

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE,
DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE

MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES
PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

Direction générale de l'action sociale

Direction de la sécurité sociale

*Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins*

Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

NOR : M TSA0910552C

Résumé : la présente circulaire a pour objet de présenter les mesures relatives au volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 et d'en préciser la déclinaison opérationnelle, ainsi que le rôle des services déconcentrés dans cette mise en œuvre.

Mot clé : plan Alzheimer

Références :

Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 ;

Circulaire DHOS/01/02/DGS/MC3 n° 2008-291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012 ;

Circulaire DGS/MC3/DHOS/01/02 n° 2009-25 du 28 janvier 2009 relative à la tenue d'assises régionales pour accompagner la mise en œuvre du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 ;

Instruction DGAS du 23 février 2009 portant sur le recensement de l'existant en matière de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ouvertes aux malades d'Alzheimer à T0 et T1 ;

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (février 2009) : l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, Haute Autorité de santé, mars 2008 ;

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs, Haute Autorité de santé, à paraître en 2009.

Annexes :

Annexe I. – Fiche technique mesure 1 ;

Annexe II. – Fiche technique mesure 4 ;

Annexe III. – Fiche technique mesure 6 ;

Annexe IV. – Fiche technique mesure 16 ;

- Annexe V. – Référentiel d'activités de l'assistant de soins en gérontologie ;
- Annexe VI. – Référentiel de compétence de l'assistant de soins en gérontologie ;
- Annexe VII. – Référentiel de formation de l'assistant de soins en gérontologie ;
- Annexe VIII. – Cahier des charges des PASA et des UHR ;
- Annexe IX. – Grilles de sélection des dossiers de candidature UHR et PASA ;
- Annexe X. – Coordonnées des personnes ressources.

Le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat et la ministre de la santé et des sports à Mesdames et Messieurs les préfets de département et (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour application]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour application).

Le plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012, présenté le 1^{er} février 2008 par le Président de la République, s'articule autour de trois axes :

- améliorer la qualité de vie des malades et des aidants ;
- connaître pour agir (axe recherche) ;
- se mobiliser pour un enjeu de société.

La présente circulaire ne porte que sur la mise en œuvre du volet médico-social du plan.

Dans ce volet, le plan Alzheimer 2008-2012 a pour ambition de créer une filière d'accompagnement global des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, permettant aux malades et à leurs proches de bénéficier de manière coordonnée d'un ensemble de prestations adaptées à l'évolution de la maladie, en s'appuyant notamment sur les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les plateformes d'accompagnement et de répit, les maisons de l'autonomie et de l'intégration pour les malades Alzheimer (MAIA) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) articulés à des équipes plus spécialisées.

Le suivi, la coordination interministérielle et l'évaluation de la mise en œuvre du plan ont été confiés par le Président de la République à une mission dirigée par Mme Florence Lustman, inspecteur général des finances.

La première année du plan a été consacrée à la définition de la stratégie et du cadrage des mesures le composant. Elle a donné lieu à des réunions de concertation et de travail pour l'élaboration d'études, de recommandations, de cahiers des charges et d'appels à projets. Nous entrons désormais dans une phase opérationnelle qui nécessite votre concours : suivi des mesures, identification des structures, relais d'information...

La présente circulaire a pour objet de rappeler les orientations du plan et de préciser la déclinaison opérationnelle de ces mesures, ainsi que le rôle des services déconcentrés dans cette mise en œuvre.

I. – ORIENTATIONS DU PLAN DANS LE CADRE DES MESURES MÉDICO-SOCIALES

Les mesures du volet médico-social comprennent huit objectifs.

Apporter un soutien accru aux aidants

Dans ce cadre, une série d'actions sera menée afin d'offrir sur chaque territoire une palette de dispositifs correspondant aux besoins des malades et aux attentes des aidants. L'un des objectifs prioritaires est, notamment, de faciliter l'accès aux structures de répit et d'accompagnement (mesure 1 : annexe I). En outre, une formation de deux jours par an sera mise en place afin d'apporter aux aidants familiaux les outils essentiels à la compréhension des difficultés du malade, à l'adaptation de l'environnement et au maintien de la relation (mesure 2).

Cette action de prévention et d'éducation à la santé sera réalisée par des opérateurs sélectionnés par les DRASS (ARS) sur la base d'un cahier des charges élaboré par la DGAS. Les opérateurs sélectionnés passeront convention avec la CNSA pour le financement de ces actions au titre de la section 4 du budget de la CNSA.

Mise en place des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)

Afin d'améliorer le bien-être des aidants, apporter les meilleurs soins et services pour tous et simplifier la vie quotidienne des malades, une coordination renforcée des acteurs et des financeurs sera mise en place. Le dispositif des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) est actuellement en cours d'expérimentation. Sur la base des structures existantes, il

s'agit de proposer des portes d'entrée uniques pour l'accueil et l'orientation des patients et de leurs familles ainsi que pour une évaluation pluridisciplinaire afin d'élaborer une prise en charge et un suivi personnalisés de la personne malade. L'expérimentation (2008-2010) définira le périmètre, les compétences et les modalités de fonctionnement des MAIA en vue de leur généralisation à tout le territoire (mesure 4 : annexe II). Les professionnels intervenant dans les MAIA, les « coordonnateurs » ou « gestionnaires de cas », coordonneront et assureront le suivi des interventions médicales et sociales, pour les malades dont la situation est complexe (mesure 5). Le coordonnateur travaillera en liaison avec le médecin traitant et l'entourage du malade.

*Le renforcement de la prise en charge à domicile
par la constitution d'équipes spécialisées*

Pour favoriser le libre choix d'une vie à domicile, une prise en charge adaptée par des équipes spécialisées doit être proposée. Celles-ci seront formées à la prise en charge des malades d'Alzheimer, notamment ceux présentant des troubles du comportement, pour intervenir dans le cadre des services de soins infirmiers, des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ou au sein de coopérations formalisées (art. L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles) comprenant des SSIAD ou des SPASAD. Elles assurent la prise en charge à domicile des malades d'Alzheimer grâce à une nouvelle prestation de « soins d'accompagnement et de réhabilitation » (mesure 6 : annexe III).

Création d'un dispositif spécifique en EHPAD et en USLD (PASA et UHR)

Pour adapter l'accueil en établissement à la spécificité de la maladie, deux types de dispositifs seront créés (mesure 16 : annexe IV) :

- des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), proposant, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement adapté à leurs besoins ;
- des unités d'hébergement renforcées (UHR) pour les résidents ayant des troubles sévères du comportement, sous forme de petites unités les accueillant nuit et jour, qui soient à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités et de soins.

Ce dispositif vise à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer. Son objectif est d'apporter un accompagnement de qualité aux personnes présentant des troubles moyens et sévères du comportement, tout en ayant une approche globale qui doit être induite par le projet d'établissement, notamment en ce qui concerne l'environnement (*cf.* Guide pour l'appréciation de la qualité des espaces dans les établissements pour personnes âgées, DGAS-Presses de l'EHESP, paru en janvier 2009 ; et Guide sur l'accompagnement et le cadre de vie des personnes atteintes de détériorations intellectuelles vivant en établissement, DGAS, à paraître en 2009).

Ainsi, plusieurs types de structures répondront aux besoins des malades atteints de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées :

1. Les structures médico-sociales :
 - EHPAD avec unités dédiées aux personnes désorientées (CANTOU, unités Alzheimer existantes ...) ;
 - EHPAD avec unités accueillant des personnes présentant des troubles du comportement (PASA, UHR ...) ;
 - EHPAD totalement dédiés aux malades Alzheimer.
2. Les structures sanitaires :
 - USLD mettant en œuvre des UHR ;
 - service de court séjour gériatrique ;
 - unité cognitivo-comportementale au sein des services de soins de suite et de réadaptation ;
 - équipe mobile de gériatrie.

*Modalités de financement du dispositif spécifique en EHPAD
et en USLD (PASA et UHR)*

Le plan Alzheimer fixe un objectif de création de 30 000 places d'UHR et de PASA. Sur ces 30 000 places, 5 000 places sont dédiées aux UHR et 25 000 aux PASA.

La labellisation de ces unités comporte deux volets : un volet lié à l'infrastructure et un volet lié à l'organisation et au fonctionnement de ces unités.

Une unité Alzheimer sera labellisée PASA ou UHR si elle respecte le cahier des charges sur ces deux volets simultanément.

La procédure d'appel à candidature et de labellisation est définie dans l'annexe IV.

Sur le plan financier et budgétaire, les concours apportés au titre de l'ONDAM médico-social ou de l'ONDAM sanitaire (en ce qui concerne les USLD) interviendront comme suit :

Pour l'investissement dans les infrastructures, les conditions d'intervention de la CNSA sont fixées dans la circulaire PAI du 29 avril 2009. Les projets sont actuellement en cours de sélection à l'échelon des préfetures de région. Dans l'hypothèse où la prise en compte du plan Alzheimer dans

les propositions transmises par les services déconcentrés serait considérée comme insuffisante pour certaines régions, il sera demandé aux services concernés de relancer l'appel à projets. Dans ce cas, les dossiers pourront être remontés à la CNSA au fur et à mesure de leur état d'avancement et au plus tard jusqu'au 31 octobre prochain.

Les projets qui ont fait l'objet d'une décision favorable de financement au titre du PAI 2008 pourront obtenir la labellisation plan Alzheimer dès lors qu'ils répondent au cahier des charges annexé à la circulaire PAI 2009. Il vous est demandé de faire remonter à la CNSA les projets concernés pour validation.

En ce qui concerne le fonctionnement, la tarification des unités spécifiques Alzheimer s'effectuera selon les modalités suivantes :

- pour les PASA : les résidents pris en charge en PASA feront l'objet d'une cotation spécifique lors de la coupe PATHOS, rendant compte de leurs besoins en soins médico-techniques requis. Ce codage prend à la fois en compte le syndrome démentiel associé à des troubles du comportement, via P2. Il sera également associé un codage R2 dans l'outil PATHOS ($P2*2+R2$) ($R2$ = réhabilitation individuelle et collective au sein d'un PASA pour une personne ayant une maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés) ;
- pour les UHR : les résidents dont le potentiel de crise demeure élevé, même s'ils sont stabilisés, feront l'objet d'un codage P1 dans le même outil PATHOS.

La CNAMTS adaptera le guide d'harmonisation du codage et le modèle PATHOS afin de spécifier les codages liés à une prise en charge des troubles du comportement des résidents pris en charge dans les PASA et les UHR. Elle modifiera la définition du codage R2 afin de prendre en compte la réhabilitation des fonctions cognitives et transmettra les instructions correspondantes aux caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) et aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et à leurs médecins-conseils.

Parce que la validation de la coupe est réalisée « *a posteriori* », vous préciserez aux établissements et plus spécifiquement à ceux qui prétendent à la labellisation d'unités, que les codages ne pourront rendre compte des besoins de soins du résident de façon précise que si le dossier médical et le dossier de soins sont correctement remplis et suffisamment renseignés (descriptifs de l'état clinique, entre autres). Le manque d'informations peut conduire à sous-coter un malade.

Sur la base des modalités de financement fixées ci-dessus, la tarification appliquée à ces unités couvrira les charges de personnel mentionnées dans le cahier des charges annexé à la présente circulaire. Outre les psychomotriciens et les ergothérapeutes, cette évaluation intègre la prise en charge complète des postes d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques et d'assistants de soins en gériatrie supplémentaires nécessaires à la création ou à la labellisation des UHR et des PASA et venant renforcer les équipes existantes pour répondre aux cahiers des charges ainsi que, de façon exceptionnelle, les aides soignants et les aides médico-psychologiques faisant fonction d'assistants de soins en gériatrie, en attendant leur formation.

Cette préconisation fera l'objet d'une modification des textes réglementaires fixant la répartition du financement des personnels soignants supplémentaires entre les différentes sections tarifaires des EHPAD. S'agissant des postes de personnels soignants financés avant la date de signature de la présente circulaire ou intervenant en dehors des unités, la clé de répartition du financement de ces personnels reste inchangé (70 % pour l'assurance maladie, 30 % par le tarif dépendance).

A titre indicatif, les coûts de fonctionnement des unités spécifiques Alzheimer sont évalués comme suit pour un établissement médico-social tarifé au GMPS :

- PASA de 14 places (permettant une file active de 35 à 40 résidents ou bénéficiant à 28 résidents de façon concomitante) : 85 000 à 95 000 € dans le cadre du renforcement des places existantes ;
- UHR de 12 places :
- en création : 340 000 à 365 000 € ;
- par renforcement de places médico-sociales existantes : 240 000 à 280 000 €.

Les crédits seront alloués aux DDASS (puis aux ARS) selon les modalités habituelles de création de places nouvelles et de médicalisation des places existantes. L'objectif global de dépenses (OGD) - personnes âgées permettra d'identifier et de ventiler les moyens nécessaires au plan Alzheimer.

Prise en charge des malades jeunes

Pour connaître le nombre et les besoins en hébergement des malades jeunes, une étude sera réalisée par le Centre national de référence pour les malades jeunes (centres hospitaliers universitaires de Lille, Paris Pitié-Salpêtrière et Rouen) désigné par un arrêté du ministre de la santé et des sports du 17 février 2009 (mesure 18). Cette étude envisagera les diverses modalités d'hébergement (EHPAD, MAS, FAM, hébergement temporaire, service de psychiatrie...). D'ores et déjà, une première enquête est en cours sur les conditions d'accueil des malades jeunes dans la région Nord - Pas-de-Calais. Le centre associera l'ensemble des partenaires nationaux ainsi que des malades jeunes et réalisera des comparaisons internationales, notamment avec la Belgique et les Pays-Bas.

Il développera également des missions de recherche, d'animation de la filière de soins, d'information auprès des malades jeunes et de leurs proches, de formation des professionnels de santé et élaborera et diffusera au niveau national des recommandations de bonnes pratiques et des outils communs garantissant la qualité des prises en charge.

Développement de métiers et de compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer

Afin d'intervenir à domicile dans le cadre d'équipes spécialisées et en établissement au sein des unités spécifiques, ces prises en charge adaptées nécessitent l'intégration de compétences nouvelles, d'une part, dans la formation initiale des ergothérapeutes et des psychomotriciens et, d'autre part, dans la formation continue de certains personnels paramédicaux ou sociaux (mesure 20). Une fonction nouvelle d'assistant de soins en gérontologie, dont la définition et les référentiels d'activité et de compétences sont fournis en annexes V, VI et VII, pourra ainsi être exercée par les aides-soignants et les aides médico-psychologiques qui auront suivi cette formation.

Assurer l'information et la sensibilisation du grand public sur cette maladie par la mise en place d'un numéro unique et de sites Internet locaux est une nécessité (mesure 35)

Afin de mettre en place un service téléphonique et d'orientation, une expérimentation sera lancée à l'échelle d'un département avec les différentes structures de soins et de services concernées.

Réflexion sur le statut juridique de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en établissement

Pour mettre fin au flou juridique lié à la difficulté d'appréhender le consentement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée dans les établissements médico-sociaux, un groupe de travail, auquel participe le ministère de la justice, prépare un projet de texte sur cette question. Un colloque d'éthique sera organisé sur cette question en décembre 2009 par l'EREMA (mesure 39).

La mise en œuvre d'un certain nombre de ces mesures appelle votre concours. Les modalités de votre participation sont indiquées dans chacune des annexes qui reprennent et précisent le contenu des mesures du plan.

II. – LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE DES MESURES DU PLAN ALZHEIMER DANS LES DÉPARTEMENTS

La mise en œuvre des mesures relève d'un certain nombre d'acteurs (conseils généraux, DDASS, porteurs de projet). Les précisions nécessaires figurent dans la présente circulaire, mais également dans d'autres textes avec lesquels elle doit s'articuler, principalement :

- la circulaire interministérielle DGAS/5B/DSS/1A n° 2009-51 du 13 février 2009 relative aux orientations de l'exercice 2009 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- les notifications de la CNSA du 13 février 2009 ;
- l'instruction sur le plan d'aide à l'investissement (PAI) de la CNSA du 29 avril 2009 ;
- l'instruction du 23 février 2009 relative au recensement de l'existant sur les accueils de jour et les hébergements temporaires.

1. Le suivi des mesures et la remontée d'indicateurs

Afin de suivre de façon détaillée la réalisation des objectifs du plan, il est nécessaire, d'une part, de disposer d'un état des lieux et d'une définition précise de l'existant au 1^{er} janvier 2008, ce qui constitue le point de départ (T0) en matière d'établissements et de services, et, d'autre part, d'assurer un suivi du développement de l'équipement médico-social dédié aux malades d'Alzheimer et apparentés. Pour 2009, l'état des lieux T0 est exigé uniquement pour le suivi de la mesure AJ/HT (instruction DGAS du 23 février 2009).

Il vous est rappelé la nécessité d'effectuer une mise à jour régulière du fichier FINESS pour les établissements et services pour personnes âgées et de veiller à renseigner, pour les malades Alzheimer, la catégorie clientèle.

Les arrêtés d'autorisation doivent préciser la nature des places autorisées. S'agissant des places d'EHPAD, si celles-ci intègrent des accueils dédiés aux malades d'Alzheimer, les arrêtés doivent comprendre :

- pour les PASA, le nombre de pôles présents dans l'établissement ;
- pour les places d'UHR, le nombre d'unités et de places concernées par cette modalité d'hébergement.

Les arrêtés d'autorisation doivent, par ailleurs, mentionner les informations qui permettront de renseigner les rubriques FINESS suivantes :

- « Identification de la structure » avec :
 - soit le numéro FINESS de l'établissement, soit la mention à créer ;
 - la raison sociale de l'établissement ;
 - l'adresse de l'établissement ;
 - la catégorie de l'établissement : en faisant référence à la nomenclature des catégories d'établissement ;
- « Détail des capacités autorisées » avec :

- le fléchage de la clientèle : ALZHEIMER ;
- le mode de fonctionnement, en référence à la nomenclature des modes de fonctionnement ;
- le type de discipline, en référence à la nomenclature des disciplines.

Dans tous les cas, vous devez vous référer à la nomenclature FINESS pour rédiger les arrêtés.

Les autorisations devront donner lieu à une visite de conformité, validant la mise en œuvre, cette dernière devant être transcrite ensuite dans FINESS. Cette visite devra également comporter une identification précise de la structure et le détail des capacités installées, en similitude avec l'arrêté d'autorisation et en utilisant les nomenclatures en vigueur dans FINESS.

Une instruction prioritaire de la DREES modifiant la nomenclature FINESS pour permettre un meilleur suivi du plan Alzheimer vous sera adressée prochainement. Vous veillerez à actualiser le fichier en fonction de ces nouvelles données.

Par ailleurs, il vous sera demandé de renseigner des données dans le cadre d'enquêtes ciblées pour le suivi du plan et de ses mesures. Ainsi, une enquête *ad hoc* sur la réalité et les données de l'activité des accueils de jour et des hébergements temporaires sera conduite à l'automne 2009 par la DREES et la CNSA, en lien avec la DGAS.

2. Information et partenariat local

Les indicateurs ainsi remontés permettront la réalisation de cartographies et de services télématiques destinés à informer les citoyens sur les structures existantes dans leur département, information leur permettant d'exercer leur choix grâce à une information la plus transparente possible.

Ces données seront mises à disposition du public au niveau national, par le biais des différents sites internet suivants : celui du plan Alzheimer (www.plan-alzheimer.gouv.fr), du ministère en charge des personnes âgées (www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/) et de la CNSA (www.cnsa.fr). Vous aurez également l'occasion de poursuivre leur diffusion lors des assises régionales prévues par la mesure 36 du plan. Dans ce cadre, il vous appartient de prendre contact avec les différents acteurs locaux (conseils généraux, services de l'État, observatoires régionaux de santé...) pour définir le dispositif d'information du public et des professionnels le plus adapté.

Par ailleurs, ces données de cadrage constitueront des outils d'information et de partage avec d'autres acteurs locaux, notamment dans le cadre des futures ARS, et participeront au décloisonnement des secteurs médico-social et sanitaire.

Nous vous demandons d'assurer une large diffusion de cette circulaire auprès des porteurs de projets afin d'engager dès à présent la labellisation des unités spécifiques, telles que décrites dans la mesure 16 du plan Alzheimer.

Le directeur général de l'action sociale,
F. HEYRIES

Le directeur de la sécurité sociale,
D. LIBAULT

*La directrice de l'hospitalisation,
et de l'organisation des soins,*
A. PODEUR

ANNEXE I

MESURE 1: DÉVELOPPEMENT ET DIVERSIFICATION DES STRUCTURES DE RÉPIT

Référent : CNSA pour l'évaluation des dispositifs existants.

DGAS pour les plates-formes de répit et d'accompagnement ; pour l'élaboration du guide.

1. Objectifs de la mesure et définition des travaux réalisés dans ce cadre

L'un des axes forts du plan Alzheimer 2008-2012 est d'apporter un soutien accru aux aidants familiaux. Dans cette perspective, la mesure n° 1 du plan a pour objectif d'offrir « sur chaque territoire une palette diversifiée de dispositifs de répit correspondant aux besoins des patients et aux attentes des aidants, en garantissant l'accessibilité à ces structures ».

Pour mener à bien cet objectif, la mesure 1 se décline en plusieurs volets.

L'un d'entre eux vise la création de 11 000 places d'accueils de jour et 5 600 places d'hébergement temporaire sur la durée du plan. Pour permettre à l'ensemble des territoires de développer ces structures, il est prévu d'étudier les difficultés rencontrées pour leur mise en œuvre. Les dispositifs avérés inadaptés seront alors amenés à évoluer.

Ces différentes actions constituent un préalable à la phase de développement d'une palette diversifiée et graduée de formules adaptées aux besoins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs aidants.

a) Evaluation des dispositifs existants (accueil de jour et hébergement temporaire)

L'une des premières étapes consiste à évaluer les dispositifs existants (accueils de jour et hébergements temporaires).

Dans cet objectif, il a été effectué un état des lieux à la fois qualitatif (à partir de visites auprès d'un échantillon de structures) et quantitatif (à partir du fichier FINESS et du répertoire de la Fondation Médéric Alzheimer).

L'état des lieux quantitatif en date du 1^{er} janvier 2008 constitue le T0 des indicateurs de suivi et doit permettre la constitution d'un répertoire national mis en ligne destiné aux familles. En outre, cet état des lieux pourrait être utilisé dans le cadre des assises régionales.

En complément de l'état des lieux, une étude a été lancée afin d'analyser les facteurs de réussite et les freins rencontrés par les accueils de jour et hébergements temporaires, ainsi que les attentes des personnes pour ce type d'accompagnement. Ces travaux doivent notamment permettre de faire évoluer les dispositifs nécessaires pour lever les freins rencontrés au développement et à la mise en œuvre des accueils de jour et des hébergements temporaires.

Les résultats de cette étude seront disponibles dès l'été 2009 en ce qui concerne l'analyse de la problématique des transports, et fin 2009 pour l'ensemble des résultats.

b) Expérimentation puis généralisation de formules de répit innovantes

Dans le même temps, est menée une action d'expérimentation autour de plate-formes d'offres de répit et d'accompagnement. Il est proposé d'évaluer 5 à 12 sites expérimentateurs pendant 1 an puis de définir les conditions permettant la généralisation de ces plates-formes de services sur l'ensemble du territoire.

Dans ce cadre, la DGAS et la CNSA ont lancé un appel à candidatures qui vous a été diffusé et 12 projets ont été sélectionnés sur les 100 reçus, qui bénéficieront d'un financement de la CNSA.

Cette action relative aux plateformes de répit est complétée par une seconde expérimentation, autour de différents dispositifs de répit ayant un caractère novateur et non mis en œuvre sur le territoire national (ou alors de manière embryonnaire, ou pour d'autres publics que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer). Une évaluation de ces formules « innovantes » sera également réalisée.

c) Donner une dimension thérapeutique à toutes les structures

En parallèle, l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) travaille à l'élaboration des recommandations pour l'accompagnement médico-psycho-social des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée et notamment en accueil de jour, accueil de nuit et hébergement temporaire. En outre, un projet de recherche sera lancé en 2010 dans le cadre d'un PHRC.

d) Rédaction d'un guide d'aide à la création de structures de répit

Enfin, le plan prévoit aussi la rédaction d'un guide d'aide à la création des structures de répit, qui sera réalisé à l'issue des différentes études et expérimentations.

En 2010, un groupe de travail, composé de différents acteurs jouant un rôle dans le développement des structures de répit, sera constitué pour sa rédaction. Il sera notamment composé des services de l'Etat en région, de conseils généraux et de gestionnaires.

e) Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre du plan Alzheimer

Trois grandes catégories d'indicateurs ont été constituées :

- les indicateurs relatifs au développement de l'offre de formules existantes (accueil de jour et hébergement temporaire) : nombre de structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire autorisées et installées, nombre de places autorisées et installées, nombre moyen de places par structures ;
- les indicateurs relatifs au développement de l'offre de plates-formes d'accompagnement et de répit et de formules innovantes : ceux-ci seront développés lors de la phase d'expérimentation et alimentés au cours de la généralisation de ces formules sur l'ensemble du territoire ;
- les indicateurs relatifs à l'activité : nombre de jour prestés par type de prestation, taux d'occupation par type de prestation.

2. Rôle des services de l'Etat

a) Suivi de la réalisation des places en accueil
de jour et hébergement temporaire

Deux outils de suivi sont à remplir scrupuleusement :

- FINESS, lors des autorisations et des installations ;
- l'enquête annuelle sur les créations de places de la CNSA.

A ce stade, l'état des lieux des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire au 1^{er} janvier 2008 (T0) n'a pas pu être validé en raison du manque de fiabilité du fichier FINESS.

C'est pourquoi, l'instruction du 23 février 2009 vous a demandé de procéder de nouveau à une vérification des données relatives aux accueils de jour et hébergements temporaires du fichier FINESS et d'effectuer, le cas échéant, les modifications nécessaires sur les tableaux qui vous ont été communiqués, tout en procédant en parallèle à une mise à jour du fichier FINESS.

b) Autorisation des places d'AJ-HT dans le cadre
des campagnes budgétaires

Il vous est demandé de poursuivre les efforts portés sur la création des accueils de jour et des hébergements temporaires, notamment via l'utilisation des enveloppes anticipées. Sans attendre les résultats de l'étude relative aux freins et facteurs de réussite (en particulier les difficultés liées à la question des frais de transport), vous veillerez à favoriser et accompagner la mise en œuvre de modes d'organisation pouvant répondre à certaines de ces difficultés (regroupement en vue de la mutualisation des moyens, etc.)

Par ailleurs, vous veillerez à éviter l'éparpillement des places en accueil de jour et promouvoir les projets offrant un nombre de places suffisant. Avant d'autoriser des projets inférieurs à 6 places, vous veillerez à ce qu'ils présentent des garanties suffisantes et des engagements précis sur les transports, le fonctionnement et l'existence d'un projet d'accompagnement spécifique.

ANNEXE II

MESURE 4 : LABELLISATION SUR LE TERRITOIRE DE PORTES D'ENTRÉE UNIQUE

Les maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes malades d'Alzheimer (MAIA)

1. Objectifs de la mesure et définition des travaux réalisés dans ce cadre

La labellisation des MAIA constitue une des mesures phare du plan Alzheimer. Les MAIA ont pour objectif principal de favoriser une meilleure articulation entre les structures de soins, d'information et d'accompagnement dans une perspective d'intégration de l'ensemble des acteurs qui participent à la prise en charge des malades souffrant de la maladie d'Alzheimer, à leurs aidants ou, plus largement, à toutes les personnes âgées en lourde perte d'autonomie.

En particulier, ces maisons constitueront un guichet d'entrée unique pour les malades et leur entourage.

Afin de définir le cadre de leur future action, un appel à projets a été lancé par la CNSA et la DGS, clos en octobre 2008, visant à retenir 17 sites expérimentateurs. Lors de cet appel à projets il avait été demandé un avis sur les projets candidats aux DDASS ainsi qu'aux conseils généraux.

Les MAIA retenues par les ministres en charge de la santé et de la solidarité sont les suivantes :

- le projet porté par l'association d'action gériatrique du bassin burgien (01) ;
- le projet porté par l'association institut de la maladie d'Alzheimer de Marseille (13) ;
- le projet porté par le conseil général du Cher (18) ;
- le projet présenté par le réseau de santé Alzheimer du canton de Saint Pol de Léon (29) ;
- le projet porté par la MDPH du Gers (32) ;
- le projet présenté par le CLIC de la communauté urbaine de Bordeaux (33) ;
- le projet porté par le conseil général de l'Isère (38), pour l'implication des professionnels libéraux ;
- le projet porté par le conseil général de Haute-Loire (43) ;
- le projet porté par le conseil général de Meurthe-et-Moselle (54) ;
- le projet porté par l'association EOLLIS (59) ;
- le projet porté par le CLIC de Montreuil et soutenu par le réseau Méotis (62) ;
- le projet porté par le CLIC de l'agglomération Clermontoise (63) ;
- le projet porté par le conseil Général du Haut-Rhin, couvrant les territoires de Mulhouse et Illzach (68) ;
- le projet porté par le CIDPA (centre d'information départemental personnes âgées) de la Sarthe (72) ;
- le projet porté par le GCSMS dans le 20^e arrondissement de Paris (75) ;
- le projet porté par le réseau gériatrique du Val-de-Marne (94) ;
- le projet porté par Mondial Assistance sur le département du Val-d'Oise (95) en lien avec le projet porté par le réseau gériatrique de Survilliers.

Par ailleurs, le projet porté par le conseil général des Hauts-de-Seine, qui a été retenu au titre de la mesure 35 du plan Alzheimer, sera suivi aussi dans le cadre de l'expérimentation des MAIA.

2. Le pilotage national du projet

Une équipe projet nationale a été créée au sein de la direction de la compensation de la CNSA afin de piloter la conduite de l'expérimentation pendant deux ans. Cette équipe est composée d'un chef de projet, un expert en organisation et méthode et un expert en coordination des services sanitaires et sociaux, ainsi que deux expert-évaluateurs de l'AP-HP. Des déplacements sur l'ensemble des sites retenus sont prévus, à cette occasion des échanges avec les services déconcentrés et l'EPN pourront s'envisager ou dans le cadre des évolutions vers les ARS. Elle est chargée d'animer les 17 sites retenus pour l'expérimentation et de leur fournir les outils et méthodes nécessaires à la conduite, le suivi et l'évaluation de l'expérimentation.

3. Le conventionnement avec les sites expérimentateurs

Des conventions de financement vont être signées entre la CNSA et chaque site expérimentateur. Ces conventions prévoient d'une part le montant financier alloué par la CNSA et la DGS pour la conduite de l'expérimentation (entre autres, les coûts générés par le recrutement du pilote local) ; d'autre part, elles précisent les relations entre l'équipe projet nationale et le site expérimentateur concernant l'échange d'informations et notamment la remontée de données nécessaire à l'évaluation de chaque site expérimentateurs.

L'expérimentation des gestionnaires de cas au titre de la mesure 4 permettra un arrimage cohérent de la mesure 5 (Mise en place de « coordonnateurs » sur l'ensemble du territoire) à ces nouveaux dispositifs, un avenant à ces conventions précisera le nombre de gestionnaires de cas affectés à chaque site expérimental et les financements consécutifs.

4. Le club volontaires MAIA

Les sites candidats à l'appel à projets pour l'expérimentation MAIA non retenus, ainsi que tout organisme ou personne intéressés par l'expérimentation, pourront adhérer au « club volontaires MAIA ». Ce club sera animé par l'équipe projet nationale et sera un espace de travail et d'échange partagé entre les volontaires. L'équipe projet mettra à disposition des volontaires les documents de référence de l'expérimentation et les rencontrera une fois par an afin d'échanger sur l'état d'avancement de l'expérimentation. Il est possible de s'inscrire au club à partir du site internet de la CNSA.

5. Rôle des services de l'Etat

Départements concernés par l'expérimentation d'un site MAIA :

- la CNSA a informé par courrier les DDASS concernées qu'un site MAIA avait été retenu pour l'expérimentation ;
- les DDASS concernées seront associées aux instances de pilotage du site expérimentateur MAIA par le promoteur ou le pilote local dans cette perspective ;
- les DDASS pourront tenir informé de l'expérimentation dans le département tout organisme ou personne souhaitant expérimenter une MAIA, et lui signaler l'existence du club des volontaires MAIA.

Départements n'ayant pas de site expérimentateur MAIA sur leur territoire :

- les DDASS pourront signaler l'existence du club des volontaires MAIA à tout organisme ou personne souhaitant être tenu informé de l'expérimentation MAIA ;
- les DRASS seront destinataires du rapport final des expérimentations MAIA se déroulant dans leur région.

ANNEXE III

MESURE 6 : RENFORCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE À DOMICILE PAR LA CONSTITUTION D'ÉQUIPES SPÉCIALISÉES

Documents de référence :

Appel à projets du 16 mars 2009 et dossier de candidature.

Grille de sélection.

1. Définition et objectifs de la mesure

Le plan Alzheimer prévoit la possibilité pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ou dans le cadre de formule de coopérations formalisées visées au L. 312-7 du code de l'action sociale de recourir à de nouveaux professionnels formés aux soins d'accompagnement et de réhabilitation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il prévoit la constitution de 500 équipes spécialisées réparties équitablement sur le territoire pour 2012. Ces équipes sont constituées des futurs assistants de soins en gériologie, d'ergothérapeutes ou de psychomotriciens.

L'objectif est de favoriser l'apprentissage de gestes adaptés, l'aptitude à la communication non verbale et la prise en charge des troubles cognitifs. Il s'agit de proposer dès le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, une éducation thérapeutique, un bilan d'adaptation du logement et de mettre en place des soins de réhabilitation et de stimulation cognitive. En cas de crise, il s'agit d'assurer la prise en charge des troubles du comportement.

2. Travaux réalisés ou en cours

a) Appel à projets pour la mise en place de 40 équipes spécialisées en 2009

Un groupe de travail national piloté par la DGAS et constitué de la DSS, la CNSA, la CNAMTS, de services déconcentrés et des fédérations et associations représentatives de SSIAD (ADMR, Aressad, Croix-Rouge, FEHAP, UNA, UNASI, UNIOPSS) a élaboré en début d'année 2009 l'appel à candidature visant à la constitution d'équipes spécialisées « pilotes » à domicile.

L'appel à candidature 2009 vise la constitution et la mise en place de 40 équipes spécialisées « pilotes » à domicile, composées d'aides-soignants ou d'aides médico-psychologique formés à la maladie d'Alzheimer, de psychomotriciens ou d'ergothérapeutes au sein de SSIAD, de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ou dans le cadre de formule de coopérations formalisées visées au L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles comprenant des SSIAD ou des SPASAD afin d'assurer la prise en charge à domicile des malades d'Alzheimer dans le cadre d'une nouvelle prestation de « soins d'accompagnement et de réhabilitation ».

Cet appel à candidature a été lancé le 14 mars 2009. Les équipes spécialisées retenues feront l'objet d'une évaluation en vue de faciliter leur généralisation dès 2010.

b) Référentiel de la prestation « soins d'accompagnement et de réhabilitation »

La prestation « soins d'accompagnement et de réhabilitation » fait partie des stratégies thérapeutiques non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer. Le contenu de cette prestation est donné à titre indicatif dans l'appel à projets et sera précisé et enrichi en lien avec les recommandations de la Haute Autorité de santé.

Les modalités de prescription, le contenu de la prestation et le rôle des différents professionnels (IDE coordinatrice, assistant de soins en gériologie, ergothérapeute et psychomotricien) seront précisés ultérieurement, notamment au regard de l'évaluation des 40 équipes spécialisées et donneront lieu à la constitution de documents spécifiques (prescription type, fiche de synthèse, contrat de prise en charge, etc).

c) Enquête sur les aidants professionnels réalisés par l'INPES

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) est chargé de mettre en œuvre des enquêtes d'opinion sur la maladie d'Alzheimer et le plan Alzheimer auprès de la population générale, des personnes malades, des aidants familiaux et professionnels.

Les objectifs de ces enquêtes sont :

- mieux connaître les perceptions, attitudes et opinions de ces différentes populations sur la maladie d'Alzheimer ;
- suivre certains indicateurs du plan Alzheimer (perceptions des populations concernées à l'égard de certaines mesures du plan Alzheimer) ;

- disposer d'informations pour orienter des actions existantes ou initier de nouvelles actions de communication, d'éducation pour la santé ou d'éducation du patient.

Un échantillon de professionnels salariés d'une structure d'aide et de soins à domicile et des professionnels non salariés (infirmières libérales, aides à domicile employées de gré à gré) pourront être sélectionnés à partir des dossiers de candidature examinés par les DDASS dans le cadre de l'appel à projet sur la constitution d'équipes spécialisées. L'INPES participera à cette évaluation en étudiant l'impact du dispositif sur les professionnels impliqués. Il convient par conséquent que la DDASS conserve les dossiers de candidature de l'appel à projet pour permettre que l'INPES constitue un échantillon représentatif pour son enquête.

L'INPES prendra notamment l'attache des services déconcentrés des départements où les projets d'équipe spécialisée ont été retenus. Son enquête portera également sur des SSIAD dont le nombre de places est inférieur à 60 places.

3. Sélection des dossiers et de suivi des équipes

a) Sélection des dossiers

77 départements ont répondu à l'appel à projet. Grâce au travail de présélection et d'analyse réalisé par les DDASS, 155 dossiers ont été transmis à la DGAS.

Ces dossiers font l'objet d'un examen par un comité de sélection composé notamment de la DGAS, de la DSS, de la CNSA et de la CNAMTS début juillet. Les 40 projets retenus seront annoncés le 15 juillet pour un démarrage de l'expérimentation en septembre.

d) Autorisation des places et numéro spécifique d'identification

Une fois, les projets sélectionnés par le comité de pilotage national, vous modifierez l'arrêté d'autorisation de l'établissement dans un délai devant permettre le lancement de l'expérimentation sur site au 1^{er} juillet 2009. Vous veillerez à transmettre cet arrêté à la cellule FINESS de la DDASS qui procédera à l'enregistrement dans le fichier FINESS. Une discipline « activité soins d'accompagnement et de réhabilitation » pour les SSIAD et SPASAD sera créée. Le suivi en continu sera aussi assuré au 1^{er} janvier 2010 dans SELIA par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Il importe de respecter cette procédure qui nous permettra de renseigner régulièrement la mission Alzheimer et de procéder à l'évaluation des projets.

L'arrêté d'autorisation doit disposer d'un numéro spécifique d'identification pour les places dédiées à cette prestation « soins d'accompagnement et de réhabilitation ». Par ailleurs, l'arrêté d'autorisation doit indiquer les communes couvertes par ces équipes.

Dans le cadre de la généralisation, l'implantation des équipes spécialisées sera réalisée à partir d'une cartographie départementale du nombre d'ALD. 15 et 30.

e) Financement

Les équipes spécialisées et les prestations « soins d'accompagnement et de réhabilitation » effectuées sont financées pendant un an sur la base d'un montant de 150 000 euros, correspondant à 10 équivalent/place. Ces financements doivent se traduire par la création de 10 places supplémentaires, et ne s'ajoute pas au financement d'une place classique.

Le financement d'une place doit permettre la prise en charge hebdomadaire de plusieurs personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et pour laquelle une prescription « soins d'accompagnement et de réhabilitation » a été réalisée. Il est actuellement estimé, pour une prestation « soins d'accompagnement et de réhabilitation » sans soins de nursing ou soins infirmiers, que 3 personnes peuvent être pris en charge sur une place à raison de deux passages par personne et par semaine pour les soins de réhabilitation et d'accompagnement.

Ce forfait ne vaut que dans le cadre de l'expérimentation menée sur 12 mois, et fera l'objet d'une réflexion dans le cadre de la réforme de la tarification des SSIAD. L'évaluation de ces équipes permettra de faire ressortir le modèle socio-économique le plus efficient pour ce type de prise en charge.

f) Suivi des projets

Les services déconcentrés sur le territoire desquels seront mises en place ces équipes spécialisées seront amenées à suivre ces projets, et à recueillir et vérifier un certain nombre de données et documents, notamment en vue de l'évaluation.

Les indicateurs retenus pour le suivi du plan Alzheimer sont les suivants :

- au niveau national :
 - nombre d'équipes spécialisées créées ;
 - répartition territoriale de ces équipes ;
- au niveau local :
 - nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer pris en charge au titre de « l'activité soins d'accompagnement et de réhabilitation » ;

- type d'intervention (répartition entre prise en charge globale ou partielle au titre de « l'activité soins d'accompagnement et de réhabilitation ») et durée moyenne de prise en charge par SSIAD ;
- composition des équipes par type de profession et selon le nombre d'ETP.

D'autres indicateurs sont par ailleurs retenus dans le cahier des charges afin d'évaluer le dispositif mis en place en 2009. Les services déconcentrés pourront être amenés à participer au comité de pilotage national, notamment dans le cadre de l'évaluation de ces équipes et en vue de leur généralisation.

4. Calendrier de mise en œuvre

Les candidats sélectionnés seront annoncés le 15 juillet et les expérimentations sur site seront lancées début septembre.

Pour tout complément, vous pouvez contacter la personne chargée du dossier à la DGAS : Virginie Chenal, adjointe au chef du bureau, virginie.chenal@sante.gouv.fr ou sur l'adresse mail suivante : dgas-mesure6-alzheimer

ANNEXE IV

MESURE 16 : LES UNITÉS ET LES PÔLES SPÉCIFIQUES DANS LES EHPAD ET LES USLD

Document de référence : Cahier des charges relatif aux PASA et UHR

I. – DÉFINITION ET OBJECTIFS DE LA MESURE

La mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la mise en place d'un dispositif spécifique qui vise à développer, dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les USLD, un accompagnement adapté des malades d'Alzheimer présentant des troubles du comportement. Ce dispositif recouvre la création de pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et d'unités d'hébergement renforcées (UHR). Il est mis en œuvre par l'adaptation de places existantes ou dans le cadre de projets de création ou d'extension de places nouvelles.

Les PASA et les UHR s'intègrent dans un projet d'établissement qui peut comporter d'autres types de réponses adaptées à la prise en charge des résidents souffrant de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

1. Définitions

Les principales caractéristiques des PASA et des UHR reposent sur :

- l'accueil d'une population ciblée : personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement ;
- la présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades ;
- l'élaboration d'un projet adapté de soins et d'un projet de vie personnalisé ;
- la participation des familles et des proches ;
- la conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

a) Les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)

Le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) est un lieu de vie au sein duquel sont organisées et proposées, durant la journée, des activités sociales et thérapeutiques aux résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés.

Ce pôle accueille chaque jour au plus, et selon les besoins des personnes, 12 à 14 résidents de l'EHPAD.

Vous trouverez en annexe le cahier des charges des PASA.

b) Les unités d'hébergement renforcées (UHR)

L'unité d'hébergement renforcée (UHR) est un lieu de vie qui fonctionne nuit et jour. Il propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères. Cette unité sera créée au sein des EHPAD et des USLD.

L'unité héberge de 12 à 14 résidents dans les EHPAD.

Vous trouverez en annexe le cahier des charges des UHR.

Ces pôles et ces unités seront renforcés en personnels spécifiquement formés à la maladie : ergothérapeute, psychomotricien et futur assistant de soins en gérontologie.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de :

- l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » (9 mars 2009) ;
- la Haute Autorité de santé (HAS) « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » (à paraître en 2009), et « Prescription de psychotropes » s'appliquent aux établissements accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et donc aux structures intégrant des PASA et des UHR.

2. Objectifs

Le plan prévoit l'adaptation et la création de 30 000 places en unités d'ici 2012. Ces 30 000 places sont décomposées de la façon suivante :

- 5 000 places d'UHR soit par adaptation de places existantes, soit par création de places nouvelles.

La réalisation d'une UHR peut se concrétiser par l'adaptation d'une unité existante en EHPAD ou en USLD. Dans ce cas-là, il n'y a pas d'augmentation de la capacité de l'établissement. Si l'UHR est réalisée par création ou extension de places, il s'agit alors de capacités nouvelles.

- 25 000 places de PASA accueillant une file active de malades de l'ordre de 50 000 à 75 000 personnes, prioritairement par adaptation des places existantes, et correspondant à l'accueil des résidents des établissements concernés dans un espace dédié.

La réalisation d'un PASA dans un EHPAD existant ne donne pas lieu à une augmentation de la capacité initiale de l'établissement puisqu'il s'agit d'un espace dédié à l'accueil et à l'accompagnement par une équipe de professionnels, dans la journée, des résidents de cet EHPAD. Vous veillerez à ce que ce pôle soit conçu pour recevoir simultanément 12 à 14 résidents.

II. – LE RÔLE DES SERVICES DÉCONCENTRÉS

1. Processus de repérage et de labellisation des PASA et des UHR

Il vous appartient de mettre en œuvre les étapes suivantes afin d'aboutir dans les meilleurs délais à la réalisation des PASA et des UHR dans les établissements concernés.

a) Appel à candidatures

Vous diffuserez aux directeurs d'EHPAD de votre département les cahiers des charges des PASA et des UHR, qui sont disponibles sur le site internet du ministère (www.sante.gouv.fr). Cet envoi sera accompagné d'une lettre d'information leur indiquant la possibilité de faire acte de candidature auprès de vos services aux fins de labellisation, en constituant un dossier. Les candidatures pourront vous être adressées tout au long de l'année par les établissements, au fur et à mesure de la formalisation de leur projet.

Vous veillerez à inscrire la programmation de ces nouvelles modalités d'accompagnement dans le PRIAC 2010-2014.

b) Dossier de candidature

Les candidats devront adresser à la DDASS un dossier de projet de PASA ou d'UHR dont il vous revient de vérifier la conformité avec les cahiers des charges indiqués ci-dessus et en annexe ainsi qu'avec la grille de sélection qui vous sera communiquée ultérieurement par mail.

Vous noterez que l'EHPAD ou l'USLD possédant déjà une unité dédiée aux personnes âgées souffrant de détérioration intellectuelle (Alzheimer et maladies apparentées) telle qu'un CANTOU, une unité de vie protégée, un accueil de jour (circulaire DGS/SD. 5D/DHOS/02/DGAS/SD. 2C n° 2005-172 du 30 mars 2005) ou autre et qui souhaite transformer cette unité en PASA ou en UHR pourra obtenir une « labellisation » dès lors qu'elle répond à des besoins recensés localement et qu'elle remplit les conditions requises dans le cahier des charges.

Dans le cas où l'établissement n'obtiendrait pas cette « labellisation », l'unité concernée gardera sa spécificité et ses modalités de fonctionnement.

c) Instruction des candidatures

Vous veillerez à prioriser l'ensemble des dossiers retenus, quelle que soit la nature de l'opération, en fonction des critères suivants :

- les besoins de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, recensés localement et dans les établissements existants (coupes PATHOS, besoins recensés dans le PRIAC) ;
- un coût d'investissement du PASA ou de l'UHR ayant un impact maîtrisé sur le tarif hébergement.

Examen d'un dossier de candidature pour la réalisation d'un PASA ou/et d'une UHR dans un établissement existant

Trois cas de figure possible :

Cas n° 1 :

Le dossier répond à l'ensemble des critères du cahier des charges. Il est opérationnel immédiatement et permet, sous réserve des besoins recensés localement, la création d'un PASA ou d'une UHR.

Dans ce cas, le dossier recueille un avis favorable des services de l'Etat et du président du conseil général sous réserve d'une visite sur site (visite de conformité, contrôle de la cohérence avec le dossier).

A l'issue de cette visite, l'établissement obtient l'autorisation des services de l'Etat et du conseil général de disposer d'un PASA ou d'une UHR.

Cas n° 2 :

Le dossier répond à des besoins recensés localement, mais pas à l'ensemble des critères du cahier des charges et propose un calendrier de mise en œuvre.

Dans ce cas, il vous appartient de juger de l'opportunité ou non d'y donner suite.

Si le dossier est retenu, celui-ci est considéré comme ayant reçu un pré avis favorable pour la réalisation d'un PASA ou d'une UHR. Toutefois, cet avis sera accordé sous réserve de la présentation d'un nouveau dossier conforme aux exigences des cahiers des charges.

La présentation du projet finalisé pour la réalisation d'un PASA ou d'une UHR permettra de procéder à une instruction définitive de celui-ci.

Lorsque l'avis favorable aura été délivré, la procédure décrite dans le cadre du cas 1 s'applique.

Aide à l'ingénierie de projet

Les dossiers de candidature pourront faire apparaître une demande de soutien financier au titre du plan d'aide à l'investissement de la CNSA (1). Il vous appartiendra de tenir compte des besoins rencontrés par les candidats pour la création de PASA ou d'UHR dans la procédure de sélection du PAI, de manière à favoriser l'émergence de ces projets. Aussi, si des études de faisabilité préalables à la conception d'un projet de PASA ou d'UHR sont nécessaires, elles peuvent être financées via le PAI. Afin de limiter l'impact de l'opération d'investissement sur le reste à charge des personnes âgées hébergées, vous veillerez, autant que possible à la mobilisation des différents types d'aide à l'investissement existant sur le secteur médico-social (2).

Cas n° 3 :

Le dossier ne répond pas à des besoins recensés localement et/ou aux caractéristiques du cahier des charges. Il n'est donc pas recevable.

Examen d'un dossier de création d'EHPAD ou d'extension de capacité intégrant la réalisation d'un PASA ou/et d'une UHR

La présentation d'un dossier de création d'EHPAD n'intègre un accueil PASA-UHR que si celui-ci répond à un besoin recensé localement. Dans ce cadre (création ou extension de capacité), c'est la procédure d'autorisation prévue aux articles L. 313-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles qui s'applique.

d) La validation des projets : labellisation du PASA ou de l'UHR

Aucune « labellisation » ne sera accordée sans une visite préalable sur site.

La visite de cohérence des projets de PASA et d'UHR dans les établissements existants :

Cette visite permet ;

- de vérifier la concordance du projet de PASA et d'UHR avec les aménagements et l'organisation mis en place par l'établissement. Vous veillerez également à ce que le PASA et/ou l'UHR s'intègrent bien dans le projet global d'établissement ;
- de vérifier que les objectifs énoncés sont atteints pour obtenir la « labellisation » définitive du PASA ou de l'UHR.

Toutefois, les objectifs qui nécessiteraient un délai dans leur mise en œuvre feront l'objet d'un calendrier inscrit dans une fiche annexée à la convention tripartite.

La visite de « labellisation » pour les créations d'EHPAD

S'agissant des créations d'EHPAD, la visite de « labellisation » est réalisée dans le cadre de celle prévue à l'article L. 313-6 du CASF et permet de vérifier la concordance entre la réalisation et les objectifs assignés au projet.

Dans tous les cas de figure, une fiche est annexée à la convention tripartite faisant état de ces modes d'accueil et devra spécifier :

- le nombre de pôles ou d'unités gérés par la structure et leur capacité ;
- les personnels (en équivalent temps plein), par type (AS-AMP, infirmiers, psychomotricien, ergo-thérapeute, assistant de soins en gérontologie....) dédiés à l'unité ou au pôle ;
- les travaux prévus et leur calendrier pour la réhabilitation des unités ou des pôles ;
- tout autre élément pouvant sembler important à acter dans le cadre de cette fiche spécifique.

Les objectifs à atteindre sont obligatoirement assortis d'un échéancier et doivent être réalisés dans un délai raisonnable qui n'excède pas cinq ans, faute de quoi la « labellisation » sera retirée.

e) « Labellisation » et arrêté d'autorisation

C'est à la suite de la visite sur site que la décision de labellisation intervient et que l'arrêté d'autorisation est pris ou modifié les services de l'Etat et le président du conseil général.

L'installation d'un PASA dans un EHPAD existant ne donne pas lieu à une augmentation de la capacité initiale de l'établissement puisqu'il s'agit d'un espace dédié à l'accueil, dans la journée, des résidents de cet EHPAD. En conséquence, l'arrêté d'autorisation indiquera uniquement que l'établissement comporte un ou plusieurs PASA.

Pour les UHR, l'arrêté d'autorisation précisera le nombre de places nouvellement créées ou adaptées dans l'établissement considéré.

(1) Instruction PAI 2009 de la CNSA à paraître en mai.

(2) Annexe VIII jointe à la notification du 13 février 2009 de la CNSA : récapitulatif non exhaustif des différents leviers d'aide à l'investissement existant sur le champ médico-social.

f) Visite en fonctionnement

Il vous revient de réaliser, dans un délai de 2 ans maximum, une évaluation du fonctionnement du PASA ou de l'UHR.

Le non-respect des critères de fonctionnement des UHR et des PASA, sur lesquels l'établissement s'est engagé, entraîne le retrait du « label » par les services de l'Etat et le président du conseil général.

2. Le suivi des installations

Nous attirons votre attention sur l'importance que revêt ce suivi de l'installation des places et dispositifs. Celui-ci a deux fonctions : mesurer la réalisation des objectifs du plan Alzheimer 2008-2012 et assurer l'information du public en terme d'offre d'accueil adapté aux malades d'Alzheimer ou atteints d'une maladie apparentée sur le territoire national (notamment constitution d'une cartographie qui sera disponible sur le site internet du plan Alzheimer www.plan-alzheimer.gouv.fr).

*a) Recensement des établissements candidats
pour la réalisation d'UHR et de PASA*

Deux vagues de candidature soumises à remontées nationales sont prévues chaque année à partir de 2009.

Pour ce faire, il vous est demandé de renseigner le fichier excel, joint en annexe, afin de recenser les candidatures déposées au 30 juin et au 31 décembre de chaque année.

Le fichier ainsi renseigné sera transmis à la DGAS (www.dgas-alzheimermesure16.fr), au plus tard le 15 juillet pour les candidatures reçues du 1^{er} janvier au 30 juin et le 15 janvier pour celles déposées du 1^{er} juillet au 31 décembre.

b) Enregistrement des UHR et des PASA

L'arrêté d'autorisation modifié sera transmis à votre correspondant FINESS qui procédera à l'enregistrement, dans le fichier FINESS, des PASA et des UHR conformément à la note d'instruction et de procédure que prépare la DREES et qui vous sera communiquée prochainement.

c) Recensement des UHR et des PASA installés

Lors de l'attribution des crédits à l'établissement, vous veillerez à renseigner l'outil SAISEHPAD. 2, disponible en septembre 2009, qui comportera les éléments suivants :

- nombre de places par type d'unités installées dans la structure ;
- nombre de PASA et d'UHR ;
- nombre total d'ETP « soins » dédiés au seul fonctionnement de l'unité (pour exemple, un établissement disposant de 2 ETP, dont seulement 1,2 est dédié à l'unité, ne devra renseigner que 1,2).

La création de structures labellisées UHR ou PASA doit être mentionnée dans l'enquête annuelle de suivi des programmations 2009 (remontées au 31/10/ 2009) puis, à compter de 2010, en continu dans l'application SELIA à venir.

d) Participation à l'enquête sur un échantillon FINESS

Le plan Alzheimer prévoit de renseigner certains indicateurs qui ne peuvent être fournis par les outils existants (FINESS, SAISEHPAD) : les listes d'attente, les MMS et NPI moyens et le nombre de résidents sous neuroleptiques. De plus, pour les PASA, un indicateur « file active » permettra de rendre compte plus précisément du nombre de résidents bénéficiant de ce dispositif, celui-ci pouvant accueillir, tout au long de l'année, plus de 12 à 14 résidents de l'EHPAD.

Afin de suivre ces indicateurs, une enquête sera mise en place à partir d'un échantillon FINESS, en lien avec la CNAMTS.

Les modalités de mise en œuvre de ces enquêtes seront décrites dans une instruction à venir.

Pour tout complément, vous pouvez contacter les personnes chargées de ce dossier à la DGAS : Docteur Jean-Philippe FLOUZAT, jean-philippe.flouzat@sante.gouv.fr ; Sylviane ROGER, architecte, sylviane.roger@sante.gouv.fr.

Frédérique CHADEL, chargée de mission EHPAD, frederique.chadel@sante.gouv.fr.

ANNEXE V

RÉFÉRENTIEL D'ACTIVITÉS ASSISTANT DE SOINS EN GÉRONTOLOGIE

L'assistant de soins en gériologie intervient auprès de personnes âgées, en situation de grande dépendance et/ou présentant des troubles cognitifs nécessitant des techniques de soins et d'accompagnement spécifiques. Son intervention s'effectue dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, sous la responsabilité d'un professionnel paramédical ou d'un travailleur social, soit au domicile au sein d'un SSIAD, soit en établissement, en EHPAD, notamment dans les unités spécifiques, ou éventuellement à l'hôpital dans les services de soins de suite et réadaptation cognitivo-comportementaux et les USLD.

L'assistant de soins assure avec attention, vigilance, ménagement, prévenance et sollicitude, tous les actes qui peuvent concourir à soulager une souffrance, créer du confort, restaurer et maintenir une adaptation de l'individu à son environnement.

L'assistant de soins en gériologie participe à la mise en œuvre des projets individualisés associant soins quotidiens, restauration ou maintien des capacités, du lien social et lutte contre la solitude et l'ennui. Dans ce cadre, il contribue à l'évaluation des besoins, à la surveillance, à la prévention des complications et au soutien de personnes âgées présentant des déficiences sensorielles, physiques ou psychiques ou des troubles du comportement et de leurs aidants. Il contribue ainsi à restaurer ou préserver leur autonomie et à maintenir ou restaurer l'image d'eux-mêmes.

L'assistant de soins en gériologie soigne et prend soin, aide et accompagne des personnes âgées en grande difficulté dans leurs capacités d'autonomie et d'insertion sociale, dans le respect de leurs habitudes de vie, rythmes et choix.

En mobilisant les connaissances disponibles, il réalise les soins d'hygiène et de confort adaptés ; accompagne et aide les personnes dans les actes essentiels de la vie, participe à l'organisation de la vie quotidienne et à la réhabilitation et la stimulation des capacités, établit une relation d'empathie, attentive et sécurisante, pour limiter les troubles du comportement, prévenir les complications et rompre l'isolement.

Les activités exercées au quotidien par l'assistant de soins en gériologie relèvent des quatre registres suivants :

- accompagnement, soutien et aide individualisée ;
- soins quotidiens ;
- réhabilitation et stimulation des capacités ;
- communication et relation à l'environnement.

ANNEXE VI

RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES ASSISTANT DE SOINS EN GÉRONTOLOGIE

1. Concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne

Capacité à :

- repérer les besoins de la personne en mobilisant ses connaissances sur les troubles ou la maladie ;
- écouter, conseiller, soutenir et guider l'aidant et l'accompagner dans le choix des attitudes les plus adéquates à tenir, l'adaptation de l'environnement et de la prise en charge ;
- travailler en équipe pluriprofessionnelle et en réseau ;
- organiser son activité en fonction des autres intervenants et du contexte ;
- utiliser les outils de suivi des indicateurs de santé et respecter les modalités de transmission des informations aux autres professionnels.

2. Aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie

Capacité à :

- tenir compte des rythmes et envies de la personne ;
- aider la personne à préserver l'image de soi ;
- repérer au quotidien les besoins et capacités de la personne ;
- repérer les dimensions éducatives, affectives, sociales et culturelles des temps clés du quotidien (notamment achats, entretien du linge, aménagement de l'espace, réalisation des repas, formalités administratives...) ;
- établir une relation d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne ;
- stimuler les capacités restantes dans les gestes et les activités de la vie quotidienne.

3. Mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues

Capacité à :

- instaurer une relation et l'adapter même en cas de déficit cognitif important ;
- stimuler les capacités restantes par les activités spécifiques en fonction notamment de l'évaluation faite par d'autres professionnels ;
- aider au maintien de l'identité ;
- concevoir et mener des activités de groupe en structure ;
- maintenir un contact avec le monde extérieur.

4. Comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé

Capacité à :

- surveiller les prises alimentaires, l'état d'hydratation, le poids, l'aspect des téguments, l'élimination, le sommeil ;
- aider à l'observation médicamenteuse ;
- identifier les anomalies au regard des paramètres habituels liés aux âges de la vie ;
- identifier les signes de détresse et de douleur ;
- identifier les risques liés à la situation de la personne ;
- discerner le caractère urgent d'une situation et alerter ;
- surveiller et signaler l'apparition de modification du comportement en observant, analysant les circonstances de survenue, les facteurs favorisants.

5. Réaliser des soins quotidiens en utilisant des techniques appropriées

Capacité à :

- effectuer une toilette en utilisant la technique la plus appropriée, notamment en cas de refus de soins, de trouble du comportement ou de dépendance ;
- assurer le confort du patient en utilisant les aides techniques nécessaires ;
- mettre en place une approche spécifique lors de déambulation, agressivité, refus de soins, cris, visant à réduire ces troubles du comportement ;
- aider la personne dans la prise des médicaments si c'est un acte de la vie quotidienne ;
- réaliser les soins dans le respect de la personne, de son autonomie et de son intimité : soins liés à l'hygiène corporelle et au confort, à l'alimentation, à l'élimination, au sommeil et aide de l'infirmier à la réalisation de soins ;
- adapter les modalités de réalisation du soin à l'état de la personne et à ses habitudes de vie ;
- évaluer la qualité du soin réalisé et réajuster, le cas échéant.

ANNEXE VII

RÉFÉRENTIEL DE FORMATION ASSISTANT DE SOINS EN GÉRONTOLOGIE

Cette formation est destinée aux aides-soignants, aides médico-psychologiques et auxiliaires de vie sociale en situation d'emploi auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

La recherche de sens dans les troubles du comportement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, l'appui sur les compétences et les capacités résiduelles, ainsi qu'une communication adaptée doivent être priorisées dans cette formation.

Celle-ci doit permettre aux professionnels d'acquérir les compétences mentionnées dans le référentiel de la fonction d'assistant de soins en gérontologie afin d'offrir aux professionnels des outils contribuant à un accompagnement optimal des personnes malades et de leurs aidants.

Sa durée est de 140 heures et elle s'appuie autant que possible sur l'analyse des pratiques en valorisant l'expérience professionnelle dispensée dans les différents lieux d'exercice. Les volumes horaires indiqués, pour les domaines de formation 1 et 5, peuvent donner lieu à des ajustements (dans la limite de 7 heures) par les établissements de formation en fonction de l'adaptation de leur projet pédagogique aux besoins de formation repérés.

DF1 – Concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne (35 heures)

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Définition.

Données épidémiologiques et socio-économiques.

Implications socio-économiques.

Analyse et reconnaissance des troubles cognitifs.

Le diagnostic.

La maladie et son évolution : les différents stades de la maladie.

Présentation.

Classification.

Prévalence, incidence, indicateurs de santé.

Notion de démence.

Les différentes démences.

Troubles du comportement.

Dépendance, autonomie.

Les troubles cognitifs inhérents aux différentes maladies :

- troubles de la mémoire (amnésie) ;
- troubles de l'attention ;
- désorientation dans le temps et dans l'espace (par ex. fugue) ;
- troubles du raisonnement, du jugement ;
- troubles de l'organisation, planification, anticipation, apathie (exécutifs) ;
- troubles du langage (aphasie) ;
- troubles des gestes (apraxie) ;
- troubles de la reconnaissance (agnosie) ;
- troubles de la non-reconnaissance de la maladie (anosognosie).

Les droits de la personne

Les grands principes :

- droits et protection des personnes ;
- les principes d'humanité, de respect et de dignité ;
- principe d'autonomie ;
- la citoyenneté.

Les textes législatifs et réglementaires, notamment :

- le respect des droits à travers la loi de 2 janvier 2002 ;
- réglementation sur les majeurs protégés... ;
- notion de personne de confiance.

Réflexion sur l'éthique de l'accompagnement.

Les devoirs du professionnel

Discrétion professionnelle.

Secret professionnel.
Secret partagé.
Signalement et suspicion de maltraitance.

Le projet individualisé

Approche des méthodes et techniques d'élaboration et de mise en œuvre du projet individualisé (démarche, protocole ou projet de soins) pour une personne qui ne peut plus s'exprimer de manière cohérente.

Recueil des éléments relatifs au vécu de la personne : habitudes de vie, croyances, coutumes, facteurs anxiogènes pour la personne, valeurs de vie (ordre, travail...).

Observation d'une situation professionnelle (à domicile, en institution), collecte et sélection des informations.

Analyse des informations recueillies.

Prise en compte des compétences de la personne, de son degré d'autonomie, de ses capacités repérées, présentation de l'échelle des activités de la vie quotidienne (IADL et ADL).

Participation à l'élaboration du projet individualisé en liaison avec l'encadrement et la personne et définition des priorités d'action en fonction des besoins.

Planification, organisation et adaptation de l'intervention en lien avec l'encadrement et/ou le réseau d'intervenants et la personne.

Participation à l'évaluation du projet individualisé.

Le rendu compte de l'intervention.

L'importance fondamentale du travail avec la famille/l'aidant

Rôle de la famille/de l'aidant.

La particularité de la relation entre l'aidant principal et le malade.

Communication adaptée :

- que dire ?
- comment ?

Aide aux aidants et solutions de répit.

Connaissances des réseaux et des différentes structures et services d'accueil

Le maintien à domicile et l'entrée en institution

Différentes formes de maintien à domicile.

Leur spécificité.

Leurs limites.

Question de l'entrée en institution : causes et conséquences.

Le travail en équipe pluriprofessionnelle

Le travail avec l'infirmière, le psychomotricien, l'ergothérapeute, le psychologue... : coordination du travail en équipe pluridisciplinaire.

Les rôles et limites de compétences.

L'apport spécifique de chacun des professionnels.

Les transmissions, la continuité des soins.

Les réunions d'équipe et de coordination.

DF2 – Aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie (21 heures)

La relation d'aide

L'instauration d'une relation visant au maintien de l'autonomie et du lien social.

Notion d'isolement social.

La nature de la relation de confiance.

L'empathie (définition, principes et obstacles).

Particularités de l'accompagnement d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer

Le partage d'informations.

Limites de responsabilité (finances...).

La connaissance de soi et l'autoprotection.

La prévention de l'usure et le recours à l'aide.

Problèmes de sécurité, prévention et gestion des risques et des chutes.

*L'accompagnement lors des différents moments de la journée,
supports à la relation*

En veillant à l'orientation dans le temps et dans l'espace et à la prise en compte de la vie affective :

- le lever, le coucher, la nuit, le rythme jour/nuit et compréhension des changements de rythmes ;
- les réactions humaines physiques et psychologiques pour le patient et la famille, les émotions ;
- la toilette et l'habillage chez une personne désorientée ;
- les soins d'hygiène, de confort, l'incontinence, l'élimination... ;
- les techniques de bien-être ;
- l'entretien du cadre de vie, le respect des rythmes et des habitudes de vie ;
- la sieste, le repos ;
- les aides techniques adaptées (lunettes, prothèses auditives...).

L'alimentation et l'état nutritionnel

Introduction : la perte de poids (causes, impact de la maladie, conséquences...).

Intérêt de la surveillance de l'état nutritionnel.

Évaluation de l'état nutritionnel et dépistage de la dénutrition.

Le repas :

- élaboration de menus adaptés, alimentation et respect des cultures et des rites ;
- l'aspect thérapeutique ;
- l'aspect convivial ;
- le sens du repas, installation, gestes et postures adaptés ;
- organisation du repas (domicile, institution) ;
- troubles de la déglutition ;
- refus alimentaire.

L'accompagnement lors des activités complexes

Déplacements, transports, démarches administratives courantes.

Activités de loisir.

Usage du téléphone.

Les tâches domestiques et les tâches ménagères.

L'environnement, sécurité et prévention des accidents domestiques.

Les crises, fugues et déambulation.

DF3 – Mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues (28 heures)

Vie collective

Dynamique de groupe.

Gestion des relations.

Gestion des conflits.

La famille

L'évolution sociologique de la famille.

Les situations de handicap et la famille.

Vieillesse et famille (dont liens intergénérationnels conflits familiaux).

Les relations des professionnels avec les familles : enjeux personnels et partenariat.

Les représentations psychosociales du handicap, du vieillissement et de la démence.

Socialisation et inscription dans la vie citoyenne.

Les différentes dimensions de l'accessibilité.

Techniques éducatives et projet d'activité.

L'importance d'une communication adaptée

Causes.

Difficultés.

Les différents modes de communication.

La communication adaptée.

Définition et objectifs des principales activités

Activités cognitives.

Activités motrices.

Activités sociales.

Activités sensorielles.

Organisation générale des activités

Notions d'apprentissage et de pédagogie (outils et stratégies).
Travail de réflexion sur l'impact de la désorientation dans la vie quotidienne.
Approche des objectifs d'une action d'animation (par exemple : favoriser la dignité, la recherche de responsabilité, la sensation d'utilité, favoriser le lien social...).
Donner du sens aux actions menées.
Protocole et personnalisation des activités.
Méthodes (par exemple : appropriation de la méthodologie de construction de micro-projet).
Techniques d'animation et projet d'animation.
Evaluation.

DF4 – Comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé (28 heures)

Analyse et compréhension des manifestations de la maladie.
Notions essentielles en :

- anatomie et physiologie du corps humain : les organes des sens, les systèmes neuromusculaire, osseux, cardio-circulatoire, respiratoire, uro-génital, digestif, endocrinien ;
- anatomie et physiologie de la peau et des muqueuses.

Situations pathologiques et conséquences sur l'état clinique de la personne : la maladie aiguë, la maladie chronique, les situations d'urgence, les situations de fin de vie, la douleur et son expression, la souffrance, le deuil.

Notion de maladie

Lien entre santé et maladie.
Maladie somatique et maladie psychique.
Les processus pathologiques.

*Démarche d'observation d'une situation :
signes cliniques, changement de l'état clinique, alerte et urgence*

Signes d'alerte.
Surveillance des signes cliniques : couleur de la peau et des téguments, vomissements, selles, urines.
Observation de la douleur et du comportement (échelles d'hétéro-évaluation).

Evaluation

Techniques et outils d'évaluation (NPI, MMSE...).
Causes d'un changement brutal de comportement.
Niveau d'autonomie.

*Les signes psychologiques et comportementaux :
repérage, compréhension, éléments favorisant et conduites à tenir*

Signes dépressifs/anxiété/apathie.
Impulsivité/irritabilité.
Agitation/agressivité (par exemple, opposition aux soins).
Idées délirantes/hallucinations/troubles de l'identification.
Désinhibition/exaltation.
Troubles moteurs/déambulation/errance (par exemple : risque de chute).
Troubles du sommeil/de l'appétit/sexualité.

Fonctions cognitivo-comportementales

DF5 – Réaliser des soins quotidiens en utilisant les techniques appropriées (28 heures)

Situation de soins

Notions élémentaires sur les principales pathologies gériatriques associées :

- intrication des pathologies ;
- nature et particularités de leur prise en charge dans le cas d'association avec la maladie d'Alzheimer ;
- polymédication.

Notions de pharmacologie :

- classes et formes des médicaments non injectables ;
- modes d'administration des médicaments et conséquences de la prise sur l'organisme ;
- rôle de l'assistant de soins en gériatrie dans l'administration des médicaments.

Démarche de soins :

- protocoles de soins ;
- règles d'hygiène et de sécurité dans les soins ;
- règles de prise en charge d'une personne inconsciente ;
- lavage antiseptique des mains ;
- hygiène de l'environnement.

Techniques de soins appropriées à la maladie d'Alzheimer :

- soins appropriés en cas de troubles du comportement : les thérapeutiques non médicamenteuses, et notamment les techniques cognitivo-comportementales ;
- l'usage des psychotropes et moyens de contention ;
- soins d'hygiène ;
- soins de confort ;
- élimination.

Dimensions éthiques :

- notions de maltraitance et de bientraitance ;
- consentement de la personne et refus d'aide et de soins, opposition ;
- acharnement thérapeutique et abandon thérapeutique ;
- douleurs et soins palliatifs.

Problèmes de fin de vie.

ANNEXE VIII

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE

Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement

Cahier des charges définissant :

1. Les pôles d'activités et de soins adaptés.
2. Les unités d'hébergement renforcées.

La mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoit de généraliser la réalisation de « pôles (1) d'activités et de soins adaptés » dans les EHPAD et « d'unités d'hébergement renforcées » dans les EHPAD et les unités de soins de longue durée (USLD) selon le niveau de troubles du comportement des personnes concernées.

Les PASA et les UHR s'intègrent dans un projet d'établissement qui peut comporter d'autres types de réponses adaptées à la prise en charge des résidents souffrant de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de :

- l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) : « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » (février 2009) ;
- la Haute Autorité de santé (HAS) : « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » (à paraître en 2009),

s'appliquent à ces deux types d'unités spécifiques.

1. Les pôles d'activités et de soins adaptés

Le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) permet d'accueillir dans la journée les résidents de l'EHPAD (12 à 14 personnes) ayant des troubles du comportement modérés. Des activités sociales et thérapeutiques sont proposées au sein de ce pôle dont les principales caractéristiques sont :

- l'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement modérés ;
- la présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades ;
- l'élaboration d'un projet adapté de soins et d'un projet de vie personnalisé ;
- la participation des familles et des proches ;
- la conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

Le cahier des charges est en annexe I.

2. Les unités d'hébergement renforcées dans les EHPAD médico-sociaux et les USLD

L'unité d'hébergement renforcée (UHR) propose un hébergement (de 12 à 14 personnes dans les EHPAD médico-sociaux), des soins et des activités adaptés.

Les caractéristiques de cette unité sont les suivantes :

- l'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères ;
- la présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades ;
- l'élaboration d'un projet adapté de soins et d'un projet de vie personnalisé ;
- la participation des familles et des proches ;
- la conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

Le cahier des charges est en annexe II.

(1) Le terme pôle a été préféré à celui d'unité car il est mieux approprié au mode d'accompagnement ouvert et sans hébergement.

ANNEXE I

CAHIER DES CHARGES DES PÔLES D'ACTIVITÉS ET DE SOINS ADAPTÉS (PASA)

Le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) est un lieu de vie au sein duquel sont organisées et proposées, durant la journée, des activités sociales et thérapeutiques aux résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés. Le PASA n'est pas ouvert à un recrutement extérieur.

Ce pôle accueille chaque jour et, selon les besoins des personnes, 12 à 14 résidents de l'EHPAD. Chaque personne concernée de l'EHPAD peut bénéficier de un à plusieurs jours par semaine d'activités et de soins adaptés.

1. Population ciblée

Les pôles d'activités et de soins adaptés accueillent des résidents :

- souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (1) (2) compliquée de symptômes psycho-comportementaux modérés qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents,
- provenant des unités d'hébergement de l'EHPAD, dans lesquelles l'évaluation et le bilan des symptômes auront été réalisés à l'aide du NPI-ES (Inventaire neuropsychiatrique, version équipe soignante) et, en cas d'agitation, de l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (3).

2. Critères d'accueil

Il convient qu'au préalable :

- le diagnostic ait été posé et son annonce faite ;
- le consentement de la personne ait été activement recherché.

L'adhésion de la famille ou de l'entourage proche est activement recherchée par l'équipe pour la participation de la personne aux activités du pôle. Un entretien est organisé qui fait l'objet d'un compte rendu.

Le livret d'accueil de l'EHPAD précise les modalités de fonctionnement du pôle.

3. Projet du pôle d'activités et de soins adaptés

Le projet spécifique du pôle prévoit les modalités de fonctionnement qui répondent obligatoirement aux critères suivants :

3.1. La définition des modalités de fonctionnement du PASA

Le fonctionnement du pôle nécessite la constitution de groupes homogènes de résidents selon la nature des troubles du comportement (perturbateurs ou non).

Les modalités concernant le fonctionnement précisent :

- les horaires du pôle sachant que les résidents prennent au moins le repas du midi sur place ;
- l'organisation de déplacements des résidents entre leur unité d'hébergement et le pôle d'activités ;
- l'organisation du déjeuner et des collations ;
- la procédure permettant de repérer les troubles du comportement, de les signaler et de décrire les méthodes de résolution.

3.2. L'accompagnement à effet thérapeutique

Le pôle propose des activités individuelles ou collectives qui concourent :

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

Chacun de ces types d'activité est organisé au moins une fois par semaine, y compris le week-end.

(1) Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées », Haute Autorité de santé, mars 2008.

(2) Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale, février 2009.

(3) Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » – à paraître en 2009. Haute Autorité de santé.

3.3. Les modalités d'accompagnement et de soins appropriées

Les principales techniques énoncées ci-dessous, qui concourent à la mise en œuvre du projet d'accompagnement et de soins, font l'objet, au sein de l'EHPAD, d'un protocole qui est suivi et évalué. Ces techniques portent sur :

- la prise en charge des troubles du comportement lors de la toilette, de la prise des repas... ;
- les stratégies alternatives à la contention et les règles à suivre si la contention s'avère indispensable ;
- le suivi de l'évolution de la maladie et de l'apparition de nouveaux symptômes ;
- la bonne utilisation des thérapeutiques sédatives ;
- la transmission des informations aux différentes équipes.

3.4. L'accompagnement personnalisé de vie et de soins

Le programme d'activités est élaboré par l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien, en lien avec le médecin coordonnateur, le psychologue et l'équipe.

Ce programme s'intègre dans le projet de vie de la personne au sein de l'établissement.

Les activités thérapeutiques organisées par l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien nécessitent une prescription médicale.

L'accompagnement est régulièrement réévalué et adapté en fonction des besoins de la personne.

La synthèse et la transmission des informations (1) concernant le résident sont mentionnées dans un dossier (2).

4. Le personnel soignant intervenant dans le pôle

4.1. La qualité des professionnels

En complément du personnel intervenant déjà dans l'EHPAD, l'équipe qui est dédiée au pôle de soins et d'activités adaptés est obligatoirement composée :

- d'un psychomotricien et/ou d'un ergothérapeute ;
- d'assistants de soins en gérontologie ;

L'un de ces professionnels doit être en permanence présent dans l'unité.

- d'un temps de psychologue pour les résidents, les aidants et l'équipe.

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

4.2. La formation du personnel (3)

Les professionnels intervenant au sein du pôle sont formés :

- à l'utilisation des outils d'évaluation ;
- aux techniques d'observation et d'analyse des comportements ;
- aux techniques de soins et de communication adaptées aux malades d'Alzheimer ou atteints de maladie apparentée ;
- à la prise en charge des troubles du comportement (notamment aux stratégies non médicamenteuses de gestion des symptômes psycho-comportementaux).

Les autres personnels susceptibles d'intervenir dans le pôle sont formés notamment à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie.

L'ensemble du personnel de l'EHPAD est sensibilisé à cet accompagnement afin de permettre la prise en charge des personnes à la sortie du PASA, dans les meilleures conditions.

5. La coordination avec le secteur sanitaire

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

En fonction de l'offre de soins disponible sur le territoire, les EHPAD qui créent un pôle d'activités et de soins adaptés travaillent en partenariat avec les acteurs de la filière gériatrique (service de court séjour gériatrique, unité cognitivo-comportementale, équipe mobile de gériatrie...) ainsi qu'avec une équipe psychiatrique publique ou privée. Il est souhaitable que ce partenariat soit formalisé sous la forme d'une convention.

6. L'environnement architectural des pôles d'activités et de soins adaptés

L'environnement architectural (4) est le support du projet de soins et d'activités adaptés énoncé précédemment. Il répond à trois objectifs :

(1) Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » – à paraître en 2009. Haute Autorité de santé.

(2) « Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ». Direction générale de la santé. Direction générale de l'action sociale. Société française de gériatrie et gérontologie. Octobre 2007.

(3) Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » – à paraître en 2009. Haute Autorité de santé.

(4) « Guide pratique sur l'accompagnement et le cadre de vie des personnes âgées souffrant de détérioration intellectuelle en établissement (Alzheimer et maladies apparentées) – PADI » – à paraître en 2009. Direction générale de l'action sociale.

- créer pour les résidents un environnement confortable, rassurant et stimulant (1) ;
- procurer aux personnels un environnement de travail ergonomique et agréable ;
- offrir des lieux de vie sociale pour le groupe et permettant d’y accueillir les familles.

6.1. Généralités concernant un environnement architectural sûr et rassurant pour un pôle d’activités et de soins adaptés

Le pôle d’activités et de soins adaptés, conçu pour accueillir 12 à 14 résidents, est aisément accessible depuis les lieux d’hébergement de l’EHPAD.

La sécurité des résidents, qui est assurée en premier lieu par l’attention du personnel, est par ailleurs facilitée par une conception architecturale qui évite le sentiment d’enfermement.

La mise en place de mesures de sécurité ne doit pas aller à l’encontre de la liberté d’aller et venir des personnes accueillies ainsi que l’énoncent les règles éthiques en matière de prise en charge des malades Alzheimer, mais, bien entendu, dans le respect des normes de sécurité en vigueur. Cette recherche de sécurité doit permettre de conserver le caractère accueillant de la structure.

Le pôle dispose :

- d’une entrée adaptée ;
- d’un espace (2) salon dédié au repos et à certaines activités collectives ;
- d’un espace (2) repas avec office ;
- d’au moins deux espaces (2) d’activités adaptées ;
- de deux WC dont un avec douche ;
- des locaux de service nécessaires au fonctionnement du pôle ;
- d’un jardin ou d’une terrasse.

La conception architecturale du pôle qui traduit les choix préalables du programme d’activités thérapeutiques doit :

- favoriser un environnement convivial et non institutionnel de façon à protéger le bien-être émotionnel, réduire l’agitation et l’agressivité des résidents ;
- prendre en compte la nécessité de créer un environnement qui ne produise pas de sur-stimulations sensorielles excessives pouvant être génératrices de troubles psychologiques et comportementaux.

6.2. Un environnement qui favorise le confort et l’usage

D’un caractère familial et convivial, l’architecture du PASA répond à une qualité d’usage des espaces et des équipements facilitant le travail des personnels. Elle permet des activités quotidiennes rappelant celles du domicile associées à des soins adaptés. Un soin particulier est porté à la lumière naturelle, à la nature des matériaux utilisés, à l’entretien et au confort acoustique des lieux.

6.3. Un environnement qui favorise l’orientation et qui contient la déambulation

La déambulation est gérable par un accompagnement et des réponses architecturales adaptés pour faciliter l’orientation et la circulation des résidents. L’organisation des espaces du pôle permet une circulation libre et sécurisée des résidents déambulants. Dans le cas de la création d’un PASA par une construction neuve ou par l’aménagement d’un espace existant, la circulation des résidents déambulants doit pouvoir s’effectuer au sein des différents espaces du pôle sans créer de couloir ou de boucle dédiés à la déambulation.

6.4. Un environnement qui répond à des besoins d’autonomie et d’intimité

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

6.5. Les aspects réglementaires

En matière d’accessibilité : le pôle répond à la réglementation relative à l’accessibilité des ERP (arrêtés du 1^{er} août 2006 et du 21 mars 2007 du code de la construction et de l’habitation). Toutefois, pour répondre à des aspects de confort d’usage, la conception de l’unité tient compte des besoins spécifiques des personnes accueillies.

En matière de sécurité incendie : le pôle répond à la réglementation ERP de type J (arrêtés du 19 novembre 2001 et du 16 juillet 2007 du règlement de sécurité incendie).

(1) Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Maladie d’Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » – à paraître en 2009. Haute Autorité de santé.

(2) Le terme espace est volontairement utilisé de manière à ne pas préjuger de la nature de la réponse architecturale : espace délimité ou zone dans un espace polyvalent (même si pour les unités à créer, il est souhaitable d’éviter les espaces polyvalents).

6.6 Les principaux espaces nécessaires au fonctionnement du pôle d'activités et de soins adaptés

L'entrée :

Espace de transition avec l'extérieur du PASA, la conception de l'entrée du pôle fait l'objet d'une attention particulière, elle permet la sécurité des résidents tout en évitant de créer des situations anxiogènes.

Les espaces de convivialité et de vie sociale :

Le PASA dispose d'un espace repas avec office, d'un espace salon et d'au moins deux espaces pour permettre aux personnes accueillies de bénéficier d'activités individuelles ou collectives. La prise de repas dans le pôle permet de limiter les déplacements des résidents à l'extérieur.

Les espaces d'activités et de soins :

Au moins deux espaces sont prévus pour réaliser des activités thérapeutiques. Ils répondent à un usage pour trois ou quatre résidents maximum ou à un usage individuel. S'il s'agit d'une création de pôle, il convient d'éviter le caractère polyvalent de ces espaces afin qu'ils soient des éléments de repérages pour les résidents qui les utilisent. Ces espaces qui répondent au projet thérapeutique du pôle peuvent être différents selon les établissements. A titre d'exemple, il s'agit :

- soit d'un espace pour activités manuelles : peintures, modelage... ;
- soit d'un espace pour activités de musicothérapie ;
- soit d'un espace d'activités physiques ;
- soit d'un espace multi-sensoriel ;
- soit d'un espace de soins et de « bien-être » ;
- soit d'un espace de jeux ;
- autre...

Les espaces extérieurs :

Que le pôle soit situé en rez-de-chaussée ou en étage, il doit s'ouvrir sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse clos(e) et sécurisé(e). Cet espace est librement accessible aux résidents.

Les espaces de services :

Le pôle dispose des locaux de services nécessaires à son fonctionnement : vestiaires, locaux de linge propre et de linge sale...

ANNEXE II

CAHIER DES CHARGES DES UNITÉS D'HÉBERGEMENT RENFORCÉES (UHR)

L'unité d'hébergement renforcée (UHR), d'une capacité de 12 à 14 résidents dans les EHPAD médico-sociaux, est un lieu de vie et de soins qui fonctionne nuit et jour. Il propose sur un même lieu l'hébergement les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères.

L'UHR est un lieu d'hébergement séquentiel pour ces personnes.

L'UHR accueille des personnes venant du domicile, de l'USLD ou de l'EHPAD dans lequel est situé l'UHR ou d'un autre établissement.

1. Population ciblée

Les UHR hébergent des résidents :

- souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (1) (2), compliquée de symptômes psycho-comportementaux sévères qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents ;
- dont l'évaluation et le bilan des symptômes auront été réalisés à l'aide du NPI-ES et, en cas d'agitation, de l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (3).

2. Critères d'admission et modalités

Il convient qu'au préalable :

- le diagnostic ait été posé et son annonce faite ;
- le consentement de la personne ait été activement recherché ;
- l'évaluation des troubles du comportement ait été réalisée.

Pour les EHPAD, les critères d'admission et de sortie de l'unité d'hébergement renforcée sont inscrits dans le contrat de séjour et le livret d'accueil en précise les modalités de fonctionnement.

Pour les USLD, le livret d'accueil précise les critères d'admission et de sortie de l'UHR et les modalités de son fonctionnement.

L'entrée et la sortie de l'unité font l'objet d'une validation :

- en EHPAD, par le médecin coordonnateur en liaison avec le médecin traitant ;
- en USLD, par le médecin de l'unité.

L'adhésion de la famille ou de l'entourage proche est activement recherchée par l'équipe soignante de l'unité pour la mise en œuvre du projet de vie et de soins. La famille ou l'entourage est informée des modalités de prise en charge du résident lors d'un entretien qui fera l'objet d'un compte rendu.

Il est organisé au moins une fois par trimestre une réunion des familles (indépendamment des réunions du conseil de la vie sociale en EHPAD), si possible avec la présence de représentants d'associations de malades et de familles.

3. Critères de réorientation des résidents

La diminution ou la disparition des troubles du comportement pendant une période suffisamment longue pour être compatible avec le retour dans une unité traditionnelle constitue un des critères de sortie de l'UHR.

La décision de sortie de l'UHR sera prise en réunion d'équipe pluridisciplinaire, sur avis, en EHPAD, du médecin coordonnateur en lien avec le médecin traitant ou, en USLD, du médecin de l'unité, après information et recherche de consentement de la personne malade et en concertation avec la famille ou l'entourage proche. Cette décision fera l'objet d'une formalisation écrite.

4. Projet de l'unité d'hébergement renforcée

Le projet spécifique de l'UHR prévoit les modalités de fonctionnement de l'unité qui répond obligatoirement aux critères suivants :

4.1. L'accompagnement à effet thérapeutique

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

(1) Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées », Haute Autorité de santé, mars 2008.

(2) Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale, février 2009.

(3) Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » – à paraître en 2009. Haute Autorité de santé.

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

Les activités seront proposées pour des groupes homogènes de résidents selon la nature des troubles du comportement (perturbateurs ou non).

Chaque type d'activité est organisé au moins une fois par semaine, y compris le week-end.

4.2. Les modalités d'accompagnement et de soins appropriés

Les principales techniques énoncées ci-dessous, qui constituent le projet d'accompagnement et de soins, font l'objet d'un protocole qui sera suivi et évalué :

- la prise en charge des troubles du comportement lors de la toilette, de la prise des repas... ;
- le suivi de l'évolution de la maladie et de l'apparition de nouveaux symptômes ;
- les stratégies alternatives à la contention ;
- la bonne utilisation des thérapeutiques sédatives ;
- la prise en charge en fin de vie des malades Alzheimer ou atteints de maladie apparentée ;
- la transmission des informations entre les différentes équipes.

Les activités thérapeutiques organisées par l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien nécessitent une prescription médicale.

4.3. Un accompagnement personnalisé de vie et de soins

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

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

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

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

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

La synthèse et la transmission des informations (1) concernant le résident sont mentionnées dans un dossier (2).

4.4. Les transmissions d'équipe

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

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

5. Le personnel soignant intervenant dans l'unité

5.1. La qualité des professionnels

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

Des réunions sont organisées en vue d'étudier les situations complexes. Les décisions prises font l'objet d'une formalisation écrite.

L'accès à un avis psychiatrique est recherché.

(1) Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » – à paraître en 2009. Haute Autorité de santé.

(2) « Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. » Direction générale de la santé. Direction générale de l'action sociale. Société française de gériatrie et gérontologie. Octobre 2007.

L'unité d'hébergement renforcée dispose :

- d'un temps de médecin (pour les EHPAD, le médecin coordonnateur peut assurer cette mission) ;
- d'un temps d'infirmier ;
- d'un temps de psychomotricien ou d'ergothérapeute ;
- d'un temps d'assistant de soins en gériatrie ;
- d'un temps de personnel soignant la nuit ;
- d'un temps de psychologue pour les résidents, les aidants et les équipes.

5.2. La formation du personnel (1)

Les professionnels intervenant au sein de l'UHR sont formés :

- à l'utilisation des outils d'évaluation (NPI-ES et échelle d'agitation de Cohen-Mansfield) ;
- aux techniques d'observation et d'analyse des comportements ;
- aux techniques de soins et de communication adaptées aux malades d'Alzheimer ou atteints de maladie apparentée ;
- à la prise en charge des troubles du comportement (notamment aux stratégies non médicamenteuses de gestion des symptômes psycho-comportementaux).

De façon générale, l'ensemble du personnel intervenant dans l'unité est formé notamment à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie.

L'ensemble du personnel est sensibilisé à cet accompagnement afin de permettre la prise en charge des personnes, à la sortie de l'UHR, dans les meilleures conditions.

6. La coordination des différents services

La prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée avec des troubles du comportement sévères nécessite la mise en place d'une coordination active entre différentes structures sanitaires et médico-sociales sous l'impulsion du médecin coordonnateur en EHPAD et du médecin de l'unité en USLD.

En fonction de l'offre disponible sur le territoire, l'établissement qui crée une unité d'hébergement renforcée dispose d'une convention de partenariat avec :

- une équipe psychiatrique publique ou privée ;
- les partenaires de la filière gériatrique (service de court séjour gériatrique, unité cognitivo-comportementale, équipe mobile de gériatrie...) ;
- un ou d'autres EHPAD ou USLD.

7. L'environnement architectural des unités d'hébergement renforcées

L'environnement architectural (2) doit être le support du projet de soins et d'activités adaptés énoncé ci-dessus. Il doit répondre à trois objectifs :

- créer pour les résidents un environnement confortable, rassurant et stimulant (3) ;
- procurer aux personnels un environnement de travail ergonomique et agréable ;
- offrir des lieux de vie sociale pour le groupe et permettant d'y accueillir les familles.

7.1. Généralités concernant un environnement architectural sûr et rassurant pour une unité d'hébergement renforcée

L'UHR, conçue pour héberger 12 à 14 résidents, est à la fois un lieu de vie, de soins et d'activités.

La sécurité des résidents, qui est assurée en premier lieu par l'attention du personnel, est par ailleurs facilitée par la conception architecturale de l'unité qui évite le sentiment d'enfermement.

La mise en place de mesures de sécurité ne doit pas aller à l'encontre de la liberté d'aller et venir au sein de l'unité des personnes accueillies ainsi que l'énoncent les règles éthiques en matière de prise en charge des malades Alzheimer, mais bien entendu dans le respect des normes de sécurité en vigueur. Cette recherche de sécurité doit permettre de conserver le caractère accueillant de la structure.

L'unité dispose :

- d'une entrée adaptée ;
- d'espaces (4) privés ;
- d'un espace (4) repas avec office ;

(1) Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » – à paraître en 2009. Haute Autorité de santé.

(2) « Guide pratique sur l'accompagnement et le cadre de vie des personnes âgées souffrant de détérioration intellectuelle en établissement (Alzheimer et maladies apparentées) » – PADI – à paraître en 2009. Direction générale de l'action sociale.

(3) Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » – à paraître en 2009. Haute Autorité de santé.

(4) Le terme « espace » est volontairement utilisé de manière à ne pas préjuger de la nature de la réponse architecturale : espace délimité ou zone dans un espace polyvalent (même si pour les unités à créer, il est souhaitable d'éviter les espaces polyvalents).

- d'un espace (4) salon dédié au repos et à certaines activités collectives ;
- d'une salle de bains/bien-être ;
- d'au moins un espace (4) d'activités adaptées ;
- de deux WC ;
- des locaux de service nécessaires au fonctionnement de l'unité ;
- d'un jardin ou d'une terrasse.

La conception architecturale de l'unité qui traduit les choix préalables du projet de vie et du programme d'activités thérapeutiques définis doit :

- favoriser un environnement convivial et non institutionnel de façon à protéger le bien-être émotionnel et réduire l'agitation et l'agressivité des résidents ;
- prendre en compte la nécessité de créer un environnement qui ne produise pas de sur-stimulations sensorielles excessives pouvant être génératrices de troubles psychologiques et comportementaux.

7.2. Un environnement qui favorise le confort et l'usage

D'un caractère familial, convivial et rassurant pour les résidents, l'architecture de l'UHR répond à une qualité d'usage des espaces et des équipements facilitant le travail des personnels. Elle permet une qualité de vie et la réalisation d'activités quotidiennes qui rappellent celles du domicile associées à des soins adaptés. Un soin particulier sera porté à la lumière naturelle, à la nature des matériaux utilisés, à l'entretien et au confort acoustique des lieux.

7.3. Un environnement qui favorise l'orientation et qui contient la déambulation

La déambulation au sein de l'unité est gérable par un accompagnement et des réponses architecturales adaptés pour faciliter l'orientation et la circulation des résidents. L'organisation des espaces de l'unité permet une circulation libre et sécurisée des résidents déambulants. Dans le cas de la création d'une UHR par une construction neuve ou par l'aménagement d'un espace existant, la circulation des résidents déambulants doit pouvoir s'effectuer au sein des différents espaces de l'unité sans créer de couloir ou de boucle dédiés à la déambulation.

7.4. Un environnement sécurisé

Compte tenu des troubles du comportement sévères des personnes accueillies dans l'unité d'hébergement renforcée, un soin particulier sera apporté à certains équipements qui peuvent présenter des risques pour la sécurité, tels que les radiateurs ou les fenêtres.

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

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

7.6. Les aspects réglementaires

En matière d'accessibilité : l'unité répond à la réglementation relative à l'accessibilité des ERP (arrêtés du 1^{er} août 2006 et du 21 mars 2007 du code de la construction et de l'habitation). Toutefois, pour répondre à des aspects de confort d'usage, la conception de l'unité tient compte des besoins spécifiques des personnes accueillies.

En matière de sécurité incendie : l'unité répond à la réglementation ERP de type J pour les EHPAD (arrêtes du 19 novembre 2001 et du 16 juillet 2007 du règlement de sécurité incendie) et type U pour les USLD.

7.7. Les principaux espaces nécessaires au fonctionnement d'une unité d'hébergement renforcé

L'entrée :

Espace de transition, la conception de l'entrée de l'unité fait l'objet d'une attention particulière, elle permet la sécurité des résidents tout en évitant de créer des situations anxiogènes.

Les espaces privés :

Chaque résident dispose d'un espace privé qui doit faciliter les relations avec sa famille et son entourage. L'espace privé doit être accessible et permettre une circulation aisée des personnes. Il requiert une surface suffisante pour permettre de moduler son organisation en fonction de la perte d'autonomie de la personne et de son évolution.

L'espace commun de bain, de soins et de « bien-être » :

L'UHR dispose d'un espace de soins et de « bien-être » visant à stimuler les personnes accueillies et favoriser la relaxation, l'exercice ou les massages.

Les espaces de convivialité et de vie sociale :

L'unité d'hébergement renforcé devra disposer d'espaces collectifs : un espace repas avec office, un espace salon et au moins un espace pour permettre aux personnes accueillies dans l'unité de bénéficier d'activités individuelles ou en petit groupe.

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

Les espaces d'activités et de soins :

L'UHR dispose d'au moins un espace d'activités et de soins permettant de stimuler les personnes accueillies dans l'unité qui devra répondre à un usage pour trois ou quatre résidents maximum ou à un usage individuel.

Ces espaces doivent répondre au projet thérapeutique de l'UHR et peuvent être différents selon les établissements. A titre d'exemple, il s'agit :

- soit d'un espace pour activités manuelles : peintures, modelage... ;
- soit d'un espace pour activités de musicothérapie ;
- soit d'un espace d'activités physiques ;
- soit d'un espace multisensoriel ;
- soit d'un espace de jeux ;
- autre...

Les espaces extérieurs :

Que l'unité soit située en rez-de-chaussée ou en étage, elle doit s'ouvrir sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse clos(e) et sécurisé(e). Cet espace est librement accessible aux résidents.

Les espaces de services :

L'unité dispose de locaux de service nécessaires à son fonctionnement : vestiaires, locaux de linge propre et de linge sale, un espace de réunion du personnel...

ANNEXE IX

GRILLE DE SELECTION DES DOSSIERS DE CANDIDATURE ET DES VISITES SUR SITE DES "UNITES D'HEBERGEMENT RENFORCEES" (UHR)						
1. FONCTIONNEMENT		A Instruction du dossier		B Visite sur site		C Objectifs d'amélioration à inscrire dans la convention tripartite
		OUI	NON	OUI	NON	
Les critères obligatoires de fonctionnement et d'organisation des unités d'hébergement renforcées (cf. pages 9 à 13 du cahier des charges)						
Critère 1 LA POPULATION	1.0	L'EHPAD ou l'USLD accueille ou a pour projet d'accueillir des résidents diagnostiqués maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée qui présentent des troubles du comportement sévères mesurés par l'échelle NPI.				
	2.0	En EHPAD, le livret d'accueil et le contrat de séjour précisent les modalités de fonctionnement.				
Critère 2 ADMISSION ET REORIENTATION	2.1	En USLD, le livret d'accueil précise les critères d'admission et de sortie de l'UHR et ses modalités de fonctionnement.				
	3.0	Le projet de l'UHR s'inscrit dans le projet global de l'établissement.				
Critère 3 LE PROJET	3.1	Le projet de l'UHR précise l'accompagnement thérapeutique qui sera mis en œuvre par l'équipe.				
	3.3	Le planning des activités proposées aux résidents est joint au dossier de candidature.				
	3.4	Les techniques de soins énoncées à la page 10 du cahier des charges font l'objet de protocoles dont les modalités de suivi et d'évaluation sont précisées.				
	3.5	L'accompagnement personnalisé de vie et de soins des résidents est inscrit dans son projet de vie au sein de l'établissement.				

Critère 4 LE PERSONNEL	4.0	Parmi les personnels envisagés, y a-t-il comme obligatoirement prévu, un temps de médecin ?					
	4.1	Parmi les personnels envisagés, y a-t-il comme obligatoirement prévu un temps d'infirmier ?					
	4.2	Parmi les personnels envisagés, y a-t-il comme obligatoirement prévu un temps d'ergothérapeute ou de psychomotricien ?					
	4.3	Parmi les personnels envisagés, y a-t-il comme obligatoirement prévu un temps d'aide soignant (AS) ou d'aide médico-psychologique (AMP), futurs assistants de soins en gériatrie (ASG) ?					
	4.4	Parmi les personnels envisagés, y a-t-il comme obligatoirement prévu un temps de personnel soignant la nuit ?					
	4.5	Parmi les personnels envisagés, y a-t-il comme obligatoirement prévu un temps de psychologue ?					
Critère 5 LA FORMATION.	5.0	Le plan de formation présenté par l'établissement prévoit les modalités de formation des AS-AMP (qui suivront la formation d'ASG)					
	5.1	Le plan de formation présenté par l'établissement prévoit la formation de l'ensemble des personnels intervenant dans l'UHR.					
		Le plan de formation présenté par l'établissement prévoit de sensibiliser l'ensemble du personnel de l'EHAD à cet accompagnement.					
Critère 6 LE PARTENARIAT	6.2	En fonction de l'offre de soins disponible sur le territoire, l'établissement dispose d'une convention avec une équipe psychiatrique publique ou privée.					
	6.3	En fonction de l'offre de soins disponible sur le territoire, l'établissement dispose d'une convention avec les partenaires de la filière gériatrique.					

2 . ENVIRONNEMENT		A Instruction dossier		B Visite sur site		C Objectifs d'amélioration à inscrire dans la convention tripartite
		OUI	NON	OUI	NON	
Les critères environnementaux et qualité des espaces de vie des PASA : les plans des locaux présentés dans le dossier de candidature devront comporter obligatoirement : (cf pages 6 à 8 du cahier des charges)						
Critère 7	LA CONCEPTION ARCHITECTURALE	7.0	La conception architecturale de l'UHR traduit les choix préalables du programme d'activités thérapeutiques			
		7.1	Elle favorise un environnement convivial et domestique qui est non institutionnel de type hospitalier ou hôtelier,			
Critère 8	L'ENVIRONNEMENT	8.0	L'environnement de l'UHR offre pour les résidents un cadre de vie confortable, rassurant et stimulant,			
		8.2	L'environnement de l'UHR aux personnels un cadre de travail ergonomique et agréable,			
		8.3	L'environnement de l'UHR offre des lieux de vie sociale pour le groupe et permettent d'y accueillir les familles.			
		8.4	L'environnement de l'UHR favorise l'orientation et la circulation libre et sécurisée des résidents déambulants au sein des différents espaces qui le constituent			
Critère 9	L'ENTREE	9.0	L'entrée est adaptée pour assurer la gestion des sorties vers l'extérieur de l'UHR,			
		9.1	L'entrée est adaptée pour assurer la sécurité des personnes accueillies dans l'UHR,			
		9.2	L'entrée est adaptée pour assurer éviter de créer des situations anxiogènes,			
Critère 10	ESPACE PRIVE	10.1	Chaque résident dispose d'un espace prive qui doit faciliter les relations avec sa famille et son entourage.			
		10.2	L'espace prive est accessible et permet une circulation aisée des personnes			

	10.3	Il requiert une surface suffisante pour permettre de moduler son organisation en fonction de la perte d'autonomie de la personne					
Critère 11	11	L'UHR dispose d'un de bain (soins et « bien-être ») pour stimuler les personnes accueillies et favoriser la relaxation, l'exercice et les massages					
ESPACE COMMUN DE BAIN et « BIEN-ÊTRE »							
Critère 12	12	L'UHR dispose d'un salon qui permet aux personnes accueillies de bénéficier d'activités individuelles ou collectives (repos, lecture, télévision,...),					
ESPACE SALON							
Critère 13	13	L'UHR dispose d'un espace repas avec office qui doit permettre la prise de repas sur place pour limiter les déplacements des résidents entre le pôle et leur unité d'hébergement,					
ESPACE REPAS							
Critère 14	14	L'UHR dispose d'au moins deux espaces d'activités adaptées pour permettre aux personnes accueillies de bénéficier d'activités individuelles ou collectives en petits groupes,					
ESPACES D'ACTIVITES							
Critère 15	15	L'UHR dispose de 2 WC dont l'un est équipé d'une douche					
WC							
Critère 16	16	L'UHR dispose des locaux de services nécessaires à son fonctionnement : vestiaires, locaux de linge propre et de linge sale...					
LOCAUX DE SERVICE							
Critère 17	17.0	L'UHR dispose s'ouvre sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse clos(e) et sécurisée).					
ESPACES EXTERIEURS							
	17.1	Le jardin ou la terrasse est librement accessible aux résidents.					

3 . REGLEMENTATION		A Instruction dossier		B Visite sur site		C Objectifs d'amélioration à inscrire dans la convention tripartite
		OUI	NON	OUI	NON	
<i>Le projet proposé doit être conforme aux réglementations en vigueur en matière de sécurité incendie et d'accessibilité</i>						
Critère 16	16	L'UHR répond à la réglementation ERP de type J (arrêtes du 19 novembre 2001 et du 16 juillet 2007 du règlement de sécurité incendie) pour les EHPAD ou de type U pour les USLD				
SECURITE INCENDIE						
Critère 17	17	L'UHR répond à la réglementation relative à l'accessibilité des ERP (arrêtes du 1 ^{er} août 2006 et du 21 mars 2007 du code de la construction et de l'habitation). Toutefois, pour répondre à des aspects de confort d'usage, la conception de l'unité tient compte des besoins spécifiques des personnes accueillies,				
ACCESSIBILITE						

GRILLE DE SELECTION DES DOSSIERS DE CANDIDATURE ET DES VISITES SUR SITE DES "POLES D'ACTIVITES ET DE SOINS ADAPTES" (PASA)						
1 . FONCTIONNEMENT		A Instruction dossier		B Visite sur site		C Objectifs d'amélioration à inscrire dans la convention tripartite
		OUI	NON	OUI	NON	
Les critères obligatoires de fonctionnement et d'organisation du pôle d'activités et de soins adaptés (cf. pages 3 à 6 du cahier des charges) :						
Critère 1 LA POPULATION	1.0	L'EHPAD accueille ou a pour projet d'accueillir des résidents diagnostiqués maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée qui présentent des troubles du comportement modérés mesurés par l'échelle NPI.				
	2.0	Le livret d'accueil de l'EHPAD précise les modalités de fonctionnement du pôle.				
Critère 2 ACCUEIL	3.0	Le projet du PASA s'inscrit dans le projet global de l'établissement.				
	3.1	Le projet du PASA précise les modalités de l'accompagnement thérapeutique qui sera mis en œuvre par l'équipe.				
Critère 3 LE PROJET	3.2	Le planning des activités proposées aux résidents est joint au dossier de candidature.				
	3.3	Les modalités de fonctionnement du PASA, tels que les horaires d'ouverture sont précisées dans le dossier.				
	3.4	Les techniques de soins énoncées à la page 5 du cahier des charges font l'objet de protocoles dont les modalités de suivi et d'évaluation sont précisées.				
	3.5	L'accompagnement personnalisé de vie et de soins des résidents est inscrit dans son projet de vie au sein de l'établissement.				

Critère 4	LE PERSONNEL	4.0	Parmi les personnels envisagés, y a-t-il comme obligatoirement prévu un temps d'ergothérapeute ou de psychomotricien.							C Objectifs d'amélioration à inscrire dans la convention tripartite		
		4.1	Parmi les personnels envisagés, y a-t-il comme obligatoirement prévu un temps d'aide soignant (AS) ou d'aide médico-psychologique (AMP), futurs assistants de soins en gérontologie (ASG).									
		4.2	Parmi les personnels envisagés, y a-t-il comme obligatoirement prévu un temps de psychologue.									
Critère 5	LA FORMATION.	5.0	Le plan de formation présenté par l'établissement prévoit les modalités de formation des AS-AMP (qui suivront la formation d'ASG).									
		5.1	Le plan de formation présenté par l'établissement prévoit les formations pour les autres personnels susceptibles d'intervenir dans le pôle.									
		5.2	Le plan de formation présenté par l'établissement prévoit de sensibiliser l'ensemble du personnel de l'EHPAD à cet accompagnement.									
Critère 6	LE PARTENARIAT	6.0	En fonction de l'offre de soins disponible sur le territoire, l'établissement envisage-t-il de passer une convention avec les acteurs de la filière gériatrique ?									
		6.1	En fonction de l'offre de soins disponible sur le territoire, l'établissement envisage-t-il une convention avec une équipe psychiatrique publique ou privée ?									
2 . ENVIRONNEMENT												
							A Instruction dossier		B Visite sur site		C Objectifs d'amélioration à inscrire dans la convention tripartite	
							OUI NON		OUI NON			
Les critères environnementaux et qualité des espaces de vie du PASA. Le projet architectural devra comporter obligatoirement (cf pages 6 à 8 du cahier des charges) :												
Critère 7	LA CONCEPTION ARCHITECTURALE	7.0	La conception architecturale du PASA traduit les choix préalables du programme d'activités thérapeutiques.									

LOCAUX DE SERVICE	fonctionnement : vestiaires, locaux de linge propre et de linge sale...				
Critère 15	15.0 Le PASA s'ouvre sur l' extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse clos(e) et sécurisée.				
ESPACES EXTERIEURS	15.1 Le jardin ou la terrasse est librement accessible aux résidents.				

3 . REGLEMENTATION		A Instruction dossier		B Visite sur site		C Objectifs d'amélioration à inscrire dans la convention tripartite
		OUI	NON	OUI	NON	
<i>Le projet proposé doit être conforme aux réglementations en vigueur en matière de sécurité incendie et d'accessibilité</i>						
Critère 16	16 Le PASA répond à la réglementation ERP de type J (arrêtes du 19 novembre 2001 et du 16 juillet 2007 du règlement de sécurité incendie).					
SECURITE INCENDIE						
Critère 17	17 Le PASA répond à la réglementation relative à l'accessibilité des ERP (arrêtes du 1er août 2006 et du 21 mars 2007 du code de la construction et de l'habitation).					
ACCESSIBILITE						

ANNEXE X

COORDONNÉES DES PERSONNES RESSOURCES

Pour l'ensemble des mesures médico-sociales

DGAS – Jean-Philippe FLOUZAT conseiller technique auprès de la sous-directrice des âges de la vie.

Mél. : jean-philippe.flouzat@sante.gouv.fr – tél. : 01-40-56-86-80.

Nicolas MICHELOT chargé de mission bureau des personnes âgées.

Mél. : nicolas.michelot@sante.gouv.fr – tél. : 01-40-56-88-72.

CNSA – Émilie DELPIT, directrice de projet, chargée de la qualité et de la prospective.

Mél. : emilie.delpit@cnsa.fr – tél. : 01-53-91-28-70.

Mesure 1 : structures de répit

DGAS – Caroline LEFEBVRE, chef de projet services à la personne – bureau des personnes âgées.

Mél. : caroline.lefebvre@sante.gouv.fr – tél. : 01-40-56-82-26.

Nicolas MICHELOT chargé de mission bureau des personnes âgées.

Mél. : nicolas.michelot@sante.gouv.fr – tél. : 01-40-56-88-72.

Virginie CHENAL, adjointe au chef du bureau des personnes âgées.

Mél. : virginie.chenal@sante.gouv.fr – tél. : 01-40-56-86-67.

CNSA – Aurélie NEVEUX, chargée de mission.

Mél. : aurelie.neveux@cnsa.fr – tél. : 01-53-91-21-68.

Mesure 2 : Formation des aidants

DGAS – Virginie CHENAL, adjointe au chef du bureau des personnes âgées.

Mél. : virginie.chenal@sante.gouv.fr – tél. : 01-40-56-86-67.

Mesure 4 : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)

CNSA – Docteur Olivier DUPONT, chef de projet MAIA.

Mél. : olivier.dupont@cnsa.fr.

Mesure 5 : Formation des coordinateurs

DGAS – Jean-Philippe FLOUZAT, conseiller technique auprès de la sous-directrice des âges de la vie.

Mél. : jean-philippe.flouzat@sante.gouv.fr – tél. : 01-40-56-86-80.

Didier LEONARD, chargé de mission bureau des professions sociales et du travail social.

Mél. : didier.leonard@sante.gouv.fr – tél. : 01-40-56-86-24.

Mesure 6 : Renforcement de l'offre à domicile – équipes SSIAD spécialisées

DGAS – Virginie CHENAL, adjointe au chef du bureau des personnes âgées.

Mél. : virginie.chenal@sante.gouv.fr – tél. : 01-40-56-86-67.

Mesure 16 : Unités spécifiques pour les patients souffrant de troubles du comportement

DGAS – Jean-Philippe FLOUZAT, conseiller technique auprès de la sous-directrice des âges de la vie.

Mél. : jean-philippe.flouzat@sante.gouv.fr – tél. : 01-40-56-86-80.

Frédérique CHADEL, chargée de mission EHPAD bureau des personnes âgées.

Mél. : frederique.chadel@sante.gouv.fr – tél. : 01-40-56-86-71.

Sylviane ROGER, architecte, conseillère technique auprès de la sous-directrice des âges de la vie.

Mél. : sylviane.roger@sante.gouv.fr – tél. : 01-40-56-86-78.

CNSA – Marie HAMON, chargée de mission.

Mél. : marie.hamon@cnsa.fr – tél. : 01-53-91-28-38.

Mesure 20 : Assistants de soins en gériatrie

DGAS – Didier LEONARD, chargé de mission bureau des professions sociales et travail social.

Mél. : didier.leonard@sante.gouv.fr – tél. : 01-40-56-86-24.