lesquelles les troubles occasionnés nécessitent des soins très spécifiques qu'ils soient délivrés à domicile ou dans des structures spécialisées. « *Aux confins des scènes privées et publiques, la maladie d'Alzheimer engage nos capacités collectives à offrir aide et soutien* »²⁰. Il s'agit là tant du ressort des aidants familiaux que du soutien de la collectivité. Les différents plans Alzheimer et maladies neurodégénératives sont un exemple depuis 15 ans de leur prise en compte par la communauté nationale. Les ressorts psychosociologiques, à l'œuvre dans la reconnaissance des personnes atteintes par la maladie et dans leur acceptation, renvoient du malade une vision déstructurée pour lesquels la prise en charge collective par les pouvoirs publics devient la principale alternative. Pour autant, la théorie du « *crépuscule de la raison* »²¹ vient donc confronter directement une autre approche qui est la capacité sociétale à la sollicitude du « *Care* »²².

Les ressources engagées dans la prise en charge de la maladie doivent tenir compte justement de la particularité de ces maladies neurodégénératives qui nécessitent une approche par les professionnels (mais aussi la famille) prenant en compte les perturbations des fonctions cognitives sévères allant jusqu'à la démence. Aux déficits cognitifs, le professionnel du soin doit pouvoir offrir un environnement et une présence rassurante, être capable d'adapter son accompagnement aux provocations comportementales, de travailler sur la capacité d'attachement et de jouer du levier affectif²³, faire appel à l'intelligence sémiotique qui permet d'élaborer des comportements en se référant à des réalités absentes non verbalisées.²⁴

²⁰ GUCHER C, MOLLIER A., 2013, *Regards pluridisciplinaires sur la maladie d'Alzheimer*, in Les enjeux de la recherche sur la maladie d'Alzheimer, éd. L'harmattan, p 15.

²¹ MAISONDIEU J, 2011, *Le crépuscule de la raison*, éd. Bayard culture. 250 p.

²² Encyclopædia Universalis. LAUGIER S, « *Care* », L'éthique du Care est d'attirer l'attention sur ensemble de phénomènes négligés. Elle introduit des enjeux éthiques dans le politique place de la vulnérabilité au cœur de la morale. Elle véhicule des valeurs morales telles que le soin, l'attention à autrui, la sollicitude, disponible sur internet : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/care-philosophie/>

²³ GUCHER C, MOLLIER A. GUCHER C, MOLLIER A., 2013, *Regards pluridisciplinaires sur la maladie d'Alzheimer*, in Groupe relationnels de personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer, pp 151-153.

²⁴ DELAMARRE C., 2015. *Démence et projet de vie, accompagner les personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou apparentés*, in L'intelligence de l'espace-temps réel, éd Dunod, p 21-26.

Compte tenu de la complexité intrinsèque de la prise en charge des maladies neurodégénératives où les troubles du comportement sont sévères et allant jusqu'aux démences dans les phases aiguës, les dispositifs qui accueillent ces patients doivent d'être globaux, spécialisés et portés par des personnels bien formés. Les unités d'hébergement renforcées ont cette vocation même si d'autres unités spécialisées accueillent ce type de malades.

1.2.2 Les personnes atteintes de maladies Alzheimer et maladies apparentées et présentant des troubles cognitifs sont accueillies dans différents types de structures spécialisées.

Les patients souffrant de troubles du cognitif peuvent être hébergés dans différents types de structures communément qualifiés d'Alzheimer. Leur environnement architectural, matériel et humain permet une prise en soins plus adaptée. Ce type de structure a évolué avec le temps au gré de l'avancée des connaissances sur la maladie et sur sa prise en charge. Ces unités sont rattachées administrativement à un établissement médico-social ou à un établissement sanitaire. Géographiquement, elles s'intègrent généralement dans la structure fonctionnelle de l'établissement. Actuellement, la majorité des personnes atteintes de la maladie Alzheimer et de maladies apparentées sont accueillies en EHPAD. La fondation Médéric Alzheimer dans son état des lieux en 2011, relève que sur les 9932 établissements pour personnes âgées (EHPAD et USLD), 70% déclarent accueillir des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer ou ses maladies apparentées.

Historiquement, la première initiative d'unité d'accueil spécialisé a été le Centre d'animation naturelle tirée d'occupations utiles (CANTOU²⁵) de Rueil-Malmaison en 1977. De cette expérience sont progressivement apparues d'autres formules d'unités de vie protégée. Après les initiatives des années 1970, les pouvoirs publics ont développé dans les années 1980 des programmes de maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes de taille modérée (80 places d'unités avec en son sein une unité de vie pour personnes désorientées de 15 chambres individuelles). C'est à partir de cette époque que le concept d'unité spécifique de petite capacité (entre 10 et 15 places) s'est développé. Ces unités ont été dénommées CANTOU en référence à l'initiative première. Toutefois depuis 30 ans, le concept d'origine favorisant la participation des personnes et de leur famille s'est perdu²⁶ au bénéfice d'aménagement de lieux destinés à occuper les résidents perturbateurs

²⁵ En occitan cantou signifie " coin du feu ", et symbolise l'ambiance conviviale des domiciles familiaux d'autrefois, dans lesquels plusieurs générations cohabitaient.

²⁶ COLVEZ A. RITCHIE K. LEDESERT B. GARDENT H. FONTAINE A., 1994. *Cantou et long séjour hospitalier : évaluation comparative de deux modes de prise en charge de la démence sénile*, éd. INSERM, 91 p.

et restreignant les déplacements. Depuis les années 2000 avec l'effort d'investissement de la Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie (CNSA créée en 2005) à destination de la rénovation et de la création de place d'EHPAD, les lieux d'accueil se sont développés autour de nouvelles structures²⁷ :

- Les petites unités de vie d'une capacité inférieure à 25 places de gestion administrative autonome.
- Les établissements spécialisés « tout Alzheimer » avec un accompagnement entièrement centré sur la prise en charge de cette maladie et maladies apparentées. Plusieurs unités de vie d'une quinzaine de places accueillent les malades suivant leur degré de symptômes.
- Les accueils de jour permettant d'accueillir des personnes âgées vivant à domicile et atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.
- Les structures d'hébergement temporaires permettant à la personne âgée de faire face à des difficultés momentanée (convalescence, absence de la famille, transition vers un hébergement permanent...).

En outre, il existe des unités de soins aigus Alzheimer²⁸. Petites unités spécialisées situées dans les établissements de santé et qui permettent de prendre en charge des personnes âgées en crise, atteintes de troubles sévères du comportement. La mesure 17 du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 a instauré dans cette optique les unités cognitivo-comportementale (UCC) qui interviennent au titre des soins et de suite et réadaptation (SSR) au sein des établissements de santé. Lorsqu'elles ne sont pas créées, les UCC sont issues de la nouvelle labélisation des unités de soins aigus Alzheimer. Nous reviendrons sur les UCC plus avant dans le mémoire notamment dans leur positionnement vis-à-vis des UHR.

Enfin, et nous en venons au cœur de la thématique, avec la création par le plan Alzheimer, des unités d'hébergement renforcées et des pôles d'activité et de soins adaptés.

²⁷ MINISTERE DE LA SANTE, 2012, *Accompagnement et cadre de vie en établissement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres causes de dépendance*. Guide pratique, éd Presse de l'EHESP, 175 p.

²⁸ BERTHIER MJ, Mai 2013, *De la protection à l'enfermement, les unités Alzheimer*, Mémoire de Master2, Faculté de droit & sciences sociales Poitiers, 53 p.

1.2.3 Les Unités d'Hébergement Renforcées, qui répondent à un nouveau cadre réglementaire, sont des structures dédiées à la prise en soins des patients souffrant de troubles sévères du comportement.

a) Les UHR, résultat d'une évolution des unités de vie protégées...pour des patients considérés comme perturbateurs pour leur environnement.

Les actuelles unités d'hébergement renforcées seraient le résultat d'une évolution durant 30 ans des premières unités protégées des années 1970-1980. Cette évolution s'est faite selon plusieurs axes : une meilleure connaissance de la maladie d'Alzheimer et de ses maladies apparentées, une meilleure connaissance des besoins des personnes qui en sont atteintes et une réflexion sur l'environnement de vie des malades accueillis. Mais le principal axe, ayant poussé à la création de telles unités est la nécessité de prendre en compte les troubles sévères du comportement des patients encore valides. Ces patients sont « perturbateurs » pour leur environnement, que ce soit pour les aidants, la famille, le personnel des unités de soins mais aussi les autres patients. Le terme « troubles sévères » recouvre en fait une réalité plus frontale : les crises de démence.

b) A un certain stade de la maladie, les malades sont atteints de démences sévères, pour lesquelles une prise en charge plus spécifique est nécessaire.

La démence est une pathologie à caractère évolutif. Le terme démence²⁹ fait référence à un affaiblissement mental frappant l'ensemble des facultés psychiques et altérant, l'affectivité et l'activité du malade, ainsi que ses conduites sociales. L'évolution irrémédiable de ce déficit intellectuel reste un caractère essentiel des démences. Elle se manifeste par une défaillance progressive de la mémoire, du jugement et des facultés d'adaptation entraînant des difficultés de communication.

La démence peut ne pas être sévère pendant plusieurs années (troubles cognitifs légers). La HAS définit dans l'affectation longue durée 15, la maladie d'Alzheimer et ses démences³⁰ comme un trouble de la mémoire et de l'idéalisation suffisamment important pour retentir sur la vie, associé à un autre trouble des fonctions cognitives, et qui dure depuis au moins 6 mois.

²⁹ ENCYCLOPEDIA UNIVERSALIS, ESCOUROLLE R., GREGOGNA J., « *Démence* », disponible sur internet : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/demence/>

³⁰ HAS, Mai 2009, *Guide médecin – affectation de longue durée, Maladie d'Alzheimer et autres démences*.

Les troubles psycho comportementaux sont observés chez 80% des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. 25% de ces derniers présentent des symptômes modérés et 10% des troubles importants³¹.(agressivité, désinhibition, déambulation). La HAS recommande d'utiliser les tests de diagnostic de troubles mentaux DSM-IV-TR ou le NINCDS-ARDRA en première intention pour mesurer le degré des troubles.

Les états démentiels sont alors pris en charge au sein des UCC s'il s'agit d'un état de crise localisé ou au sein d'un PASA en cas de troubles du comportement modérés et en UHR lorsqu'il s'agit de troubles sévères. Les critères d'entrée dans les unités sont définis par voie réglementaire. L'environnement pour les personnes atteintes de troubles du comportement liées à des démences est particulièrement important et contribue à diminuer les troubles. C'est dans ce sens que le cahier des charges PASA/UHR a été publié.

c) Les patients atteints de troubles sévères du comportement sont éligibles à l'entrée en UHR selon certains critères spécifiques.

Les patients atteints de troubles sévères sont difficiles à prendre en charge en raison de troubles du comportement perturbateurs. Agressivité, déambulation, cris sont une forme d'expression (voir §1.2.1).

Les troubles sévères sont reconnus pour une admission en UHR³², dès lors que le score est supérieur à 7 sur l'échelle NPI³³-ES³⁴ et ce concernant les troubles suivants : idées délirantes, hallucination, agitation, agressivité, exaltation de l'humeur, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement aberrant, et avec un score de 5 voire 4 lors de 2 évaluations dans le mois précédent³⁵.

Autres critères d'admission : les personnes doivent être mobiles (capables de se déplacer seul ou en fauteuil roulant) et ne pas avoir de syndrome confusionnel tels que définis par la HAS. Mais à noter qu'il n'est pas fait référence à des critères d'âge. Les critères de sortie sont étudiés dès lors que la personne a perdu sa mobilité (grabatisation)

³¹ Rapport de la commission présidée par le Pr J.Ménard en vue de l'élaboration du 3^{ème} plan Alzheimer, novembre 2007.

³² MINISTERE DE LA SANTE, Instruction ministérielle DGAS/2C/DHOS/DSS/2010-106 du 7 janvier 2010 relative à l'application médico-social du plan Alzheimer.

³³ CUMMINGS JL, MEGE M, GRAY K, ROSENBERG-THOMPSON S, CARUSI DA, GORNBEIN J, décembre 1994, The neuropsychiatric inventory : *comprehensive assessment of psychopathology in dementia*, Neurology, (12) : 2308-14.

³⁴ NPI dédiée aux équipes soignantes

³⁵ MINISTERE DE LA SANTE, Instruction du 23 février 2010 relative aux modalités de déploiement et de financement des unités d'hébergement renforcées dans le secteur sanitaire. Annexe 1 critères d'admissibilité des patients dans les UHR.

ou bien que les troubles du comportement aient significativement diminués, c'est-à-dire avec un score NPI-ES inférieur à 3 pendant 1 mois.

1.2.4 La création d'une UHR obéit à un cahier des charges qui doit être respecté pour qu'un établissement obtienne la labellisation

Le cahier des charges relatif aux PASA et UHR³⁶ de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) est le document de référence quant à l'organisation des UHR. Il décrit les modalités de prise en charge adaptées en EHPAD et en USLD des personnes atteintes par la maladie et présentant des troubles sévères du comportement.

Les principaux éléments pour les UHR sont :

- Une capacité maximale de 20 places pour les UHR de type USLD (12 à 14 pour les EHPAD).
- Un projet de soin adapté favorisant une prise en charge médicamenteuse.
- Un environnement architectural dédié, sécurisé et permettant la déambulation.
- Une équipe de professionnels dédiée avec un temps de médecin, d'infirmier, de psychomotricien et d'ergothérapeute, d'assistant de soins en gérontologie, de personnel soignant de nuit, de psychologue.
- Une procédure de labellisation par l'ARS avec étude sur pièces du projet, visite sur site puis visite de fonctionnement.
- Un financement forfaitaire (déconnecté de l'outil PATHOS) à hauteur de 40 000 €, pour les UHR USLD et de 200 000 € à 250 000 € pour les UHR médico-sociales. En outre, 50 000 € sont attribués au titre de l'investissement par le FMESPP.

La différence de financement entre UHR sanitaire et médico-social est considérable et constitue un frein à la création des UHR de type USLD. Ces financements sont non fongibles l'un étant dans le cadre de l'ONDAM hôpital³⁷ et l'autre dans l'ONDAM médico-social³⁸. Le cahier des charges PASA/UHR est présenté en annexe du mémoire. En outre la circulaire du 19 septembre 2011 relative à la mesure 16 présente *une foire aux questions*³⁹ qui complète efficacement le cahier des charges.

³⁶ MINISTERE DE LA SANTE, Cahier des charges relatif aux PASA et UHR du 28/04/2009 représenté en annexe 8 de la circulaire DGAS/DSS/DHOS/2009-15 du 6 juillet 2009.

³⁷ Code de la sécurité social. Article L.174-1-1.

³⁸ Code de l'action sociale et des familles. Article L.414-3

³⁹ MINISTERE DE LA SANTE, Circulaire DGCS/SD3A/DGOS/SDR/2011-362 du 19 septembre 2011 relative à la mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012. Annexe 1, Foire aux questions.

1.3 La volonté des pouvoirs publics de mettre en place des Unités d'Hébergement Renforcées n'offre pas les résultats escomptés.

1.3.1 La mise en place des UHR voulue par le plan Alzheimer a été portée par le cadre réglementaire.

a) Dans le cadre du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

Comme vu supra, c'est la mesure 16 du Plan Alzheimer 2008-2012 et maladies apparentées, qui instaure la création des UHR en même temps que les PASA. Le cadre juridique n'est donc défini par aucune disposition législative, ni par le code de l'action sociale et des familles (CASF), ni par le code de santé publique (CSP). Toutefois le cadre juridique de ce troisième plan Alzheimer est initialement posé par la circulaire du 6 juillet 2009⁴⁰ relative à la mise en œuvre du plan.

Cette circulaire est complétée par la suite avec :

- L'instruction ministérielle du 7 janvier 2010⁴¹ relative à l'application du volet médico-social du plan Alzheimer,
- L'instruction du 23 février 2010⁴² relative aux modalités de déploiement et de financement des UHR dans le secteur sanitaire,
- La circulaire du 24 septembre 2010⁴³ relative au financement par le fond pour la modernisation des établissements de santé, des UHR dans les USLD,
- La circulaire du 19 septembre 2011⁴⁴ relative à la mesure 16 du Plan Alzheimer.

En ce qui concerne la création des UHR, il ne s'agit pas d'une procédure d'autorisation mais d'une procédure de labellisation, pour l'UHR de type médico-social (en EHPAD) ou de type sanitaire (en USLD), soit par adaptation des places existantes (donc sans augmentation de la capacité de la structure) soit par création de places nouvelles. Ce dernier point a une importance essentielle dans le cas de mise en place d'une UHR au

⁴⁰ MINISTERE DE LA SANTE, Circulaire DGAS/DSS/DHOS/2009-195 du 6 juillet 2009 relative à l'application médico-social du plan Alzheimer.

⁴¹ MINISTERE DE LA SANTE, Instruction DGAS/2C/DHOS/DSS/2010-106 du 7 janvier 2010 relative à l'application médico-social du plan Alzheimer.

⁴² MINISTERE DE LA SANTE, Instruction du 23 février 2010 relative aux modalités de déploiement et de financement des unités d'hébergement renforcées dans le secteur sanitaire

⁴³ MINISTERE DE LA SANTE, Circulaire DGOS/R4/2010-360 du 24 septembre 2010 relative au financement par le fond pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) des unités d'hébergement renforcées (UHR) dans les unités de soins de longue durée dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012.

⁴⁴ MINISTERE DE LA SANTE, Circulaire DGCS/SD3A/DGOS/SDR/2011-362 du 19 septembre 2011 relative à la mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012.

centre hospitalier Louis Pasteur. Quant à la labellisation, elle comporte deux volets : l'un lié à l'infrastructure et l'autre lié à l'organisation du fonctionnement de ces unités.

b) Dans le cadre actuel du Plan maladies neurodégénératives 2014-2019.

En 2012, à l'issue du 3^{ème} plan Alzheimer, l'association France Alzheimer a publié un livre blanc « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, l'urgence d'une vraie politique de santé publique »⁴⁵. L'association a mis l'accent sur la nécessité d'améliorer l'accueil en PASA et UHR.

Le Plan maladies neuro-dégénératives a ensuite prévu «de poursuivre et renforcer le déploiement des UHR » (mesure 27), ainsi que de procéder à la rénovation du cahier des charges. Celui-ci reste à paraître.

En outre, l'ANESM en cette année 2016, a publié une lettre de cadrage⁴⁶ relative à l'accueil des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative en PASA et en UHR, traduisant là aussi une volonté de redynamiser ces dispositifs.

1.3.2 Les objectifs nationaux de mise en place d'UHR s'avèrent difficiles à mettre en œuvre.

a) Le nombre d'UHR créées restent assez loin des objectifs nationaux.

Les objectifs initiaux dans la circulaire de 2009 étaient de créer 30 000 places d'UHR et de PASA dont 5 000 pour les UHR en 2008. Cela représentait 360 UHR à créer. Les objectifs ont été revus en avril 2010 à 300 UHR (répartis en 200 UHR type USLD et 100 UHR type EHPAD) avec une répartition régionale.

En juin 2012, un point de situation des ARS, dans le cadre de l'évaluation du Plan Alzheimer pour le Ministère de la Santé⁴⁷, relève que ce sont finalement 159 UHR qui accueillent des malades, les autres restant à créer ou étant en cours de création...

Enfin en 2013,⁴⁸ il y avait 54 UHR sanitaires ouvertes et 50 encore prévues par les ARS. Le taux d'exécution de la mesure est mieux respecté en EHPAD qu'en USLD avec

⁴⁵ ASSOCIATION FRANCE ALZHEIMER, 2012, *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, l'urgence d'un vrai politique de santé publique*, Préconisation 4. p 8.

⁴⁶ ANESM, février 2016, Lettre de cadrage, *L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes de maladie neurodégénérative en PASA et en UHR*, Caractéristiques de ces maladies et populations touchées, p 5.

⁴⁷ Consultable sur internet : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no16.html>

⁴⁸ INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, Mars 2011, *Les unités de soins de longue durée*, in paragraphe [363], p 7.

respectivement 68% et 27% d'exécution si l'on se réfère au nombre de places ouvertes (et non pas d'unités).

b) Les raisons des difficultés à atteindre les objectifs sont diffuses et peu évoquées.

Peu d'éléments d'explication figure dans la littérature. Les différentes enquêtes alimentent en statistiques peu favorables le bilan du plan Alzheimer. De l'enquête nationale en 2014, de la fondation Médéric Alzheimer sur les unités prenant spécifiquement en charge les maladies d'Alzheimer⁴⁹, l'IGAS en conclut qu'il y a notamment « *un effacement du rôle des USLD dans la prise en charge de ce type de patient* ».

c) Le plan « Maladies neuro-dégénératives 2014-2019 » prévoit d'achever le déploiement des UHR mais dans le secteur médico-social.

La mesure 27 du plan MND prévoit à la suite des constats précédents de « *poursuivre et renforcer le déploiement des UHR et cibler les efforts dans le secteur médico-social, [...], renforcer le maillage territorial en développant 660 places supplémentaires, soit 68 UHR supplémentaires en EHPAD* ». Cette phrase très explicite occulte les UHR de type USLD qui restent encore pour beaucoup d'entre elles à déployer dans le secteur sanitaire. L'impact de l'approche des UHR par le plan MND n'est donc pas sans conséquence sur le projet de mise en place de l'UHR au CH Louis Pasteur.

1.3.3 La déclinaison des objectifs nationaux est prévue par le Plan Régional de Santé Franche Comté.

Les objectifs régionaux du PRS 2012-2016 sont de déployer 7 UHR fin 2012 (soit 128 places) : 2 UHR en EHPAD de 14 places chacune et 5 UHR en USLD de 20 places maximum chacune, dont 1 dans le Jura, au centre hospitalier Louis Pasteur. Ces objectifs ont été annoncés à l'occasion d'une réunion régionale en janvier 2011⁵⁰ visant à présenter les dispositifs PASA et UHR du plan Alzheimer. A noter que le nombre de PASA est quant à lui bien supérieur avec 30 unités soit 420 places.

En Franche-Comté, le plan régional de santé (PRS) 2012-2016, dénombre 15 400 cas de démence dont 12 600 cas de maladies d'Alzheimer, et 3 400 nouveaux cas de démence

⁴⁹ FONDATION MEDERIC ALZHEIMER, décembre 2014, n°35, *La lettre de l'observation des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*.

⁵⁰ AGENCE REGIONALE DE SANTE DE FRANCHE COMTE, 27 janvier 2011 à l'IRTS de Besançon, Présentation régionale secteur personnes âgées du dispositif PASA et UHR.

chaque année. Pour y faire face, le PRS⁵¹ a pour objectif de « développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints de la maladie d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées vieillissantes ». Les objectifs de 2011 sont réaffirmés puisque la région doit atteindre l'objectif de ses 7 UHR. Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) reprend ces orientations⁵². Qu'en est-il en 2016 de l'atteinte de ces objectifs ? Selon les informations de l'ARS⁵³, il n'y aurait que deux UHR déployées et opérationnelles : à Lure (CHI Haute Saône) et à Villersexel (Fondation de Grammont), en Haute Saône, toutes deux de type médico-social.

1.3.4 Le Centre Hospitalier Louis Pasteur souhaite compléter son offre gériatrique par la mise en place d'une unité d'Hébergement Renforcée.

Le CHLP est un établissement de santé situé dans le département du Jura, en région Bourgogne Franche-Comté. EPS de taille moyenne, il est situé à équidistance des CHU de Dijon et Besançon (50 km), dans une zone de population à faible densité (52 hab/km² contre 121 au niveau national), plutôt rurale et dont la part de personnes de plus de 75 ans progresse sensiblement (10,7% en 2012 contre 10,1% en 2008). La population âgée de plus de 60 ans devrait dépasser les 30% en 2030 contre 26,5% actuellement. Le CHLP couvre un bassin de vie de 90 000 habitants.

Le CHLP offre 435 lits de médecine, chirurgie, obstétrique ainsi qu'une filière gériatrique qui comprend un EHPAD, une USLD, du SSR gériatrique dont une UCC, ainsi qu'une unité de court séjour gériatrique soit 142 lits et places. Les projets en cours sur le pôle gériatrique sont : la réorganisation capacitaire de l'USLD et de l'EHPAD afin d'avoir des filières de prise en charge clairement identifiées, la mise en place d'une équipe mobile de gériatrie, la création d'une unité d'hébergement renforcée. Ces trois projets ont constitué mes missions de stage.

A la lecture de la situation nationale et régionale vue supra, la création de l'UHR au CHLP passe par un bilan et une étude de faisabilité dont ce mémoire professionnel constitue la synthèse.

⁵¹ AGENCE REGIONALE DE SANTE DE FRANCHE COMTE, PRS 2012-2016, Objectif 4.4, Développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints de la maladie d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées vieillissantes, p 82.

⁵² AGENCE REGIONALE DE SANTE DE FRANCHE COMTE, SROS 2012-2016, §2.3.2, Les axes de consolidation ou d'amélioration, p 127.

⁵³ AGENCE REGIONALE DE SANTE DE BOURGOGNE FRANCHE COMTE. Entretien avec le médecin de santé publique en charge du plan Alzheimer. 11 mars 2016.

2 La situation du Centre Hospitalier Louis Pasteur répond au besoin réel des personnes accueillies dans la filière gériatrique et aux orientations de santé publique.

La phase de diagnostic qualitatif et quantitatif, est menée sur la base d'entretiens, d'analyse des données de l'information médicale et des éléments d'observation d'unités déjà en place. J'ai pu mesurer qu'il y avait un réel besoin d'une unité UHR et qu'une convergence des acteurs pouvait s'opérer en vue du déploiement d'une UHR au CHLP.

2.1 La démarche diagnostique constitue la phase préparatoire du projet de création de la nouvelle unité et doit être considérée comme une étape importante.

2.1.1 Cette démarche se veut inclusive et exhaustive pour constituer la première étape d'une démarche participative au projet de création d'UHR.

Cette analyse en 3 axes doit me permettre d'avoir une vision claire du positionnement de l'UHR au sein du pôle gériatrique du CHLP. Il ne s'agit pas de créer une nouvelle unité ex nihilo parce que sa création figure au projet médical de l'établissement, mais d'approcher au mieux la façon de la mettre en place. Pour cela, un état des lieux est d'abord à mener afin d'identifier les freins et les leviers devant présider à toute nouvelle création.

De plus, solliciter les différents acteurs du domaine, le corps médical et les soignants, la direction de l'établissement et l'ARS et bien sûr les bénéficiaires à travers les représentants des familles, est déjà une démarche inclusive visant à faire une « enquête publique » où chacun est loisible de s'exprimer librement.

Que cette phase préparatoire au projet de création d'UHR soit réalisée par un élève DESSMS stagiaire, présente pour la direction du CHLP, l'avantage de faire intervenir un tiers, du secteur sanitaire et médico-social, avec qui la parole sera plus libre.

Les projets importants en cours ou en gestion, comme l'UHR au pôle gériatrique nourrissent une légitime inquiétude des personnels. Il est donc essentiel de solliciter les avis des acteurs et de mener la démarche diagnostique sans alimenter l'inquiétude, et bien à rebours, créer un climat de confiance et de participation.

Bien qu'il s'agisse aussi d'une phase exploratoire, en tant que chargé de mission, je devais aussi gérer les risques potentiels qui lui sont liés. Une mauvaise communication de départ ou un recensement insuffisant des données pourrait biaiser le diagnostic. La

démarche devait aussi être validée par la direction. Elle le fut à travers l'accord reçu par mon tuteur de stage qui est DRH et directeur référent du pôle gériatrique, donc très sensible à la bonne marche et au climat social de ce pôle.

2.1.2 La méthodologie suivie est basée sur 3 axes : entretien - analyse épidémiologique - retour d'expérience.

Pour répondre à la question de l'opportunité d'une UHR au CH Louis Pasteur, ainsi qu'aux questions sous-jacentes posées en introduction, j'ai utilisé la méthodologie suivante:

Une suite d'entretiens avec les principaux acteurs intervenants dans le cadre des UHR : gériatres, soignants, représentants des familles, administration du CH, médecin référent à l'ARS. Les entretiens de type semi-directif ont pour objectif de nous renseigner sur l'opportunité qu'il y a à créer une UHR au CHLP. Il est vrai que l'UHR est déjà inscrite au projet médical mais il reste à en identifier les bonnes conditions de mise en œuvre. Ces entretiens doivent aussi permettre d'identifier des leviers d'actions.

L'analyse des données épidémiologiques fournies par la Direction de l'information médicale (DIM) du CHLP, doit permettre d'identifier les personnes susceptibles d'être admissibles en UHR depuis différentes unités de l'établissement.

Enfin une analyse documentaire complète les informations précédentes. Cette analyse s'appuiera sur des retours d'expériences d'autres établissements (UHR de Lure, UHR de Beauvais) ainsi que sur des documents internes au CHLP comme le projet médical.

L'ensemble me permettra de poser un diagnostic sur la convergence entre le besoin réel et les orientations de santé publique et d'identifier des leviers d'actions pour mettre en place cette UHR si la convergence est confirmée.

J'ai choisi de présenter les résultats des entretiens sous la forme d'une synthèse par catégorie de personnes interrogées. Faire apparaître les différents angles de vision et les préoccupations de chaque acteur montrera les convergences et les divergences qui s'y rapportent.

2.2 Les informations obtenues, à travers les entretiens, l'analyse des données chiffrées, et les retours d'expériences permettent d'établir un diagnostic positif sur le besoin en UHR.

2.2.1 Les entretiens qui ont été menés auprès des principaux acteurs du domaine tendent à démontrer la pertinence du dispositif UHR de type sanitaire.

La méthodologie retenue est donc celle des entretiens semi-directifs, à même de recueillir la pensée des interlocuteurs avec une souplesse favorisant la libération de la parole et la formulation d'idées sans autocensure. Le public ciblé représente à mon sens, l'ensemble de la chaîne du dispositif : le donneur d'ordre (ARS), la maîtrise d'ouvrage (direction), la maîtrise d'œuvre (direction déléguée, médecins et soignants) et les bénéficiaires (familles). L'entretien permet aussi d'approcher plus directement les réalités et préoccupations de chacun sans le filtre que pourrait constituer dans ce cas précis, un questionnaire ou la tenue de réunions de projets formalisées.

Pour chaque entretien, j'ai réalisé un guide. Certaines questions se répètent d'une personne à l'autre pour avoir une vision du sujet sous différents angles. En outre, le guide d'entretien doit permettre de chercher la corrélation entre les réponses.

Il est à noter qu'il s'agissait d'entretiens individuels, à l'exception des soignants. Avis pris auprès de la direction des soins du CHLP et des cadres de santé du pôle gériatrique, il est apparu préférable de réaliser l'entretien avec les soignants de façon ouverte et collective. Le contexte de réorganisation capacitaire EHPAD/USLD et de mise en œuvre de nouvelles unités (EMG, UHR) n'est pas sans poser des interrogations voir des inquiétudes auprès des personnels soignants. En effet, au CHLP, l'ensemble des aides-soignantes perçoivent la prime NBI⁵⁴ (compte tenu de la non différenciation EHPAD-USLD). Ce ne sera plus nécessairement le cas dans le cadre des futurs projets puisqu'elle sera attribuée conformément aux textes⁵⁵ dès lors que les unités seront différenciées. Aborder la question des UHR requière donc de la prudence pour ne pas dégrader possiblement le climat social au pôle gériatrique.

Les entretiens, d'une durée d'une heure à une heure trente, se sont déroulés sur le lieu de travail des personnes consultées. Pour l'entretien collectif, une salle de réunion située dans le bâtiment du pôle gériatrique, permettait un accès plus aisé des soignants, qui furent au nombre de 11. Le déroulement de chaque entretien a commencé, d'une part par une

⁵⁴ NBI : Nouvelle bonification indiciaire

⁵⁵ Décret 93-12 du 19 janvier 1993, Lettre DHOS du 9 mars 1998

présentation générale de ce qu'est une UHR, et d'autre part par une présentation succincte du projet pour le CHLP à travers le projet médical. Une fois le cadre et le dialogue instauré, la personne interrogée faisait part de sa pensée guidée par le jeu de questions. Au final, ce sont donc 6 entretiens qui furent menés, 5 individuels et 1 collectif soit 16 personnes consultées.

Pour relater le contenu des entretiens, j'ai choisi de partir de l'utilisateur, cœur du dispositif (représentant des familles) et de remonter la chaîne des acteurs vers les pouvoirs publics (ARS). Chaque entretien est relaté de façon chronologique pour percevoir le cheminement de la pensée de la personne interviewée. Après cette phase d'analyse verticale, la partie 2.3 présentera une analyse plus thématique.

a) Entretien avec la représentante des familles

Les patients éligibles à la future UHR, hormis le fait qu'ils doivent pouvoir être identifiés avec des critères d'éligibilité précis⁵⁶, ne sont pas en mesure de participer à un entretien compte tenu de leur pathologie. En conséquence, la personne interviewée la plus à même, pour donner un avis du point de vue de l'utilisateur, est la représentante des familles au conseil de vie sociale⁵⁷ (CVS) de l'EHPAD. Très impliquée dans la vie de l'institution, celle-ci exerce des fonctions de cadre soignant dans l'établissement public de santé mental voisin. A noter que le second représentant des familles au CVS n'a pu être interrogé compte tenu de la vacance de la fonction.

Bien qu'ayant entendu parler d'UHR mais pas au cours de CVS, Mme R ne sait pas ce qu'est une UHR mais elle fait le parallèle avec le domaine psychiatrique (notamment en ce qui concerne l'utilisation de l'espace Snoezelen⁵⁸ que l'on trouve aussi en unité d'hospitalisation de psychiatrie). « *Comme en psychiatrie, on stabilise le patient en UHR, ce qui permet d'éviter une hospitalisation en gériatrie-psychiatrie* ». Cette stabilisation en situation de crise est la mission de l'UCC et donc Mme R ne voit pas à ce stade la différence entre l'UCC et l'UHR. C'est une remarque que l'on retrouvera chez d'autres interlocuteurs notamment chez les soignants.

Une fois le rôle de chaque unité clarifié, Mme R pense que l'UHR permettra « *d'éviter la rupture avec le milieu de la personne âgée et de montrer que les troubles [sévères du*

⁵⁶ Cf présent mémoire §1.2.3 c).

⁵⁷ CVS créé par les dispositions de la loi du 2 janvier 2002 et institué par le décret 2004-287 du 25 mars 2004 relatif aux conseils de la vie sociale et aux autres formes de participation.

⁵⁸ L'espace SNOEZELLEN est un espace d'accompagnement et de stimulation multi-sensorielle permettant un échange non verbal dans une ambiance apaisante. Consultable sur internet : <http://www.francealzheimer-seineetmarne.org/content/lespace-snoezelen>.

comportement] ne font pas partie de la clinique du vieillissement ». Pour elle, travailler sur l'espace est la première chose à faire pour lutter contre la perte des repères et l'agressivité. En tant que représentante des familles, Mme R insiste sur l'importance de la connaissance et de la stabilité du personnel soignant. Les pools de remplaçants sont perturbateurs pour les malades et pour les familles. Celles-ci attendent énormément des soignants « *comme s'ils pouvaient stopper la dégradation de l'état de santé des proches* ». En quelque sorte, la famille transférerait une partie de ses prérogatives à l'équipe soignante de l'UHR générant de la culpabilité. D'où la nécessité d'une grande communication entre soignants et familles.

Ce type d'unité doit être transitoire. Mme R pense qu'il faut bien préciser aux familles que « *c'est une structure pour stabiliser et que ce n'est pas une structure pour durer* », que l'UHR n'est pas stigmatisant. Ce sera « *un moment transitoire dans la vie du résident* » tout en gardant la continuité par rapport à l'hébergement. En outre, c'est aussi l'occasion de faire un projet d'autonomie plus personnalisé.

Bien qu'une nouvelle unité permette d'être attentif au confort du résident, ce à quoi les familles sont très soucieuses, le risque serait pour Mme R, de réorienter les moyens du pôle vers une unité performante comme l'UHR au détriment des autres unités, ce que percevraient bien les familles non concernées.

Commentaires sur plusieurs notions fortes qui ressortent de l'entretien :

- Le passage en UHR doit être temporaire et vise à « stabiliser » l'état du malade,
- La communication avec la famille est essentielle pour lui faire percevoir l'intérêt de ce type d'unité, et la relation famille-soignant,
- La mise en place d'une « super unité » ne doit pas se faire au détriment des autres services d'hébergement.

b) Entretien collectif avec les équipes soignantes

Pour les raisons vues supra, j'ai fait le choix de l'entretien collectif sous la forme d'une rencontre autour d'un thème de réflexion : l'UHR et la représentation qu'en ont les personnels soignants. Etaient présents : une assistante de soins en gérontologie (ASG) d'UCC, une aide-soignante (AS) d'UCC, trois AS d'EHPAD-USLD, un ergothérapeute, une psychologue et les trois cadres de santé (CS) du pôle gériatrique. A noter, que les personnes intéressées venaient d'EHPAD, d'USLD (services concernés par la réorganisation capacitaire), d'UCC (service proche par certains aspects de l'UHR) mais qu'il n'y avait aucun participant du SSR (hors UCC). In fine, assez peu de personnes ont été intéressées ou ont pu se libérer. Les cadres de santé ont procédé à la diffusion de

l'information par voie d'affichage et rappels auprès des personnels concernés. Après une introduction sur ce qu'est une UHR et sur le but de la réunion (recenser les interrogations sur l'UHR et toutes propositions utiles), le dialogue s'est aisément installé entre l'animateur, moi-même, et les participants, mais aussi entre les participants.

La première interrogation concernait les personnes qui seront accueillies en UHR. La confusion prévaut avec l'UCC qui semble, pour les soignantes présentes, accueillir le même type de patient. Malgré des clarifications, la frontière reste encore floue entre ces deux unités. A l'exception des soignants d'UCC, les représentations « des troubles sévères du comportement » sont fortes : agressivité, désorientation spatiale, déambulation, troubles du comportement divers. Quelques semaines auparavant un incident grave était survenu ce qui renforçait les interrogations. En effet, un patient âgé, très agité, a été transféré en fin de journée par les urgences en service de gériatrie aigüe et a tenté de se défenestrer entraînant avec lui une soignante. Les questions posées font écho à cet incident et renforcent la perception d'un besoin d'unité spécialisée pour patients présentant des troubles sévères du comportement.

De là, le débat sur la prise en charge de ce type de patients s'est lancé. S'agit-il de patient en fin de vie ? Que faire quand les patients deviennent grabataires ? Quelles sont les modalités d'entrée et de sortie d'UHR ? Sera-t-il fait recours à la contention ? Quels recours à l'EPSM en cas de désordres graves des patients ? Par exemple, il est fait référence à la prise de repas en mode de déambulation avec l'accompagnement des soignants. Ce sont autant de questions auxquelles les cadres et moi-même avons tenté de répondre.

Nombre de remarques initiées par la psychologue et l'ergothérapeute ont porté sur l'aménagement intérieur de l'UHR : chambres individuelles, importance des couleurs, mobilier adapté (alors que celui de l'UCC ne le serait pas), circuit de déambulation, difficultés des salles de bain partagées, présence de miroirs. Sur la base de la visite des cadres soignants de l'UHR de Lure et de ma visite de l'UHR du CH de Beauvais, il a été possible de fournir des éléments de réponses.

Enfin, quelques questions sur les délais de mise en place de l'UHR et sur les effectifs ont été posées : existence ou non d'effectifs normés, quelle formation des soignants travaillant en UHR. Les cadres avaient informé les participantes que ce n'était pas l'objet de la réunion et que ces questions seraient abordées à une étape ultérieure. Cette consigne a permis d'éviter d'aborder des sujets à « fort potentiel émotionnel » comme le versement des primes ou la question du volontariat sur le travail en UHR.

Cette séance de réflexion s'est terminée avec un doute persistant sur le positionnement de l'UHR par rapport à l'UCC et la crainte de reproduire en UHR les problèmes perçus d'UCC.

Commentaires sur plusieurs notions fortes qui ressortent de l'entretien :

- Le positionnement de l'UHR semble être pour les participants une seconde UCC,
- La nécessité évidente d'avoir au CHLP des unités spécialisées dans la prise en charge des patients atteints de troubles sévères du comportement,
- La prise en charge doit se faire dans un environnement spécifique à ce type de patients en particulier en ce qui concerne l'aménagement intérieur.

c) Entretien groupé avec les cadres soignants

A l'issue de la réunion avec les personnels soignants nous avons fait un bilan des sujets abordés. J'ai complété mon recueil d'information en questionnant les cadres soignants sur leur perception de l'UHR et sur leur ressenti quant à la réaction des participantes à la réflexion collective.

C'est donc avant tout, les cadres, les personnels d'USLD et d'EHPAD qui sont intéressés (qu'ils aient été présents ou non à la réunion). C'est pour partie, en raison du fait qu'ils sont préoccupés par le projet de réorganisation capacitaire de l'EHPAD et de l'USLD.

Le mode d'entrées en UHR devra être clarifié. Même s'il est compris que les patients pourront venir de toutes les unités gériatriques intra et extra et même du domicile, les modalités d'admission sont à définir par les médecins. Ceux-ci devront préciser pour les équipes soignantes, les missions de chaque unité, UCC et UHR.

d) Entretien avec le médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur est le médecin qui travaille sur la thématique UHR avec la médecin gériatre chef de pôle. Cette dernière n'ayant pu être interrogée pour des raisons de disponibilités, le médecin coordonnateur en accord avec celle-ci s'est fait le porte-parole du corps médical sur le sujet du projet UHR.

A la question « Qu'est ce qui a motivé le principe de création d'une UHR au CHLP et son inscription au projet médical ? », le Docteur C répond, que c'est l'absence de structure dédiée aux troubles importants du comportement qui a présidé à cette orientation. Il existe bien deux unités protégées à proximité, mais c'est insuffisant. Pour le CHLP, les unités d'hébergement actuelles et l'organisation sont insuffisamment adaptées à ce type de patient. C'est aussi la question des patients déambulants qui, même si selon lui, le

personnel soignant est apte à les gérer, perturbent les autres patients. Les problèmes d'agitation se résorbent dans 90% des cas par la structure « *contenante* » de l'environnement tant à travers son organisation, que son architecture. Nous retrouvons là, les deux axes de labellisation des UHR. C'est donc par la formation des personnels, l'accompagnement des patients mais aussi des familles, un recours modéré aux traitements médicamenteux et à des soins non médicamenteux, que les patients à troubles sévères du comportement, pourront être pris efficacement en charge.

Quid de l'articulation avec les autres unités du pôle gériatrique ? Le Docteur C précise que l'UHR doit pouvoir répondre aux difficultés de sortie des patients de SSR gériatrique. Mais d'autres unités sont susceptibles de faire entrer des patients en UHR : les patients d'UCC et les résidents d'EHPAD-USLD tant internes qu'externes, représenteront le gros de la file active. Mais cela concerne aussi des unités de médecine aigüe (comme le court séjour gériatrique) ou l'hospitalisation à domicile (HAD). Les entrants en EHPAD depuis le domicile sont concernés pour près de 85% d'entre eux par des troubles cognitifs. Les CLIC et les MAIA ont sans doute un rôle à jouer aussi dans la filière UHR notamment lors de la constitution des dossiers d'admission.

Le recrutement de patients en UHR ne devant pas faire défaut, le choix d'une UHR de type sanitaire s'est imposé d'une part par la nature de l'établissement d'hébergement, un centre hospitalier, et d'autre part par le fait que les patients d'USLD doivent pouvoir bénéficier d'unités aptes à prendre en charge leurs pathologies somatiques. L'EHPAD (qui est de petite taille au CHLP avec 28 lits) n'a pas cette vocation, qui relève de l'USLD. En outre, un projet de regroupement des unités médico-sociale est en gestation pour toutes les regrouper sur le site de l'EPSM voisin.

Quant à la capacité de 12 à 14 lits (pour mémoire la taille maximum autorisée pour les UHR type USLD est de 20 places), elle semble en accord avec la taille de l'USLD du CHLP de 32 lits. Le Docteur C a considéré que les lits d'UHR viendraient se surajouter aux lits d'USLD compte tenu du départ de l'EHPAD. L'accord donné par l'ARS⁵⁹ à la création d'une UHR au CHLP est formulé sur la base de lits d'USLD existant labellisés UHR.

Commentaires sur plusieurs notions fortes qui ressortent de l'entretien :

- Le besoin en UHR sanitaire répond à un besoin réel de santé pour les patients du bassin de population tant en interne qu'en externe, en particulier pour les patients d'unités de soins de longue durée,

⁵⁹ Je n'ai pas pu retrouver trace d'échange formel sur la capacité de l'UHR de 12 à 14 lits au CHLP. Toutefois ce dimensionnement est corroboré dans son entretien par le médecin de l'ARS qui était en charge du plan Alzheimer.

- Le dimensionnement de 12 à 14 lits d'UHR est suffisant mais la contrainte portant sur l'USLD verrait le passage de la capacité de l'USLD « classique » à 20 lits ou moins, en deçà du seuil critique de viabilité.

e) Entretien avec le directeur adjoint référent du pôle gériatrique

Monsieur G, directeur des ressources humaines et des affaires médicales est le directeur adjoint référent du pôle gériatrique. Celui-ci est très au fait des problématiques sanitaires et médico-sociales, et de surcroît, par son passé de cadre supérieur soignant et de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (Monsieur G a notamment été directeur d'un hôpital de proximité (ex hôpital local) a eu à mettre place un PASA.

Pour le territoire, l'idée du Conseil Général devait être de rattacher la filière gériatrique⁶⁰ d'ordre sanitaire à l'EPS de Dole (CH Louis Pasteur) et d'installer la filière gérontologique d'ordre médico-social à l'EPSM de Dole voisin de quelques kilomètres (CHS de Saint Ylie). Transférer l'EHPAD, permettait, en contrepartie, de créer des lits d'UHR. Toutefois, l'ARS priorise les lits d'UHR labellisés au sein de l'USLD.

L'intégration de l'UHR dans le pôle gériatrique existant s'entend, dès lors que le positionnement par rapport à l'UCC est clairement défini. UCC et UHR sont des unités proches par bien des aspects dans leur organisation et leur architecture. « *Ce sont des patients identiques mais avec des temporalités différentes* ». Toutefois les patients en crise avec des troubles importants sont adressés en première intention en UCC. Il n'y a pas d'ambiguïté sur les critères d'admission, les textes sont clairs sur le sujet. Ensuite les patients peuvent être orientés d'UCC en UHR mais ce n'est pas le seul vecteur d'entrée.

Le financement des USLD, comme pour les EHPAD, est assuré par une triple participation : conseil départemental, ARS, bénéficiaire, et ce à contrario des UCC qui sont en financement global puisque relevant du SSR. Le fonctionnement de l'UCC et l'UHR vont différer aussi par rapport aux ressources dont ils disposent. L'enveloppe de 40 000 € attribuables par l'ARS doit en effet couvrir les besoins notamment en ressources humaines de par la mutualisation de professionnels (ergothérapeute, psychomotricienne, psychologue). Le temps d'intervention permet de réduire par ailleurs le temps d'AS ou d'ASG. Mais cette somme vient abonder le budget de l'USLD. Une situation déficitaire en USLD ne sera pas sans poser des problèmes de fonctionnement à l'UHR.

⁶⁰ Dans ce cas présent, l'activité de gériatrie fait référence aux problèmes somatiques et au court séjour avec à disposition un plateau technique (CHLP) pendant que l'activité de gérontologie fait référence à la sénilité, la senescence et l'hébergement (CHS).

Commentaires sur plusieurs notions fortes qui ressortent de l'entretien :

- L'opportunité d'une UHR s'entend sur le territoire dès lors que la filière gériatrique du CHLP est clairement différenciée de la filière gérontologique du CHS,
- Les organisations de l'UCC et de l'UHR sont proches mais leur finalité et leur financement sont différents,
- Le fonctionnement d'une UHR au CHLP doit pouvoir être viable grâce à la dotation annuelle de l'ARS de 40 000 €.

f) Entretien avec le directeur général du CHLP

A la question, « Le besoin d'une UHR est-il présent au CHLP ? », Monsieur D répond qu'il l'est. Pour un bassin de vie de 90 000 habitants, il existe. L'EPS qui couvre les besoins de cette population doit pouvoir offrir une filière gériatrique complète. Aujourd'hui les hôpitaux ont aussi des missions sociales qui sont non rémunérées et sur lesquelles on peut agréger des problématiques médico-sociales. L'UHR constitue une offre d'aval.

Peut-on faire le lien entre taille et type d'EPS et l'opportunité de créer une UHR ? A cela, Monsieur D répond qu'il n'y a pas de taille critique d'établissement mais qu'il y aurait plutôt des compétences critiques. C'est-à-dire qu'un établissement pour créer une unité fortement spécialisée a besoin d'équipements, de médecins et de soignants spécialisés, d'un projet partagé par tous. Pour ce dernier point, les médecins doivent pouvoir faire de l'entrisme et porter auprès des différents acteurs un projet (ARS, associations). Cela doit être le cas pour l'UHR. D'autant que le caractère médical est très prégnant dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives.

Le rattachement de l'UHR au secteur sanitaire semble d'autant plus fondé que la prise en charge dans une unité médicalisée spécialisée majore les espoirs de stabilisation de la maladie. En outre dans le modèle français, la recherche clinique se fait à l'hôpital où les moyens en imagerie, exploration fonctionnelle sont importants. Là encore, ces éléments militent en faveur d'UHR rattachée au secteur sanitaire et ce d'autant plus dans le contexte de prévalence des MND.

Quant au financement des UHR sanitaires, il est faible en comparaison des UHR médico-sociales mais il faut le voir comme une dotation supplémentaire de l'USLD. Mis à part le coût de l'investissement, cette dotation en fonctionnement semble correctement calibrée. C'est suffisant dès lors qu'il s'agit de substitution de places et non pas de créations. Mais pour le coût induit par la réalisation de gros investissements pour être en conformité avec le cahier des charges PASA/UHR, la somme allouée de 50 000 € est

insuffisante. Le risque, dès lors, serait de confiner les patients dans des locaux vétustes faute d'avoir pu réaliser les travaux nécessaires.

Les pouvoirs publics peuvent attribuer plus facilement des missions de services publics aux établissements en bonne santé financière. Mais tenir ces objectifs pour un établissement n'ayant pas ces capacités, demanderait à que ces mêmes pouvoirs publics, puissent rétablir l'équité entre tous les établissements. Pour le financement des UHR, l'ARS a compétence. Mais, si l'on questionne ce rattachement d'une prise en charge UHR de type médico-social au sanitaire, ce n'est plus l'ARS qui est fondé à financer mais le conseil départemental et la CNSA qui ont compétence partagée pour les politiques sociales et médico-sociales. L'Assurance maladie n'a pas à financer le médico-social à l'hôpital mais l'ARS est le mieux placé dans le paysage actuel. Elle identifie les besoins et les réponses et pourrait proposer des approches différenciées comme c'est le cas pour d'autres besoins de santé publique, par exemple le VIH. D'autres approches de financement sont possibles aussi, comme des clefs de répartition (exemple : la file active de patient pour la MIG Douleur), ou le justificatif au premier euro (JPE).

Commentaires sur plusieurs notions fortes qui ressortent de l'entretien :

- Le prise en charge de cette typologie de patient se justifie par la réponse due aux besoins de santé du bassin de population et par « la compétence critique » atteinte par un EPS disposant des ressources matérielles, médicales et soignantes, pour prendre en charge au bon moment les patients,
- Le financement accordé pour le fonctionnement des UHR sanitaires paraît suffisant pour le fonctionnement mais est insuffisant pour l'investissement,
- Le financement des UHR fait intervenir par superposition différents acteurs publics, mais pour autant les règles de financement de ces types de prise en charge pourrait être plus différenciées en fonction du besoin et de la nature des établissements.

g) Entretien avec le médecin de santé publique de l'ARS, correspondant pour plan Alzheimer

Le Docteur A, correspondante pour le plan Alzheimer à l'ARS de Bourgogne Franche-Comté, s'occupe du secteur PA, SSR, USLD. Elle a traité la question de la création des UHR en région Franche-Comté pour le plan Alzheimer 2008-2012. Elle connaît donc la genèse de ces créations en particulier au CH de Dole.

Le plan Alzheimer a prévu 7 UHR en Franche-Comté, 5 en USLD et 2 en EHPAD. Les deux en médico-social ont été créées en Haute Saône dans des EHPAD qui étaient précédemment des USLD. Quant au 5 UHR sanitaires, elles n'ont pas été créées à ce jour,

les établissements hospitaliers ayant eu des réticences à les mettre en place. Les crédits alloués à l'ARS pour ces projets ont donc été rétrocedés à la DGOS, sans doute à l'exception de ceux alloués pour l'UHR de Dole. D'ailleurs les 40 000 € ont été versés en juin 2016 sur décision modificative du budget (DM) du CHLP. Le plan MND a redonné des UHR à la région (1 UHR en Franche Comté et 2 UHR en Bourgogne) mais de type médico-social. Cela laisse en déficit malgré tout de 4 UHR de type sanitaire pour la Franche Comté.

Les raisons de ce manque d'allant à créer ces UHR dans les hôpitaux, c'est d'abord le financement. 40 K€ en fonctionnement et 50 K€ en investissement pour le sanitaire, c'est beaucoup moins incitatif par rapport aux 250 000 € de fonctionnement alloués au médico-social. En outre, se sont greffées des problématiques autour de compétences manquantes : ergothérapeutes, psychomotriciennes, kinésithérapeutes. Le cahier des charges PASA/UHR est aussi très contraignant sur le volet architectural et demande des investissements très conséquents. Les établissements ne disposent pas forcément de locaux existants adaptables et doivent faire le choix coûteux de construire de nouveaux bâtiments (UHR de Lure). Face à cela, l'ARS a assoupli les critères du cahier des charges en tenant compte des projets immobiliers existants. Autre exemple de point stigmatisant, l'espace Snoezelen. Cet aménagement coûteux et difficile d'utilisation a été considéré à tort comme obligatoire dans le cahier des charges. Or, celui-ci demande seulement « un espace multi sensoriel ». L'UHR de Villersexel a résolu la question en recourant à un charriot Snoezelen. Le plan MND prévoit une refonte du cahier des charges pour 2017.

D'autres aspects du dispositif UHR questionnent. Les UHR sont souvent dans des régions excentrées alors que les besoins sont dans les bassins de population dense en zone urbaine. Il existe un besoin d'UHR dans le bassin du Grand Besançon qui regroupe 200 000 personnes. D'ailleurs, en février 2015, un courrier du Conseil départemental à l'ARS a rappelé les besoins de santé publique liés à la prise en charge des personnes atteintes de MND. Autre contradiction, les patients paient un reste à charge en UHR où le passage est temporaire par nature, comme s'ils étaient résidents d'USLD. En outre, dans de trop nombreux hôpitaux, il n'y a pas de partition EHPAD/USLD comme à Dole. Autre limite des UHR, si pendant 3 mois les patients ne présentent plus les critères d'admission, ils sont réorientés vers des structures d'hébergement. Mais quid de leur devenir quand il décompense et qu'il n'y plus de place en UHR. Les CLIC et les MAIA sont compétentes pour la gestion du parcours des personnes concernées mais dans les UHR se sont les médecins qui prononcent l'admission sous couvert du directeur. Pour ces raisons, le parcours de soins des personnes peut être hiératique.

Les critères d'admission en UHR sont clairs et dictés par les textes. Les patients peuvent aussi bien venir d'EHPAD, que d'UCC, du SSR, du CSG ou du domicile. Pour être

admis ils doivent être mobiles, répondre aux tests NPI-ES et présenter un diagnostic de démence perdurant. Dans les troubles psycho-comportementaux la prise en charge par des personnes spécialement formées est essentiel, d'où le rôle fondamental des ASG, ergothérapeute, psychomotricien. Pour promouvoir les prises en charge non médicamenteuses, « *il faut mettre des humains auprès des personnes démentes déambulantes pour les apaiser* ». Les formations ASG devraient être généralisées. Les résidents dans les structures pour personnes âgées présentent de plus en plus de troubles psycho-comportementaux qui demandent l'entrée de nouveaux métiers dans les établissements. « *Il faut innover dans la prise en soins dans le respect des textes* ». On voit apparaître de nouvelles activités : art-thérapie, musicothérapie, atelier réminiscence. Des PAPA (professeur d'activité physique adaptée) peuvent animer des ateliers équilibre et marche, et être recrutés à la place des kinésithérapeutes.

Commentaires sur plusieurs notions fortes qui ressortent de l'entretien :

- La création d'UHR dans le secteur sanitaire se heurte à des contraintes financières réelles plus fortes que dans le secteur médico-social dont la prévalence est renforcée dans l'actuel plan MND. Celui-ci prévoit aussi une refonte du cahier des charges des UHR.
- Le dispositif UHR devrait plus s'intégrer dans le parcours de soins des personnes âgées, notamment par une localisation en phase avec les bassins de population et en s'appuyant davantage sur les dispositifs de coordination : CLIC, MAIA, PAERPA,
- La prise en soins des personnes atteintes de troubles psycho-comportementaux demande une prise en charge fondée sur les relations humaines, moins médicamenteuse, ce qui nécessite l'entrée de nouvelles activités et métiers dans les établissements pour personnes âgées.

Ces entretiens très riches d'informations tendent à démontrer l'intérêt des unités d'hébergement renforcées, en particulier dans le secteur sanitaire. L'analyse des données épidémiologiques et démographiques du CH Louis Pasteur pourra peut-être confirmer ou nuancer les conclusions des entretiens.

2.2.2 L'analyse des données épidémiologiques et démographiques ne peuvent confirmer la pertinence de la création d'une UHR au CH Louis Pasteur faute d'information suffisante.

Les données de l'analyse sont issues du rapport d'activité du CH Louis Pasteur⁶¹ et de données extraites spécifiquement depuis le logiciel PMSIpilot[®] par le directeur de l'information médicale (DIM) du CHLP.

a) L'origine des patients admissibles en UHR est difficile à cerner.

Comme vu lors de l'analyse documentaire et des entretiens supra les patients entrants en UHR peuvent venir d'USLD, EHPAD, d'UCC, du SSR (hors UCC), du CSG, du domicile.

En outre, le PMND prend en compte l'ensemble des maladies neurodégénératives, donc des patients de médecine présentant des troubles sévères du comportement pourraient théoriquement être admis en UHR. Nous ne tiendrons pas compte de cette dernière option qui correspond à un nombre sans doute limité de malades au regard des personnes âgées présentant des troubles sévères du comportement.

Dans les critères d'admission en UHR ne figure pas de limite d'âge, toutefois ce sont les personnes âgées, affectées par la maladie d'Alzheimer et ses maladies apparentées, qui sont accueillies en UHR. La prévalence de la maladie augmente fortement après 65 ans⁶².

Les patients admissibles en UHR ne sont pas identifiés en tant que tels au CHLP puisqu'il n'y pas d'unité de ce type. Et l'UCC n'a pas les mêmes objectifs puisqu'elle ne doit prendre en charge que les états de crise. Les patients d'UCC, en amont de l'UHR, n'ont pas vocation à être adressés à cette dernière sauf si leur état ne se stabilise pas et qu'un retour en hébergement s'avère impossible. Il y a donc une difficulté à quantifier les patients pouvant entrer en UHR.

L'UHR permet de « stabiliser » les patients âgés souffrant de troubles sévères du comportement avant de les réorienter vers des unités d'hébergement ou leur domicile quand cela est possible. L'UHR peut être considérée comme une unité d'aval. Donc en étudiant les données en sortie des autres unités intra hospitalières, il sera possible de mieux cerner l'origine des patients.

⁶¹ CH Louis Pasteur, Rapport d'activité 2014, pôle gérontologie. p126.

⁶² Cf présent Mémoire. §1.1.2. L'incidence de la maladie augmente après 65 ans (2 à 4% de la population générale) et explose après 80 ans (15% de la population générale).

b) Les données statistiques, à ce stade, ne permettent pas d'évaluer les potentiels recrutements de patients en UHR.

Les données générales pour 2014 sur le pôle gériatrique pour les unités en amont de l'UHR :

Unités	Lits/places	Entrées	DMS	Tx occupation
USLD	32	15	749j	96%
EHPAD	28	4	2540j	99%
SSR gériatrique	21	218	32j	92%
SSR réadaptation	24	258	31j	92%
UCC*	12	80	41j	76%
CSG	24	870	9j	91%

On note une augmentation de l'activité d'UCC : +27% sur une année. L'activité du pôle progresse entre 2013 et 2014 de 3% mais reste stable en nombre de journées.

Les mouvements pour le CSG en entrées/sorties pour 2015 :

ENTREES		SORTIES	
Entrées par le SAU	77,2%	Domicile	46,2%
Entrées directes	15,1%	SSR intra	22,0%
Mutation Ehpads/Usld	2,4%	SSR extérieur	3,0%
Mutation MCO	5,2%	EHPAD intra	0,6%
		EHPAD extérieur	14,8%
DMS	9,08	MCO	7,1%
MOYENNE D'AGE	86,67		

Pour une unité comme la gériatrie aigue qui prend en charge les pathologies somatiques, on peut constater qu'un quart des sortants est dirigé vers le SSR.

Les typologies de sorties du SSR sur la période 2014-2015 :

Mutation MCO	41	Transfert USLD	1
Mutation USLD	20	Domicile	646
Transfert MCO	35	Décès	54
Transfert USLD	3	Non renseignés	20

Les manifestations morbides principales⁶³ pour les sorties vers l'USLD :

⁶³ MMP : manifestation morbide principale, enregistre l'altération ou le problème fonctionnel ou organique principalement pris en charge au cours de la semaine observée. Glossaire Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), disponible sur internet : <http://www.atih.sante.fr/glossaire/>

Sur 6 mutations et 7 transferts vers l'USLD, il y a 21 MMP dont 2 concernent les démences de la maladie d'Alzheimer et 1 la démence vasculaire.

En synthèse, peu d'éléments me permettent à ce stade de quantifier les entrées possibles en UHR à partir des unités du pôle gériatrique, compte tenu du manque de données statistiques en ma possession. Il sera possible d'avoir une évaluation dès lors qu'un bilan pourrait être dressé par les gériatres sur les patients pouvant potentiellement intégrer une UHR.

2.2.3 Le retour d'expériences d'autres UHR témoigne de l'opportunité à mettre en place des UHR.

Les UHR ayant fait l'objet d'une étude sont celles du CH de Beauvais et de Lure. Remarque importante, les circonstances ont fait que ce sont toutes des UHR rattachées à un EHPAD.

a) L'UHR du centre hospitalier de Beauvais

Dans le cadre du déplacement au pôle gériatrique du CH de Beauvais (CHB) en janvier 2006, j'ai aussi pu effectuer une visite de l'UHR médico-sociale du CHB. Celle-ci a été ouverte en septembre 2012. Elle comporte 23 lits ce qui est bien au-delà de la capacité maximum de 14 lits dictée par les textes. De même, elle comporte quelques chambres à deux lits, ce qui n'est théoriquement pas permis. Cette situation témoigne de la volonté de l'ARS Picardie, comme l'a fait l'ARS Franche-Comté, d'alléger le contraignant cahier des charges UHR pour favoriser leur création.

J'ai été guidé lors de la visite par le médecin gériatre et la cadre de santé, en charge de l'UHR. Le Docteur Z. est adjointe au chef de pôle et médecin coordinateur pour le service Alzheimer. Le jour de la visite, il n'a pas été possible de m'indiquer le taux d'occupation ni la durée moyenne de séjour. Toutefois j'ai constaté un service pleinement occupé par les patients. Concernant la DMS, Dr Z l'estime assez longue car d'unité temporaire, l'UHR est devenue progressivement par certains aspects, une unité d'hébergement. La vocation première de l'UHR est respectée mais les familles insistent pour que leurs proches restent dans cette unité protégée et performante. En outre, il y a parfois de la difficulté à retrouver des places en hébergement pour des patients d'UHR jugés à risques. Ces éléments font que l'accueil en UHR dure parfois plus longtemps qu'il ne devrait. Le Dr Z signale une autre difficulté : la prise en charge des patients nécessitant un suivi psychiatrique. Malgré une convention avec le CHS local, les psychiatres interviennent peu en UHR selon mes interlocuteurs et cela pose de vrais problèmes à l'UHR.

Quant à l'hébergement, il est neuf (2012). L'UHR occupe le rez-de-chaussée du bâtiment et les étages, les services d'hébergement. Cela facilite ainsi les transferts entre services. Les moyens matériels sont jugés satisfaisants, ainsi que les moyens humains notamment en ASG. Des manques occasionnels sont signalés du fait du partage avec d'autres services pour les ergothérapeutes, psychomotriciennes, kinésithérapeutes, et psychologues.

Les patients accueillis en UHR proviennent du CHB, à savoir EHPAD, USLD et bâtiment Alzheimer. Celui-ci héberge plusieurs unités spécifiques à la prise en charge des personnes atteintes de maladies d'Alzheimer mais avec des troubles faibles à modérés. Compte tenu du nombre de patients éligibles à l'UHR, le CHB a lancé un projet de création d'une UHR de type USLD pour les patients présentant des pathologies somatiques plus lourdes.

b) L'UHR de l'EHPAD de Lure

Une équipe du pôle gériatrique du CHLP a effectué une visite, en septembre 2015, à l'UHR médico-sociale de Mont Chatel à l'EHPAD de Lure. Je n'ai donc pas visité moi-même cette UHR et je m'appuie sur les comptes rendus⁶⁴ qui m'ont été faits. L'équipe du CHLP était constituée du médecin coordinateur, des cadres de santé du pôle et de l'ingénieur travaux.

L'UHR, ouverte en 2012, est attachée à l'EHPAD qui lui-même fait partie du centre hospitalier intercommunal (CHI) de Haute Sône. Elle est répartie en deux unités de 10 et 14 lits. Les entrées y sont directes et proviennent du SSR et des autres EHPAD du CHI. La DMS est de 8 à 9 mois. L'architecture et l'aménagement répondent au cahier des charges UHR. Le bâtiment UHR est indépendant et totalement neuf. La perception globale des locaux par l'équipe lors de la visite est que l'aspect « contenant » des locaux est très prégnant et pourrait faire penser par certains côtés à une unité fermée de type « UMD⁶⁵ »

Il n'y a pas de difficultés particulières relatées par les membres de la visite, hormis la relation avec les familles des proches entrant en UHR. Le diagnostic est parfois mal compris et le placement en UHR mal interprété car prêté à confusion avec le secteur psychiatrique (ce à quoi l'aspect « contenant » de l'UHR de Lure peut participer). Dans son rapport d'activité de 2013⁶⁶, le chef de pôle Ehpads en charge de l'UHR, indique qu'il y avait une file

⁶⁴ CHLP, septembre 2015, Compte rendu de la visite UHR de Mont Chatel à Lure-CHI.

⁶⁵ UMD : unité fermée pour malades difficiles en établissement de santé mentale.

⁶⁶ Présentation du bilan d'activité de l'UHR de Lure à l'IRTS de Besançon, 4 février 2013 par le Dr CANO responsable pôle Ehpads CHI Haute Sône et par Mme GEISSEL directrice des soins de la filière gériatrique.

d'attente en moyenne de 15 personnes à cette date et qu'il s'interrogeait sur les raisons du fait qu'il n'y ait que deux UHR en Franche-Comté. Comme pour l'UHR visitée au CH de Beauvais, l'UHR de Lure affiche un taux d'occupation et un fonctionnement satisfaisant.

2.3 La convergence existe entre le besoin réel de prise en charge des patients et l'offre de soins apportée par une UHR au regard de l'offre de la filière gériatrique du CHLP.

2.3.1 Le Projet médical du CHLP prévoit la création d'une UHR

Dans l'analyse faite de l'offre de soins à apporter à la population, le corps médical et la direction ont identifié ce besoin dès la parution du plan Alzheimer et maladies apparentées et de la circulaire instituant la création des UHR en juillet 2009. En 2011, l'ARS entend cette demande de création au CHLP et inscrit au SROS la création d'une UHR de type USLD au CH de Dole⁶⁷. Une fiche projet⁶⁸ relative à la création d'une UHR sanitaire figure alors au Projet Médical 2014-2018 du CH Louis Pasteur. Toutefois, il est prévu que « *la capacité actuelle d'USLD est maintenue et que les lits d'UHR sont à la place des lits d'EHPAD transférés* » sur le CHS voisin.

Ce montage ne correspond pas à la vision a priori de l'ARS et des textes portant création des places en UHR sanitaires, par labellisation des lits d'USLD existants. En outre en 2016 le projet UHR semble peut avancer, d'où la volonté du Directeur du CHLP de proposer à un élève directeur de l'EHSP une mission de stage sur ce thème. Avant d'initier la création de l'UHR, un bilan doit permettre d'identifier les facteurs de réussite et les freins au projet.

2.3.2 L'état des lieux sur les UHR a montré un réel besoin de ce type d'unité au centre hospitalier.

La forte incidence des maladies neurodégénératives sur les troubles sévères du comportement des malades, a poussé à la création des unités d'hébergement renforcées. Les objectifs de prise en charge par le secteur médico-social semblent atteints mais ne le sont pas pour le secteur sanitaire, à tel point que le plan maladies neurodégénératives renforce la place des UHR en EHPAD. Les objectifs en UHR de type USLD ne sont pas non plus atteints en Franche-Comté. Cela pose questionnement sur l'opportunité de

⁶⁷ ARS, 11 mars 2016, Entretien avec le médecin de santé publique en charge du plan Alzheimer,

⁶⁸ CH Louis Pasteur. Projet médical 2014-2018. Filière SROS soins de longue durée, pôle gériatrie, p 131.

création d'une UHR au centre hospitalier de Dole, malgré encore une fois, la réalité du besoin de santé publique chez les personnes âgées en particulier.

Au cours des entretiens, plusieurs points forts ressortent sur le positionnement d'une UHR en environnement hospitalier :

Le besoin est perçu comme réel, voir évident, chez tous les interlocuteurs. Le bassin de population dolois présente au même titre que les autres territoires, des personnes (âgées) atteintes par la maladie d'Alzheimer et présentant des troubles sévères du comportement. Ces malades ont besoin d'une prise en charge spécifique en UHR (le terme de *super unité* a été utilisé).

Le passage en UHR doit être temporaire et bien perçu comme tel par les familles des malades. Bien qu'UCC et UHR accueillent « *des patients identiques mais avec des temporalités différentes* », il s'agit d'unité avec des objectifs et des critères d'admission différents.

Le budget alloué par l'ARS au fonctionnement des places d'USLD libellées UHR serait suffisant. La réticence du secteur hospitalier à créer des UHR que l'on retrouve en Franche-Comté, s'explique par des facteurs tels que l'insuffisance des financements, mais aussi la nature aussi par l'intrication des EHPAD et des USLD dans une même structure.

Le positionnement d'une UHR doit être identifié clairement dans la filière gériatrique du CH. Cette identification doit aussi se faire par rapport à l'offre sur le territoire et notamment la filière gérontologique du secteur médico-social. En outre, dans le parcours de soins des patients, le rôle des unités de coordination comme les MAIA ou les PERPA doit être renforcé dans la décision de placement en UHR.

Bien que portant que sur deux exemples et de surcroit de type médico-social, les UHR de ces établissements affichent un succès dans la prise en charge des patients considérés. Le taux d'occupation apparaît satisfaisant mais doit être relativisé avec l'allongement de la durée moyenne de séjour.

Le risque pour une UHR, serait de ne plus répondre à l'indication de soins « temporaires » et de devenir une unité tendant à l'hébergement mais avec des soins spécifiques aux troubles sévères du comportement. Cela peut s'envisager, mais pas à travers le dispositif UHR. Une telle translation ne peut se faire sans remettre en cause l'efficacité des moyens engagés pour le fonctionnement de l'UHR. Il convient d'être très vigilant sur ce point.

Sur la démonstration basée sur les données épidémiologiques et démographiques du CHLP, rien de probant ne ressort du fait du manque de données. On peut tout au plus y voir une forte augmentation de l'activité d'UCC et un nombre conséquent de transferts intra hospitaliers de gériatrie aiguë vers les SSR mais sans mention de la destination UCC. La donnée, qui met en évidence des démences en sortie de SSR, est le critère de Manifestation Morbide Principale qui sur une semaine montre 3 transferts pour démences sur 21 sorties de SSR. Encore que l'on ignore, s'il s'agit de crise de démence orientant vers l'UCC ou présentant un caractère d'admissibilité en UHR.

Le chef de pôle gériatrie, le médecin coordonnateur, les cadres de santé du pôle et les soignants, à l'occasion des discussions durant ma période de stage, ont mis en évidence la saturation de l'UCC. Le taux moyen d'occupation (76% en 2014) a priori en augmentation, ne traduit pas une saturation sur la durée. Elle est peut-être localisée et pour l'identifier, il faudrait analyser les chiffres semaine par semaine. Les personnels soignants d'UCC souffrent du surcroît de patients admis en UCC. L'avis est unanime, y compris dans la rédaction du projet médical, l'UHR permettrait de désengorger l'UCC.

En conclusion, une UHR sanitaire a sa place au CH Louis Pasteur. Le CHLP dispose de la « *compétence critique*⁶⁹ » pour garantir l'efficience et l'efficacité d'une filière gériatrique complète et intégrant une UHR.

La phase de diagnostic présentée dans cette seconde partie du mémoire permet donc d'identifier des leviers d'actions et les freins à la création d'une UHR au CH Louis Pasteur. Ceux-ci seront présentés en troisième partie avec les propositions concrètes en vue de la mise en place réussie de l'UHR au CHLP.

⁶⁹ La notion de compétence critique d'un centre hospitalier est explicitée dans l'entretien du chef d'établissement. Cf présent Mémoire §2.2.1 f).

3 Le Centre hospitalier, dispose de leviers suffisants pour lancer le projet de création d'UHR, toutefois des externalités pourraient le remettre en cause si elles ne sont pas prises en compte.

Bien que dans un contexte national de plan maladies neuro-dégénératives peu propice à la création d'UHR sanitaire, il a été possible d'identifier au cours de la phase de diagnostic, que le CH Louis Pasteur, dispose de tous les leviers favorables à la création de son UHR. Les actions proposées pourront apporter des éléments décisionnels à la direction du CHLP pour un bon dimensionnement et un bon positionnement du projet UHR. Cependant, des freins importants au projet existent, et peuvent être menaçants pour son lancement et son exécution.

3.1 Le CH dispose de leviers d'actions pour le projet UHR, mais des freins réels peuvent l'entraver.

3.1.1 Les opportunités

La direction du CHLP est animée d'une volonté forte pour développer la filière gériatrique sur le bassin de population. Le CHLP peut occuper une position stratégique sur cette filière de prise en soins, en particulier dans le contexte du groupement hospitalier de territoire auquel il appartient. La convention constitutive du GHT Centre Franche-Comté affiche dans les axes de projet médical partagé, le développement de la prise en charge de la personne âgée.

Les entretiens avec les acteurs de la filière gériatrique ont mis en évidence, un plein consensus sur le besoin de prise en charge au CHLP, des malades atteints de maladies neurodégénératives et présentant des troubles sévères du comportement. Capitaliser sur ce consensus sera profitable au management du projet UHR. L'expérience des autres UHR montrent un fonctionnement satisfaisant renforçant d'autant la volonté de mettre en place ce type d'unité.

Le plan maladies neuro-dégénératives ne prévoit pas d'UHR de type sanitaire. Les patients présentant des pathologies somatiques lourdes ne pourront pas être pris en charge dans des UHR en EHPAD. Une UHR sanitaire répond à un réel besoin de santé et sa création a été actée par l'ARS de Franche Comté à l'occasion du plan Alzheimer 2008-2012.

3.1.2 Les leviers d'actions au projet

Plusieurs leviers d'actions ont pu être identifiés au cours des phases de constat et de diagnostic.

Le CHLP dispose déjà d'une filière gériatrique étoffée : EHPAD et USLD, SSR avec rééducation gériatrique, soins de suite et unité cognitivo-comportementale, service de court séjour gériatrique, lits d'hôpital de jour. En outre, l'équipe mobile de gériatrie est en cours de mise en place, ainsi que la réorganisation de l'EHPAD et l'USLD, et l'UHR est inscrite au projet médical de l'établissement. Avec l'UHR, le CHLP disposera d'une filière gériatrique complète pouvant répondre au besoin de la population.

L'UHR du CHLP sera la seule de type sanitaire en Franche-Comté. L'ARS qui, en 2015, a déjà versé 40 000 €. Elle soutient donc le projet en amont même de la mise en place effective de l'UHR.

Le pôle gériatrique se réorganise avec l'optimisation capacitaire et l'individualisation de l'EHPAD et de l'USLD. Ce projet très structurant est un préalable à la mise en place de l'UHR. La prise en charge en EHPAD et en USLD sera clairement identifiée et correspondra à la typologie des patients et des résidents accueillis. Cette dynamique engagée avec le projet de réorganisation capacitaire sera profitable au projet UHR. Le management projet mis en place à cette occasion regroupera les mêmes acteurs : gériatres, cadres de santé, soignants, direction, et permettra des synergies entre projets.

La création de l'UHR est inscrite au projet médical 2014-2018. Le corps médical et la direction du CHLP ont pleinement validé une fiche action dans ce sens.

3.1.3 Les freins possibles au projet

Certains des leviers au projet peuvent inversement apparaître comme des freins. Le positionnement stratégique de la direction sera déterminant dans leur non concrétisation.

Le CHLP est engagé dans de nombreux et importants projets tels que : l'optimisation capacitaire des lits de médecine en 2016, après ceux de chirurgie en 2015, le projet de regroupement en un plateau unique de chirurgie du CHLP et de l'établissement de santé privé de Dole, la préparation du schéma directeur des investissements. Ces projets sont très structurants pour le centre hospitalier tant sur le plan organisationnel que financier. L'ARS est très engagée dans le projet à court terme de regroupement hôpital-clinique sur le seul site du CHLP. Le poids d'un projet UHR est objectivement assez faible face aux enjeux d'avenir du CHLP et des attendus des pouvoirs publics. Les ressources, en

particulier financières, sont d'abord mobilisées sur les projets MCO avant de l'être sur les projets du pôle gériatrie, comme j'ai pu le constater durant mon stage. La direction a réaffirmé l'importance de ces derniers mais leur temporalité n'est pas la même.

Le projet de réorganisation de l'EHPAD et de l'USLD va être perturbant pour les professionnels et les résidents de ces unités, et du pôle en général. Travaux d'aménagement, changement des habitudes de travail, ajustement dans les rémunérations, sont quelques éléments qui devront être gérés par la structure de projet. Surajouter à quelques mois d'intervalle, un nouveau projet de création d'unité (UHR) peut être délicat et créer un risque de rejet par les équipes. Le plan de déploiement de l'UHR doit donc s'articuler avec celui de la réorganisation EHPAD/USLD et faire l'objet d'une bonne communication.

Le plan maladies neuro-dégénératives ne prévoit pas d'UHR sanitaire et au contraire redéploie les moyens alloués au sanitaire vers le médico-social. Dans ces conditions, le risque existe que l'ARS, qui a inscrit la création de l'UHR à Dole en 2011, ne réalloue le budget à d'autres projets d'UHR dans la nouvelle région Bourgogne Franche-Comté. En outre, l'ARS a identifié des besoins de prise en charge dans d'autres bassins de population (Bassin du Grand Besançon de 200 000 personnes), ce à quoi les GHT va être amené à répondre.

Le frein financier est aussi bien réel. Même s'il est admis que la dotation de 40 000 € est a priori suffisante pour faire fonctionner la prise en charge UHR sur des lits d'USLD, cet argument vaut pour une situation financière saine de l'USLD. Les investissements nécessaires pour les travaux de création d'une UHR même si le cahier des charges est revu par la DGCS en 2017, sont néanmoins importants et la dotation de 50 000 € sera insuffisante quel que soit le scénario de travaux retenus (cf. §3.4.3.).

3.2 La création de l'UHR au CHLP répond à des préalables qui doivent être réaffirmés.

3.2.1 Identifier la population cible et le recrutement des patients en UHR.

La part de personnes de plus de 75 ans en Franche Comté progresse sensiblement (10,7% en 2012 contre 10,1% en 2008), la population âgée de plus de 60 ans devrait dépasser les 30% en 2030 contre 26,5% actuellement (Cf. 1.3.4.). Comme la prévalence de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées augmente avec l'âge, mathématiquement le nombre de patients amenés à séjourner en UHR augmentera sur le bassin de population considéré. Le PRS 2014-2016 mentionne 3 400 nouveaux cas de

démence Alzheimer⁷⁰ par an en Franche-Comté. Ce chiffre très important, qui mériterait d'être approfondi, donne un aperçu de la trajectoire de la population de patients cibles. Même si le volume de patients éligibles à l'UHR ne semble pas faire défaut, pour autant une analyse est nécessaire pour cerner plus précisément le potentiel de patients concernés réellement par l'UHR sanitaire.

⇒ Proposition : réaliser une analyse rapide des recrutements possibles en UHR qui soit menée sous couvert du médecin gériatre coordonnateur. En intra, cette analyse se basera sur les données d'admission et de sortie des patients du pôle gériatrique. En extra, il sera possible de procéder par enquête auprès des cellules de coordination (MAIA) et des unités Alzheimer dans le bassin de population.

3.2.2 Confirmer avec l'ARS, la place de l'UHR sanitaire au CH Louis Pasteur.

Il a été vu précédemment dans le mémoire, que les budgets alloués pour la création d'UHR sanitaire, ont été rétrocédés à la DGOS faute de volonté des établissements de santé à mettre en place ces UHR. L'UHR à Dole n'étant qu'en phase projet, l'ARS ne serait-elle pas tentée de réallouer ces crédits sur un autre bassin de population à fort potentiel (le Grand Besançon par exemple) ? Quelle est la place de la filière gériatrique du CHLP dans l'offre de soins de la région au regard du GHT d'appartenance ? Quid de la création de lits d'UHR en lieu et place de ceux d'EHPAD qui doivent être transférés ? Et donc quelle est l'évolution possible de l'USLD sur le moyen terme ? Autant de questions qui déterminent le lancement de la mise en place de l'UHR sur le CHLP. L'UHR se trouve à la conjonction de plusieurs problématiques : La prise en charge de la personne âgée au sein de la GHT, le positionnement du PMND sur les UHR de type médico-social et le besoin de la filière gériatrique doloise.

⇒ Proposition : rencontrer la Direction de l'organisation de l'offre de soins à l'ARS, pour connaître son positionnement sur la question des UHR. Mais les points à aborder sont le maintien formel de l'UHR sanitaire sur le CHLP ainsi que son financement dans le cadre du PMND par une subvention d'investissement accrue. Le nouveau cahier des charges UHR est attendu en 2017 et devrait logiquement assouplir les conditions d'installation. Toutefois la question de l'investissement vient confronter le schéma directeur des investissements à paraître du CHLP.

⁷⁰ ARS, Projet régional santé 2014-2016, chiffres clefs p82

3.2.3 Identifier le point d'implantation de l'UHR au sein du schéma directeur des investissements.

Le schéma directeur des investissements (SDI) du CHLP est en cours d'élaboration avec l'aide d'un bureau d'étude spécialisé. Il sera finalisé au second trimestre 2016. Le SDI comprend différents axes : le développement immobilier du CHLP, dont l'UHR, et le rapprochement hôpital-clinique. Ce dernier axe est un macro-projet très structurant qui impacte le bâti du CHLP notamment le bâtiment du pôle gériatrique. Même si le bâtiment du pôle est étendu, son architecture intérieure, avec un découpage en plusieurs unités intriquées (exemple de la non partition EHPAD-USLD), ne permet pas de dégager aisément des surfaces sans une réorganisation et des travaux importants. Le SDI en cours d'élaboration au moment de la rédaction du mémoire fournira des scénarios architecturaux pour l'implantation de l'UHR.

3.2.4 Refaire le consensus en interne sur l'organisation de l'UHR.

Le projet médical fait état de création de places d'UHR en remplacement des places d'EHPAD (28), transférées du CHLP sur le CHS dans le cadre du regroupement du pôle médico-social sur le CHS. Le projet médical fait état de 12 lits d'UHR à créer. A la suite de la clarification par l'ARS de sa position sur l'UHR, il sera possible de valider ou non ce scénario. Si l'ARS envisage la création de l'UHR dans le strict respect des textes, à savoir l'identification de places d'UHR au sein de l'USLD, le pôle gériatrique pourrait revoir sa position sur la création de l'UHR qui ferait passer l'USLD hors UHR à 18 ou 20 lits au lieu de 32 actuellement.

⇒ Proposition : soumettre au pôle gériatrique d'abord puis à la commission médicale d'établissement, et aux autres instances, les résultats de la réunion avec l'ARS sur le positionnement de l'UHR et les perspectives qui en découlent pour le CHLP.

3.3 Le projet de mise en place de l'UHR utilisera la méthodologie de projet ayant cours dans l'établissement.

3.3.1 Le projet UHR en est dans sa phase de cadrage

La mise en place de la nouvelle unité UHR utilisera les outils classiques de la gestion de projet en milieu hospitalier. C'est d'ailleurs cette méthodologie éprouvée au CHLP, qui a été utilisée pour mon autre mission de stage, la création d'unités individualisées d'EHPAD et d'USLD. Il est opportun de mutualiser les ressources projet.

En synthèse, le projet comprend 3 phases principales : le cadrage, la conduite et la conclusion⁷¹. Actuellement il est dans sa phase de cadrage. Le recensement du besoin, l'étude d'opportunité et la constitution de l'équipe projet sont les 3 étapes de cette phase qui sont abordées dans ce mémoire professionnel.

Sur ces axes de projets viennent s'agréger des clefs de réussite ou des erreurs à éviter. Il convient de les mentionner sans pour autant trop les détailler.

3.3.2 Les facteurs de réussite du projet UHR

La gestion de projet passe par la conduite du changement. Celle-ci peut être décomposée en 8 étapes essentielles à ne pas négliger, selon J.Kotter⁷². Celles-ci peuvent être déclinées schématiquement pour le projet UHR du CHLP :

-Instaurer un sentiment d'urgence : une fois les préalables au lancement du projet réunis (cf. §3.2.), le chef de projet désigné par la direction pourra immédiatement dans la foulée débiter les travaux suivant un calendrier validé par la direction,

-Former une coalition directrice : constituer une équipe de projet avec des personnes motrices pour faciliter le changement dans leur cœur de métier,

-Définir une vision et une stratégie : sous l'autorité du directeur général du CHLP. Le projet sera soumis pour validation aux instances de l'hôpital,

-Diffuser la vision : par le chef de projet au quotidien, au sein de l'équipe projet et auprès des équipes médicales et soignantes, mais aussi par le biais de réunions plénières avec l'ensemble du pôle,

-Responsabiliser les personnes : en incitant par exemple les soignants concernés par l'UHR à être force de proposition dans le fonctionnement de cette nouvelle unité (sur le modèle de la réunion de réflexion qui a été faite pour l'entretien collectif des soignants),

-Obtenir des « victoires rapides » : mettre en évidence les avancées et valoriser ceux qui y ont contribué. La levée du verrou de l'emplacement pour l'installation de l'UHR sera un point décisif dans l'acceptation du projet et sa dynamique,

⁷¹ LOUAZEL M., BEMHEIM F., 2016, *Gestion de projet*, éd. EHESP & Ouest Conseil Management, 33p.

⁷² KOTTER J., 2015, *Conduite le changement*, éd. Pearson, 216p.

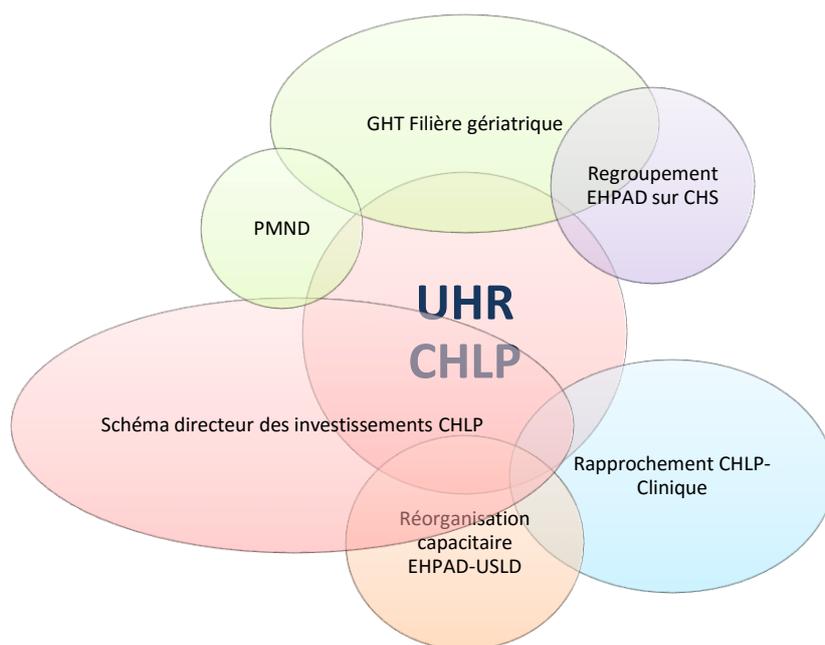
-Consolider les gains : la phase opérationnelle prévoit de redéfinir les organisations paramédicales. C'est l'occasion (si la direction des soins l'estime opportun) de recourir plus spécifiquement à des ASG pour l'UHR (Cf. 3.4.2.),

-Ancrer les nouvelles pratiques : en identifiant les personnes ressources au sein de l'UHR et en s'appuyant sur elles pour pérenniser un fonctionnement correct de l'UHR sans dériver vers une forme d'hébergement, comme cela a pu être constaté dans d'autres UHR.

3.3.3 Les risques pesant sur le projet

Les risques pesant sur un projet⁷³ sont naturellement nombreux mais je voudrais citer les ceux pesant spécifiquement sur le projet UHR et ceux plus génériques liés à la technique de gestion de projet et bien souvent insuffisamment pris en compte.

Les risques exogènes peuvent être représentés par le schéma ci-dessous qui montre les interdépendances entre les projets (Fig.1) et les risques encourus.



Les risques internes : qui doivent être analysés collégalement avec les membres de l'équipe projet sous le pilotage du chef de projet. On peut citer parmi les risques récurrents à la gestion de projet : l'absence de plan de maîtrise des risques, l'insuffisance des indicateurs de résultats et de suivi d'avancement, la mauvaise perception du projet par son

⁷³ NERE JJ., 2006, mise à jour 20154, *Le management de projet*, in VI-La prise en compte des risques, éd. PUF, pp28-33.

environnement. Même si c'est un des risques le plus analysé et suivi, celui de mauvaise évaluation des délais et des coûts reste un grand classique.

Afin de faire face à ces risques, tant exogènes, qu'internes au projet, l'équipe de projet produira un plan de maîtrise des risques selon la démarche APR⁷⁴, par exemple. Pour cela une matrice probabilité d'occurrence/gravité permet de donner une vision claire des risques encourus et des mesures prises pour y faire face. Pour les risques exogènes mentionnés supra je propose la matrice suivante (P : probabilité de survenue du risque, G : gravité du risque, R : importance du risque pour le projet).

Risques	P	G	R	Mesures préventives	Mesures curatives
Concurrence avec le projet médical partagé de la GHT sur l'axe prise en charge de la personne âgée	4	3	12	Faire clarifier la situation de l'ARS sur le positionnement de l'UHR au CHLP Mettre à l'ordre du jour des réunions de travail de la GHT sur la prise en charge des personnes âgées, la situation des personnes atteintes de MND et présentant des troubles sévères du comportement	Le cas échéant en cours de projet
PMND : financement UHR sanitaire réorienté vers UHR médico-social	2	5	10	Demander des engagements formels de financement à l'ARS tant en investissement qu'en fonctionnement	Inscrire l'EPRD la dotation annuelle de financement de 40K€
Sous-estimation de la place de l'UHR dans le schéma directeur des investissements	2	4	8	S'assurer auprès de la direction, du chef de projet SDI, du BET, de la place de l'UHR et participer aux groupes de travail SDI	Rappels UHR en comité de direction du CHLP
Impact sur le bâti du pôle gériatrique, de la venue de la clinique sur le site du CHLP	4	4	16	Identifier une alternative technique (construction annexe éventuellement) pour garder l'UHR sur le pôle gériatrique.	Suivre ce risque dans le cadre actuel du projet SDI
Prolongation des délais pour le regroupement des EHPAD sur le CHS de Saint Ylie	3	2	6	Déposer à l'ARS un dossier d'autorisation temporaires pour des lits supplémentaires d'USLD	Le cas échéant en cours de projet
Détérioration du climat social au pôle gériatrique à la suite du projet d'individualisation EHPAD-USLD	2	3	6	Mutualiser les ressources du projet et en particulier l'équipe et le chef de projet pour faciliter la communication et l'implication	Prévoir des réunions d'information avec les soignants

3.3.4 L'organisation du projet et la mutualisation des ressources projets

a) Le chef de projet

Le chef de projet est nommé par le directeur général. La cadre supérieure du pôle gériatrique, elle-même ancienne cadre de santé du SSR-UCC, est la mieux placée pour

⁷⁴ APR : démarche d'analyse préliminaire des risques. Selon la norme CEI 300-3-9 : l'APR « est une technique d'identification et d'analyse de la fréquence du danger qui peut être utilisée lors des phases amont de la conception pour identifier les dangers et évaluer leur criticité ».

assurer cette fonction. Elle est actuellement chef de projet pour la réorganisation capacitaire EHPAD-USLD. Elle disposera d'une mission claire à travers la lettre de mission rédigée et diffusée par le directeur référent du pôle gériatrique et la directrice des soins infirmiers.

b) Les instances de projet

Par effet mutualisation des ressources, les instances du projet réorganisation EHPAD-USLD peuvent constituer naturellement les instances du projet UHR.

Comité de pilotage	Comité opérationnel	Personnes ressources
Directeur général	Chef de projet	Cadres du pôle gériatrique
Chef de pôle	Médecin coordonnateur	Médecins gériatres
Directeur référent	Cadre santé SSR	Pharmacien
Directrice des soins	Cadre administratif de pôle	Cadre EOH
Chef de projet	Ingénieur travaux	Responsable logistique
		Ingénieur informatique
		Expert DIM
		Soignants du pôle
		Chargé de communication

c) Les Instances de CHLP

Le projet doit être présenté aux différentes instances de l'hôpital. Celles-ci, de par les statuts, sont légitimes à donner une décision ou un avis sur le lancement du projet. Les instances concernées sont celles mises en place par les dispositions de la loi dite HPST⁷⁵ de 2009 : Conseil de surveillance, Directoire, CME, CTE, CHSCT, CSIRMT.

Le CVS peut être adjoint aux instances. C'est une instance liée à l'EHPAD. L'EHPAD est une structure d'amont ou d'aval suivant les personnes hébergées. Cela permettra de tenir compte de l'avis des usagers via les représentants des familles. De même faire une présentation du projet auprès de la Commission des usagers⁷⁶ (CDU) permettra de prendre en compte leurs avis le cas échéant.

⁷⁵ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁷⁶ Commission des usagers, créée par les dispositions de loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. La CDU remplace la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge créée par les dispositions de la loi de 2002 relative aux droits des malades. Au moment de la rédaction du mémoire il n'est pas encore déterminé s'il y aura une CDU pour la GHT uniquement ou encore des CDU dans chaque établissement avec une CDU de la GHT.

3.4 L'évaluation des moyens nécessaires à la création de l'UHR au CHLP, s'est faite sur la base du cahier des charges des UHR et des retours d'expériences d'autres UHR.

Les ressources nécessaires à la création de l'UHR sont guidées par le cahier des charges (CDC) PASA/UHR, qui figure dans la circulaire de 2009⁷⁷. Les principaux éléments de la prise en soins et de l'environnement architectural y sont abordés et constituent le socle permettant d'obtenir la labellisation UHR. Les recommandations de l'ANESM accompagnent cette circulaire.

3.4.1 Le projet spécifique de la prise en soins en UHR

Le projet spécifique de l'UHR doit répondre obligatoirement à plusieurs critères détaillés dans le cahier des charges de la DGCS. Sans revenir sur les critères d'admission en UHR (cf. §1.2.3.), le projet spécifique UHR se décompose en plusieurs sous-projets⁷⁸ :

a) Le projet de soins

Pour l'UHR de type sanitaire, il découle du projet de soins d'USLD. Il privilégiera des formes de prises en soins non médicamenteuses et évitera les recours à la contention. La prise en soins permettra le maintien ou la réhabilitation des capacités fonctionnelles, cognitives et sensorielles. Une attention particulière sera portée au maintien du lien social des résidents (dixit CDC). Les équipes soignantes veilleront « à offrir un environnement et une présence rassurante, à être capable d'adapter l'accompagnement aux provocations comportementales, et à travailler sur la capacité d'attachement » (cf. §1.2.1.).

b) Le projet de vie

Il sera bâti sur les informations relatives au résident ou au patient entrant en UHR concernant ses habitudes de vie. L'accompagnement tiendra compte notamment des rythmes diurne et nocturne, des habitudes de nutrition et d'hygiène, des activités thérapeutiques nécessaires. Ce projet de vie devra être le plus personnalisé possible et être réellement mis en œuvre à la vue des moyens « renforcés » dont disposeront les

⁷⁷ MINISTERE DE LA SANTE. Cahier des charges relatifs aux PASA et UHR du 28/04/2009 représenté en annexe 8 de la circulaire DGAS/DSS/DHOS/2009-15 du 6 juillet 2009.

⁷⁸ SAUVEPLANE C., Décembre 2012, *Améliorer l'accompagnement des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer avec troubles du comportement sévères*, Mémoire Directeur d'Etablissement, sanitaire, social et médico-social, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

équipes de l'UHR. Ce point a été en particulier soulevé lors de l'entretien avec la représentante des familles au CVS (cf. §2.2.1.a).

3.4.2 Les ressources humaines nécessaires pour l'UHR

La typologie des personnels de l'UHR est précisée dans le cahier des charge UHR. Toutefois les quotités n'y figurent pas et sont laissées à l'appréciation des établissements en fonction du nombre de places d'UHR et des ressources de l'établissement. Les effectifs d'UHR seront abondés par redéploiement des effectifs de l'USLD (car il est rappelé que l'UHR sanitaire est une labellisation des lits d'USLD). On remarque donc que le préalable aux réaffectations est que le projet de réorganisation capacitaire et d'individualisation des places d'EHPAD et d'USLD ait été mené.

a) La qualification des personnels

L'équipe UHR doit être constituée d'un médecin gériatre, d'infirmières, de psychomotriciens ou d'ergothérapeutes, d'assistants de soins en gérontologie, de personnels soignants de nuit et de psychologues. L'équipe, pour assurer ses missions doit pouvoir s'appuyer (par convention ou partenariat) sur une structure psychiatrique et les partenaires de la filière gériatrique (UCC, CSG, EHPAD) ; et rajoutons, ainsi que sur les unités de coordination pour personnes âgées (MAIA, PAERPA).

Portons une attention particulière aux assistantes de soins en gérontologie (ASG). Le cahier des charges les mentionne spécifiquement⁷⁹ et ne fait pas référence aux aides-soignantes. Dans ses effectifs, la direction des soins du CHLP, dispose d'ASG mais pas suffisamment pour construire l'équipe l'UHR sans démunir l'UCC. Un programme de formation d'ASG sera mis en place dans le cadre du projet avec une incidence sur le plan de formation de l'hôpital et le titre 1 Charge de personnel du budget annexe USLD. Le statut d'ASG donne droit à la prime d'assistant de soins en gérontologie⁸⁰ de 90€, soit environ 5 000 € par an pour 3 ASG. Ce surcoût pour le CHLP entre dans la dotation ARS des 40 000 €. En outre tous les professionnels doivent être formés à l'utilisation des outils d'évaluation (NPI-ES et échelle de Cohen-Mansfield) et aux techniques d'observation et d'analyse du

⁷⁹ La fonction d'assistant(e) de soins en gérontologie, a été créée spécifiquement par la mesure n°20 du Plan Alzheimer 2008-2012. Il s'agit d'une formation spécifique de 140 heures, destinée aux aides-soignantes, aux aides médico-psychologique et aux auxiliaires de vie sociale.

⁸⁰ MINISTERE DE LA SANTE, Décret n°2010-681 du 22/06/2010 portant attribution d'une prime aux aides-soignantes et aides médico-psychologique exerçant les fonctions fonction d'assistant de soins en gérontologie.

comportement, aux techniques de soins et de communication adaptées, à la prise en charge des troubles du comportement⁸¹ (dixit CDC).

b) La constitution de l'équipe UHR

Les professionnels qui travailleront en UHR auront des conditions de travail particulièrement difficiles les exposant à des risques psycho-sociaux (RPS), accrus du fait des troubles sévères du comportement des malades accueillis en UHR. C'est pourquoi, le pourvoi des postes ne pourra se faire que sur la base du volontariat avec un appel à candidature interne au CHLP. Ce principe est ressorti de discussions avec les cadres du pôle gériatrique et avec la directrice des soins infirmiers ainsi que des retours d'expérience des autres UHR.

Toutefois, la cadre de santé d'une des UHR visitée dans le cadre du stage, considère que le volontariat est nécessaire mais pas suffisant. Les soignants doivent pouvoir « *durer* » en UHR compte tenu des conditions de travail particulièrement difficiles. Cette unité de pointe est attractive et à sa création, les volontaires étaient nombreux. Par la suite, un certain nombre de personnels a dû être transféré dans d'autres services. L'entretien d'évaluation, la préparation par la formation, la réelle motivation sont déterminants dans la constitution de l'équipe de l'UHR. Une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) sur la durée est à définir, dès la phase projet, avec la direction des ressources humaines, la direction des soins et l'encadrement du pôle gériatrique. Des mesures notamment orientées vers la formation permettent de réduire le taux de turn over à un niveau conforme au bon fonctionnement de l'UHR.

c) Les effectifs à prévoir

La quotité de temps pour les effectifs à prévoir peut être proposée sur la base des données issues des UHR du CHI Haute Saône-Lure⁸² (24 places), du CH de Beauvais⁸³ (23 places), du CH de Montéleger⁸⁴ (12 places), et des Hospices civils de Lyon⁸⁵ (10 places). Le tableau ci-dessous présente, pour ces structures, leurs effectifs en équivalent temps plein (ETP) et dans la mesure des informations que j'ai pu obtenir. Sur la base de

⁸¹ HAUTE AUTORITE DE SANTE, Décembre 2011, Recommandation de bonnes pratiques : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

⁸² CHLP, septembre 2015, Compte rendu de la visite UHR de Mont Chatel à Lure-CHI.

⁸³ CHLP, Janvier 2016, BRAULT G., Compte rendu de visite du pôle gériatrique du CH de Beauvais.

⁸⁴ SAUVEPLANE C., Décembre 2012, *Améliorer l'accompagnement des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer avec troubles du comportement sévères*, Mémoire Directeur d'Etablissement, sanitaire, social et médico-social, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

⁸⁵ FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, 13 septembre 2013, Alzheimer : ouverture d'une UHR aux HCL.

ces données, il est possible de faire un ratio ETP/nombres de places en UHR. Il faudrait un échantillon plus important mais ces chiffres permettent de donner un dimensionnement.

Effectifs/ ETP	CHB	CHI-Lure	CH Montéleger	HCL
Nb de places en UHR	23	24	12	10
Type	MS	MS	USLD	USLD
Gériatre	0,1		0,15	
Cadre de santé	0,2			
Infirmières IDE	4	6	1,50	4 avec USLD
Aides-soignantes AS	10 dont 2 ASG	13,5 dont 5 ASG	6	8
Agent d'entretien ASH	2	4	3	
Animateur	0,1	0,5	0,2	
Kinésithérapeute		0,5 PAPA	0,10	
Ergothérapeute	0,2			
Psychomotricien	0,2		0,8	0,5
Psychologue	0,3	0,5	0,10	

Pour 12 places d'UHR au CHLP, il serait possible de dimensionner les effectifs ainsi :

- 0,15 ETP de médecin gériatre : à l'équivalent de l'UHR sanitaire du CH Montéleger
- 0,15 ETP de cadre de santé : compte tenu de la nature sanitaire de l'UHR CHLP
- 1,5 ou 2 ETP d'IDE : compte tenu de la nature sanitaire de l'UHR et aux ratios moyens des CH observés
- 6 ETP d'AS dont au moins 2 d'ASG : qui correspond à 0,5 ETP/places alors que la distribution des exemples donne 0.42, 0.50, 0.56, 0.80
- 2 ETP d'ASH : ce qui correspond au ratio moyen, encore que les surfaces et l'agencement des locaux soient un paramètre à prendre en compte
- 0,25 ETP d'animateur : compte tenu du rôle important de l'animation spécialisée
- 0,2 ETP de PAPA : plutôt que 0,1 ETP de kinésithérapeute
- 0,6 ETP de psychomotricien ou d'ergothérapeute : le ratio étant assez dispersé, le recours à une seule de ces spécialités paraît opportun compte tenu du nombre réduit de places et de la difficulté à pourvoir ces postes
- 0,2 ETP de psychologue pour être dans la moyenne du ratio

3.4.3 L'environnement architectural et matériel

a) L'Environnement doit être « contenant ».

L'environnement, en favorisant le confort et l'usage, doit avoir un rôle apaisant pour les personnes accueillies, et favoriser le travail des professionnels. Il doit aussi permettre la déambulation et être « contenant » et sécurisé par rapport aux troubles du comportement des patients ; mais pas « fermé » et trop sécurisé. Réglementairement, il s'agit de locaux

de type ERP (établissement recevant du public) qui doivent répondre à des règles strictes de sécurité et d'accessibilité. La conception architecturale doit aussi et surtout traduire les choix préalables du projet de vie dans la nouvelle unité.

b) L'architecture répond à la programmation en locaux d'une UHR type.

Le cahier des charges UHR en cours liste précisément le type de locaux présents dans une UHR, pour autant, il n'indique pas de surface. En outre, l'UHR peut aussi être installée dans des locaux existants ou dans des locaux neufs. Le cahier des charges UHR sera revu en 2017 et il se peut que la programmation architecturale soit modifiée. Ces éléments font qu'il n'est pas possible de donner une estimation du coût de travaux.

Toutefois, les coûts moyens de travaux publiés par l'Observatoire des surfaces et coûts immobiliers en établissement de santé (OSCIMES)⁸⁶, permettent de donner des fourchettes de budget en fonction de la surface. L'architecture d'une UHR est du même type que l'hébergement d'un EHPAD. Pour ce type de surface, le coût moyen en construction neuve est de 1263€/m² quel que soit le mode de dévolution (cf. Loi Mop) hors VRD⁸⁷ et aménagement extérieur. Donc pour une surfaces UHR 12-14 lits de 1000m² en moyenne, le budget pour une construction neuve est de l'ordre de 1,2 million d'euros. Cet investissement n'est pas soutenable dans le contexte actuel du CHLP alors que d'autres travaux d'envergure et prioritaires se préfigurent avec le rapprochement hôpital-clinique. Dans le cadre de travaux de rénovation, le coût moyen est de l'ordre de 500 à 750€/m²⁸⁸ soit de l'ordre de 500 000 € à 750 000 € de budget pour l'implantation de l'UHR dans le cas hypothétique de locaux existants. Ce budget est à revoir à la baisse, compte tenu de la difficulté à identifier des surfaces de 1000m². Les surfaces disponibles sont susceptibles d'être inférieures avec des coûts de rénovation proportionnellement plus élevés du fait des partitionnements à opérer.

c) L'aménagement doit être rassurant et socialisant.

L'aménagement intérieur est essentiel dans la prise en soins des personnes accueillies en UHR : importance des couleurs, de la lumière (artificielle et naturelle), des espaces et des volumes, des matériaux mais aussi du mobilier (intégré ou traditionnel), des équipements et de la signalétique. L'objet de ce mémoire n'est pas de reprendre tous ces éléments dans le détail. Je préfère plutôt faire référence au très bon guide pratique de la

⁸⁶ Outil de simulation OSCIMES, Disponible sur internet : <https://www.oscimes.fr/>

⁸⁷ VRD : voirie réseaux divers

⁸⁸ Le coût de rénovation moyen pour des locaux pour soins de longue durée en EPS, comparable à l'UHR, est de 1390€/m². Ce coût est étonnamment supérieur à celui du coût EHPAD en travaux neuf. Je n'ai pas pris en compte cette valeur qui doit être revue sur la base d'un échantillon plus large.

DGCS édité par l'EHESP⁸⁹. Il reprend de façon détaillée, argumentée et illustrée les possibilités d'aménagement pour les unités de type Alzheimer dont les UHR.

Une remarque cependant sur l'espace Snoezelen dont le coût est de l'ordre de 20 000 €. Celui-ci peut être dissuasif au regard de la sous-utilisation qui peut être faite de cette salle, faute de personnel formé et disponible. Il est possible de recourir à des charriots Snoezelen de coût moindre et à utiliser dans des locaux existants.

Globalement l'environnement de l'UHR à créer au CHLP est assez proche de celui de l'UCC existante actuellement dans le pôle gériatrique. Des mutualisations entre l'UCC et l'UHR sont donc envisageables.

⁸⁹ MINISTERE DE LA SANTE, 2012, *Accompagnement et cadre de vie en établissement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres causes de dépendance*. Guide pratique, éd Presse de l'EHESP, 175 p.

Conclusion

Le choix de mon thème de mémoire s'est fait pour deux raisons essentielles, qui intéressent dans les deux cas la position de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. D'une part, la prise en soins des personnes atteintes de maladies neurodégénératives avec des troubles sévères du comportement dans des unités spécialisées comme les UHR, est un véritable enjeu de santé publique qui mérite une réflexion prospective. D'autre part, connaître les ressorts qui participent à la mise en place d'une nouvelle unité dans un établissement est une des missions d'un directeur. Cela a été l'occasion de mener une démarche complète d'aide dans une décision de direction.

L'analyse médico-économique, au sens plein et entier du terme, que j'ai menée à travers ce mémoire, m'a permis de mesurer la réelle convergence qu'il y avait entre le besoin de santé d'un bassin de population et l'offre de soins apportée par une unité d'hébergement renforcée, au regard de l'offre existante de la filière gériatrique du centre hospitalier. Je reprends cette notion, développée par le directeur général, de « *compétence critique* ». Un centre hospitalier, comme le CH Louis Pasteur de Dole, dispose des ressources humaines et matérielles pour pouvoir proposer au cœur de son territoire, une offre gériatrique complète efficiente et efficace.

Mais si le besoin est clair, les conditions de mise en œuvre sont complexes. La situation financière contrainte de l'hôpital, les enjeux régionaux autour de la GHT, ne permettent plus à un établissement de santé, de créer de nouvelles unités, telle que l'UHR, sans un appui fort de l'ARS et de la GHT.

La volonté de créer une UHR au centre hospitalier L.Pasteur, alors que le plan national pour les maladies neurodégénératives en cours prévoit de poursuivre et renforcer le développement des UHR de type médico-social, est fondée. Les patients relevant de l'UHR et qui présentent des pathologies somatiques graves ont besoin d'une solution de recours que seule une UHR de type sanitaire au sein de l'USLD peut apporter.

Pour autant, l'UHR sanitaire ne peut se limiter à l'accueil des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. L'offre doit être élargie vers d'autres besoins prégnants de santé publique : l'accueil des personnes handicapées vieillissantes du secteur médico-social et des personnes plus jeunes mais présentant des troubles cognitifs importants. « *Ce sont des patients identiques mais avec des temporalités différentes* » pour reprendre les justes termes du directeur adjoint en charge des ressources humaines et référent du pôle gériatrique du CH Louis Pasteur.

Bibliographie

Les textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DE LA SANTE, Circulaire 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.

MINISTERE DE LA SANTE, Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

MINISTERE DE LA SANTE, Instruction ministérielle DGAS/2C/DHOS/DSS/2010-106 du 7 janvier 2010 relative à l'application médico-sociale du plan Alzheimer.

MINISTERE DE LA SANTE, Instruction DGAS/2C/DHOS/DSS/2010-106 du 7 janvier 2010 relative à l'application médico-sociale du plan Alzheimer.

MINISTERE DE LA SANTE, Instruction du 23 février 2010 relative aux modalités de déploiement et de financement des unités d'hébergement renforcées dans le secteur sanitaire.

MINISTERE DE LA SANTE, Décret 2010-681 du 22/06/2010 portant attribution d'une prime aux aides-soignantes et aides médico-psychologique exerçant les fonctions d'assistants de soins en gériatrie.

MINISTERE DE LA SANTE, Circulaire DGOS/R4/2010-360 du 24 septembre 2010 relative au financement par le fond pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) des unités d'hébergement renforcées (UHR) dans les unités de soins de longue durée dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012.

MINISTERE DE LA SANTE, Circulaire DGCS/SD3A/DGOS/SDR/2011-362 du 19 septembre 2011 relative à la mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012.

MINISTERE DE LA SANTE, Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

MINISTERE DE LA SANTE, Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé.

Les plans

MINISTERE DE LA SANTE, février 2008, Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012., L'engagement de tous, 84p.

MINISTERE DE LA SANTE, octobre 2014, Plan Maladies neurodégénératives 2014-2019, 119p.

Les rapports, guides, textes de référence

ANESM, février 2016, Lettre de cadrage, l'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives en PASA et en UHR.

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE FRANCHE COMTE, Projet régional santé 2012-2016.

ASSOCIATION FRANCE ALZHEIMER, février 2012, Etude exploratoire auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée âgées de moins de 65 ans.

ASSOCIATION FRANCE ALZHEIMER, 2012, Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, l'urgence d'un vrai politique de santé publique.

CENTRE HOSPITALIER LOUIS PASTEUR. Projet médical 2014-2018.

CENTRE HOSPITALIER LOUIS PASTEUR. Rapport d'activité 2014.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, décembre 2011, Recommandation et bonne pratique de la Haute Autorité de Santé relatives au diagnostic et à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, Mai 2009, Guide médecin – affectation de longue durée, Maladie d'Alzheimer et autres démences.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, Mars 2011. Les unités de soins de longue durée.

MINISTERE DE LA SANTE, novembre 2007, Rapport de la commission présidée par le Pr J.Ménard en vue de l'élaboration du 3ème plan Alzheimer.

MINISTERE DE LA SANTE, Cahier des charges relatif aux PASA et UHR du 28/04/2009 représenté en annexe 8 de la circulaire DGAS/DSS/DHOS/2009-15 du 6 juillet 2009.

Les ouvrages

COLVEZ A. RITCHIE K. LEDESERT B. GARDENT H. FONTAINE A., 1994. Cantou et long séjour hospitalier : évaluation comparative de deux modes de prise en charge de la démence sénile, éd. INSERM, 91 p.

DELAMARRE C., 2015. Démence et projet de vie, accompagner les personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou apparentées, éd Dunod, 240 p.

GUCHER C, MOLLIER A., 2013, Regards pluridisciplinaires sur la maladie d'Alzheimer, éd. L'harmattan, 174 p.

KOTTER J., 2015, Conduite le changement, éd. Pearson, 216 p.

LOUAZEL M., BEMHEIM F.,2016, Gestion de projet, éd. EHESP & Ouest Conseil Management, 33p.

MAISONDIEU J, 2011, Le crépuscule de la raison, éd. Bayard culture. 250 p.

MINISTERE DE LA SANTE, 2012, Accompagnement et cadre de vie en établissement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres causes de dépendance. Guide pratique, éd Presse de l'EHESP, 175 p.

NERE JJ., 2006, mise à jour 2015, Le management de projet, in VI-La prise en compte des risques, éd. PUF, 127 p.

TILLEMENT JP, HAUW JJ., PAPADOPOULOS V., 2010, Le défi de la maladie d'Alzheimer, éd. Lavoisier, 104 p.

Les articles et les périodiques

CUMMINGS JL, MEGE M, GRAY K, ROSENBERG-THOMPSON S, CARUSI DA, GORNBEIN J, décembre 1994, The neuropsychiatric inventory : comprehensive assessment of psychopathology in dementia, Neurology, (12) : 2308-14.

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, 13 septembre 2013, Alzheimer : ouverture d'une UHR aux HCL.

FONDATION MEDERIC ALZHEIMER, décembre 2014, n°35, La lettre de l'observation des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer.

HOSPIMEDIA du 30 mai 2016, L'Anesm prépare une nouvelle recommandation de bonnes pratiques et lance une enquête auprès des unités d'hébergement renforcées, disponible sur internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160530>.

Les mémoires

BERTHIER MJ, Mai 2013, De la protection à l'enfermement, les unités Alzheimer, Mémoire de Master2, Faculté de droit & sciences sociales Poitiers, 53 p.

SAUVEPLANE C., Décembre 2012, Améliorer l'accompagnement des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer avec troubles du comportement sévères, Mémoire Directeur d'Etablissement, sanitaire, social et médico-social, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 66 p.

Les sites internet

ENCYCLOPEDIA UNIVERSALIS, <http://www.universalis.fr/>

INSEE, <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/>

INSERM, juillet 2014, Pr AMOUYEL, Dossier d'information Alzheimer, <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer/>

OSCIMES (Observatoire des surfaces et coûts immobiliers en établissements de santé), <https://www.oscimes.fr/>

Liste des annexes

Sans objet.

BRAULT

Guillaume

Décembre 2016

DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT SANITAIRE, SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL
Promotion 2015-2016

**QUELLE PLACE POUR UNE UNITE D'HEBERGEMENT
RENFORCEE AU SEIN D'UN CENTRE HOSPITALIER ?
L'EXEMPLE DU CENTRE HOSPITALIER LOUIS PASTEUR
DE DOLE, JURA**

Résumé :

La prise en soins des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, en particulier la maladie d'Alzheimer, est un enjeu majeur de santé publique qui est réaffirmée par le plan maladies neurodégénératives.

Pour ces malades présentant des troubles sévères du comportement, les pouvoirs publics ont voulu la création de structures spécialisées : les Unités d'Hébergement Renforcées, de type sanitaire ou médicosocial.

Le faible développement des UHR sanitaires, par labélisation des lits d'USLD d'un centre hospitalier, questionne sur la création d'une UHR de ce type au CH Pasteur de Dole.

L'analyse médico-économique vient confirmer le projet médical. Il y a une convergence réelle entre le besoin de santé du bassin de population et l'offre de soins apportée par une unité d'hébergement renforcée intégrée dans la filière gériatrique du centre hospitalier.

La direction de l'établissement a la volonté de mettre en œuvre cette UHR mais devra l'intégrer dans le contexte des GHT.

Mots clés :

ALZHEIMER – CENTRE HOSPITALIER – MALADIES NEURODEGENERATIVES – PRISE EN SOINS – POLE GERIATRIQUE – SANITAIRE – UHR – UNITE D'HEBERGEMENT RENFORCEE – USLD

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.