

Réflexions architecturales pour la création et l'aménagement d'une UHR et d'une UCC

« Liberté d'aller et venir Résidents / Patients , entre protection et restriction »

Dole, Réunion REQUA 16/10/2018

Dr Christophe CANO

Neurogériatre, Chef Pole EHPAD GH70

Plan:

- Quelques notions générales et rappels sur ce que sont UHR et UCC ainsi que leur cahier des charges
- Présentation rapide de nos deux services UHR et UCC au GH70
- Quelques considérations architecturales et leur impact sur la PEC de nos Résidents / Patients.
- Quelques remarques de « fonctionnement » liées aux patients/résidents, mais aussi aux familles.
- Nos Projets, et les réflexions à faire évoluer.

Introduction:

- Présentation modeste de notre expérience locale, nous n'avons rien inventé, repris souvent des idées semblant avoir fait leur preuve ailleurs, fait preuve souvent de pragmatisme en évitant le dogmatisme, les idées toutes faites .
- Avec UN SEUL BUT, donner aux patients ou résidents qui nous sont confiés un lieu de vie (et de soins) temporaire (si à l'hôpital en UCC) ou plus permanent (si en EHPAD UHR) qui permette une **meilleure qualité de vie possible**, avec une minimisation des TDC .
- A noter, globalement la confiance des administrations successives dans l'expertise des professionnels, associés depuis le début aux projets et ayant voix délibérative.

Quelques réflexions préalables:

- Comment assurer la quadrature du cercle entre 3 données a priori non compatibles:
- Injonctions multiples et de plus en plus importantes, fréquentes et formalisées concernant la PEC des personnes accueillies devant donner un résultat optimum concernant la QUALITE / la SECURITE / la LIBERTE... (injonction initiale déjà du cahier des charges).
- Tout cela dans le cas très particulier de la population qui nous est confiée (TNC évolués + TDC)
- Enfin il est possible que nous nous voyions peut être plus « carcéral » que ce que nous sommes (Cf Visites professionnels, ...)
- Nos réflexions et difficultés sont les meme que nos collègues des autres UHR et UCC (Cf congrès des unités de soins A)

Quelques notions de base:

- L'entrée en EHPAD en général est souvent plus « subie » par le futur résident que souhaitée
- Cela est encore plus vrai concernant cette population particulière qui nous est confiée.
- Faible pourcentage de patients en UCC et de résidents en UHR qui bénéficient d'une protection de justice (alors qu'ils sont pour leur immense majorité dans la quasi impossibilité de prendre une décision seul
- « Vide » juridique sur le fait « d'enfermer » des personnes hors psychiatrie
- Le projet de service a été écrit (d'abord pour l'UHR, puis l'UCC) par rapport à notre expérience et connaissance des malades... il a peu à peu évolué vis à vis de ce que nous avons constaté (Ex des TDC +++ à la sortie – ré entrée dans le service du résident... et des autres...)

Rappel des missions et cahier des charges des UHR et UCC:

- C d C des UCC écrit en premier, puis celui des UHR très fortement inspiré.
- Accueil de Patients/Résidents Présentant des TNC identifiés (c'est important...) Alzh ou apparenté, avec TDC Productifs (la aussi.. Importance de la connaissance des troubles...) avec des capacités locomotrices préservées (encore une fois chaque « critère » a son importance et explique la nécessaire adaptation architecturale)
- Nouvelles reco de l'ANESM (5 ET 6 juillet 2017), quelques elts sur l'adaptation de l'environnement

Cahier des charges UCC:

- Mesure 17 du plan Alzh 2008-2012
- Initialement en 2008, cahier des charges minimal précisant:
- Architecture adaptée, plateau technique (réadaptation aux AVQ et réhab cognitive..), chambres a un lit, espaces de déambulation, **« environnement sécurisé et rassurant »**, lieu commun de vie sociale et d'activités...
- But d'éviter les « fugues », les « accidents » (a définir), espace de vie « protecteur »... (comment?)...
- On parle (depuis un moment) de la révision...

Cahier des charges UHR:

- Cahier des des charges en 2011 « partagé » avec celui des PASA (mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012).
- Il est fortement inspiré de celui des UCC.
- « conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure »... c'est assez vague... mais précisé en Annexe II p 13 à 16
- On parle clairement « d'environnement sécurisé » (et on cite radiateurs et fenêtres)

Comment se fait la PEC des TDC:

- Deux éléments majeurs:
- **Adaptation architecturale** (nous le voyons clairement dans nos 2 structures UHR > UCC)
- **Formation du personnel** ++++ et déclinaison des thérapies non médicamenteuses.
- Bien sur adaptation des ttt médicamenteux
- Et en UCC anticipation de la sortie, explications +++ aux familles et / ou à l'équipe soignante qui prendra le relais, éducation thérapeutique (proches)

Comparaison UHR / UCC:

UCC:

- GIR moyen 3
- NPI + élevé qu'en UHR (= + de TDC)
- Séjour séquentiel mais long (moyenne 1 an)
- Pathologies plus variées, population + jeune
- But : retour sur lieu de vie => réhabilitation aux AVQ
- Travail important avec aidants

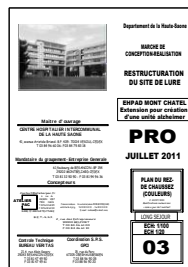
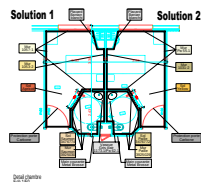
UHR:

- GIR moyen + élevé (2)
- NPI un peu –
- DMS 28 j actuelle
- But: stabilisation TDC pour intégrer un EHPAD
- Plutôt accompagnement des aidants, préparation à la suite (et fin de vie)

Présentation (rapide) de nos 2 services:

- **GH70:** partie sanitaire (Vesoul/Lure/Luxeuil) + partie EHPAD (Environ 630 lits), convention de direction commune avec le CH Gray en janvier 2019 et ses 350 lits d'EHPAD...
- 7 Poles dont un Pole EHPAD, l'UHR appartient au Pole EHPAD, l'UCC au Pole Médecine SSR
- **Deux unités d'UHR** (14 + 10) à LURE, ouvertes en 04/2012.. Construction neuve, gros investissement (labellisées 2013 et 2016)
- **Une UCC** 10 lits à Luxeuil, adaptation architecturale dans de l'existant, ouverte en 02/2016 (labellisée 2017)
- Pour nous il y a **une logique de filière** Cs mémoire / UCC / UHR... (et autres) et d'expérience... et ce qui peut avoir été « vu » (par ex les « restrictions de liberté ») en UCC... peut se retrouver ensuite en UHR (familles...)

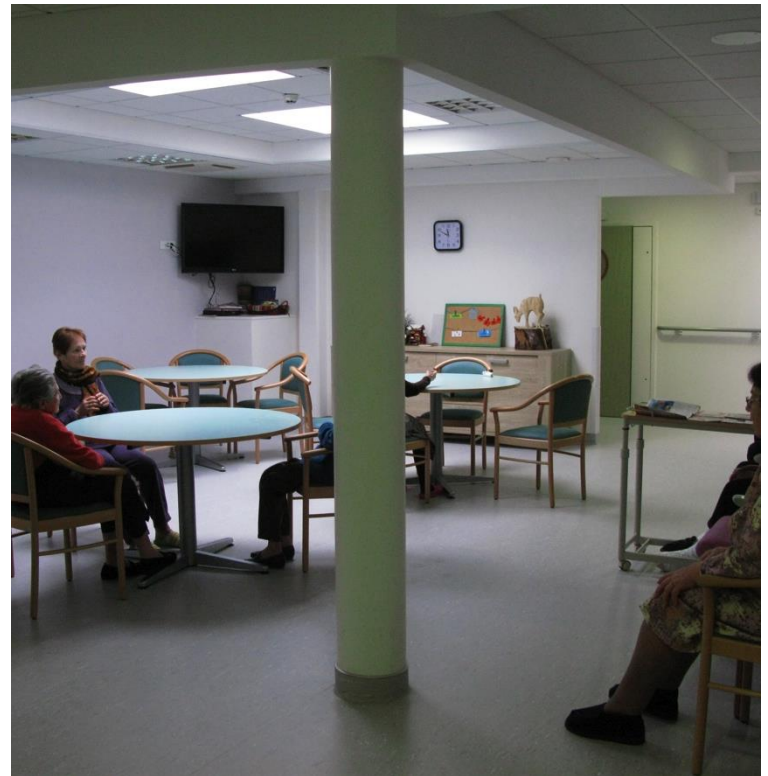
L'UHR de Lure (14 + 10 lits):



UHR

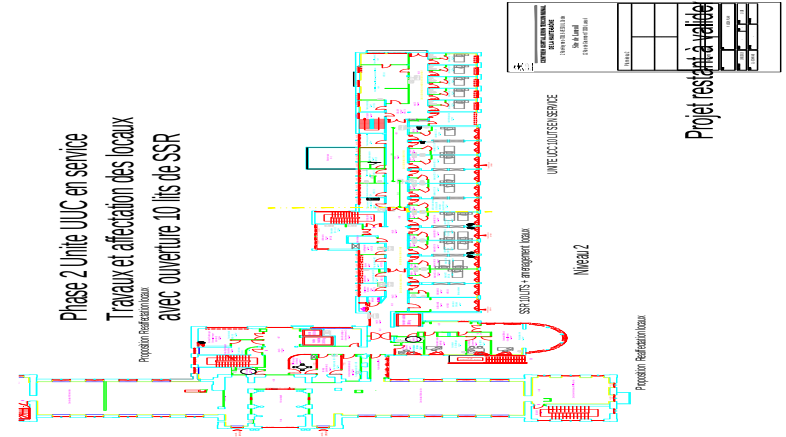


UHR



UHR mode de fonctionnement:

- Présentation en amont à la famille du contrat de séjour, visite de la structure.
- Explication nécessaire +++ du fonctionnement du service, incluant les « limites » à la libre circulation du résident, les horaires de visites etc.
- Séjour « séquentiel » (mais long en moyenne 12 mois), avec réorientation quand les critères d'accueil ne sont plus réunis.
- Maintien dans le service mais horaires de visites élargis et adaptation maximum en interne (repas en famille...).



UCC mode de fonctionnement:

- Adressage double: extérieur (médecin traitant MAIA, EHPAD), interne (autres services sanitaires : Viatrajectoire)
- A l'accueil du patient moins de temps pour présenter, anticiper le séjour (réactivité + forte nécessaire) => les explications seront svt données + tard a la famille (risque de non adhésion, non compréhension en début de séjour)
- Travail a faire sur les infos a donner avant l'admission (autres services, médecins traitants, EHPAD... par plaquette?). Mais infos svt de qualité qd adressage MAIA

Evolution des projets/réalisation:

- Projet redémarré en 2011 anciennement appelé « unité de Gériopsychiatrie de 24 lits », datant de 2005... remis à jour en fct du plan Alzheimer 2008-2012
- => Transformation en Projet UHR, travail pour coller au « cahier des charges » ... 1 unité de 24... puis 2 unités de 10 et 14 lits avec locaux mutualisés.
- A l'époque architectes moins spécialisés qu'aujourd'hui dans le domaine. Solutions « toutes faites »... à adapter.
- En UCC démarrage TRES rapide en septembre 2015, rénovation de locaux à Luxeuil (28 lits de SSR => 10 lits UCC + 10 lits SSR) , ouverture 1^{er} février 2016, travaux en interne avec l'expérience de l'UHR

Exemples (non exhaustifs) de demandes a l'architecte

- Pour « **anticiper les risques** », connaissance nécessaire +++ de la population accueillie =>
- Pas de radiateurs visibles (risque arrachage des vannes thermostatiques voire du radiateur lui meme => chauffage au sol , non prévu initialement (surcout, plus compliqué (attendre sèchage sols...) : discussions +++ avec la direction (qui a accepté)
- Pas de TV dans les chambres (et cf notion de « confort attendu... ») , pas de fils, de tel, d'appel malade...
- Prises ou interrupteurs « antivandalisme » (est ce finalement nécessaire?..) et a minima en dehors du champs de vision direct.
- Pas de miroir dans les sbd. Placards fermés (ouverts a la demande)
- Travail sur les couleurs (zones sombres ou claires..), sur les couleurs de portes..

... Mais souvent modifications en cours de projet... voire en cours de chantier

- Ex en UHR, positionnement de fenêtres supplémentaires dans la salle de soins (entre les deux unités), car mal vu sur le plan de départ.
- Chauffage des Sdb (plafond)
- Pommeau de douche fixe ...
- Echelle terrasse dans le jardin, regard sur fondations... Risques de mise en danger +++
- Discussions avec le SDIS: Ex du positionnement des extincteurs... pas dans les circulations mais dans la salle de soin et salle de pause

Quelques exemples: la sécurisation des accès:

- Doubles portes a digicode entrée / sortie (couplée au déclenchement incendie). Entrée et entre les 2 services.
- Pas efficace a 100 % (y a t il des dispositifs atteignant le 100%?). Risque d'effet « carcéral »
- Evolution dans le choix, tests en cours: deux nouveaux systemes , mais sur le meme principe. Un avec « rattrapage de l'écart entre les portes »... et un autre avec des « machoires » plus puissantes pour bloquer les portes.
- L'idée essentielle est plutot finalement d'éviter que les personnes ne viennent DEVANT les portes (projet de service pour occuper, interesser... **peinture/SAS**... etc...). Pour notre expérience UHR + efficace que UCC (Cf couloir).

Questionnements: jusqu'ou aller dans la « sécurisation »?

- On ne PEUT pas voir chaque patient et résident en continu 24h/24, et quand bien même cela ne permettrait sans doute pas un risque Zéro.
- Pas de surveillance Vidéo (Mais cela existe et la question a été posée). De plus, par qui? Comment?...
- => Il faut accepter un risque « raisonnable » et ne pas se transformer en « Big Brother ». La vie est une prise de risque, et ce sont des services ou nous voulons redonner de la vie
- Quels « risques » accepter? (chutes, interactions entre résidents, intimité...)
- Quels « risques » minimiser?: sortie du service, violence +++ (existence d'une « chambre d'apaisement... qu'y mettre?...)
- Choix clairs à faire dans le projet de service

Difficultés dans le vécu patients/résidents/familles:

- Plus de difficultés globalement avec certains proches qu'avec les patients et résidents eux meme.
- En ce qui concerne les patients résidents:
- Tentatives de sorties itératives du service (improprement appelées « fugues »), assez rares finalement. Depuis l'ouverture mise ne échec du système 3 ou 4 fois (en 6 ans et demi a LURE)... plus fréquent en UCC (en 2 ans + de 10 sorties: Car population différente et architecture moins adaptée (couloir directement a l'entrée)).
- « démontages » minimisés car anticipés.

Rapport avec les familles:

- « bien pensance » des cahiers des charge (« participation de familles... »)... en pratique, tout est possible:
- Adhésion et compréhension au projet de PEC... le plus souvent si déjà bonne compréhension de la maladie et travail fait en amont (temps de visite, etc...), cela est une aide +++ dans l'accompagnement des malades.
- Parfois difficultés d'acceptation d'une partie du projet de PEC (incluant les restrictions de liberté), le plus souvent accompagné de déni de la maladie.
- A la fois garder le LIEN , mais (en UCC) temps nécessaire pour les ateliers cognitifs (certaines visites sont longues ++)

Remarques (fréquentes) des proches (UHR et UCC):

- Cela concerne peut être un peu plus l'UCC qui n'a bénéficié que de travaux de réhabilitation dans l'existant.
- « Les chambres sont « vides », il n'y a pas de télé dans les chambres, pas de téléphone... »
- Cela montre que svt les proches jugent avec leur façon de voir eux même. Difficulté de se mettre à la place, de voir ce qui est encore utile ou apprécié par le patient/résident à CE moment de la maladie => Travail avec les familles +++
- Autre ex d'un résident qui cherchait à passer dans l'autre unité d'UHR pour retrouver une « amie »... sa femme me disant : « c'est impossible, mon mari n'a jamais été comme ça... »... thème de la liberté « intime » avec les autres... avec cette fois une demande de l'épouse « d'attacher la perturbatrice »...

Notes du personnel pour une plaquette en cours (UCC Luxeuil):

- **Ces remarques montrent les questionnements personnel / familles les + fréquents**
- Bien mentionner que le service est « fermé », physiquement, et que les familles ne peuvent pas « sortir » les malades.
- Bien noter que les chambres sont « épurées »... que les fenêtres ne peuvent s'ouvrir, que les produits ne sont pas laissés à disposition des patients, portes placards fermées..
- Rappel interdiction de fumer (!) patients ET visites y compris dans le jardin
- Redire le nombre de visiteur autorisé et la durée des visites, les enfants en bas âge non admis

Liberté / sécurité dans les projets de service:

- Abord un peu « générique » et expliqué dans le projet initial au moment de son écriture et de sa présentation (instances, labellisation ARS...)
- Toutes ces questions ont été et continuent d'être abordées « au fil de l'eau » dans le fonctionnement quotidien, dans les synthèses, mais d'une façon assez peu formalisée.
- Elles sont aussi traitées au travers des échanges avec notre service qualité quand il existe des événements indésirables (« fugues », résident coincé dans un lit, courrier de famille...)
- Mais il nous reste à « se poser » de façon plus institutionnelle...

Projets (actés) au GH70:

- Travaux a Lure: 3eme étage (début en janvier 2019, 3 ans)
- Nouvelle unité UCC a Lure (transfert) avec 2 lits supplémentaires (= 12)
- Unité de Médecine Aigue Alzheimer(12 lits) meme étage
- ... l'occasion (Actuelle) de s'interroger pour nous avec les architectes et en équipe sur notre projet d'accueil. Meme solutions? Autres? Évolution...
- Nouvelle unité avec nouvelles contraintes (service de Médecine, avec **des soins** plus importants

Conclusions:

- Services très spécialisés, qui sont à la fois des lieux de soins, des lieux de vie (même en UCC). Population très particulière.
- Restriction de liberté nécessaire (sortie en dehors du service à l'initiative du malade). MAIS en redonnant un maximum de liberté à l'intérieur: pas de réelle limite, pas de contention.
- Nous mesurons au quotidien l'intérêt de l'impact sur les TDC d'une architecture « adaptée »... En devant toujours faire évoluer vers un équilibre lié à des critères de confort et de bien être obligatoires.
- Nécessité de poursuite du travail sur le projet de PEC des résidents et patients, incluant la liberté d'aller et venir, possibilité d'évolutions...

Merci de votre attention, si vous avez
des questions

