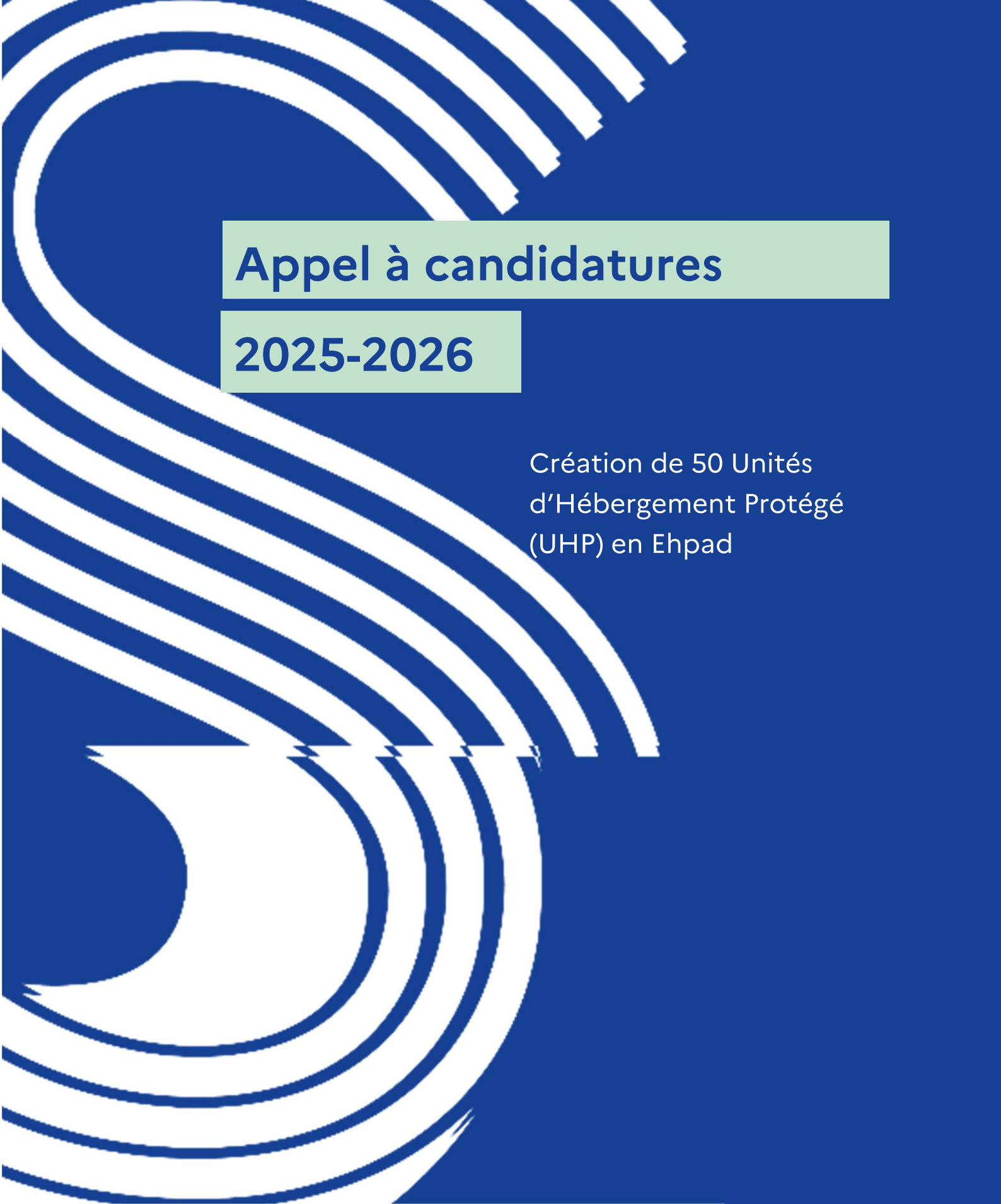




Appel à candidatures

2025-2026

Création de 50 Unités
d'Hébergement Protégé
(UHP) en Ehpad

Selon les projections de l'INSEE, d'ici à 2040, en région PACA plus du tiers de la population régionale aura plus de 60 ans et un habitant sur cinq aura 75 ans et plus, contre un sur dix aujourd'hui.

Ce phénomène a notamment pour conséquence un accroissement de la prévalence des maladies chroniques et des situations de dépendance physique, qui se conjugue aussi avec l'émergence de maladies invalidantes et neurodégénératives.

Face à l'augmentation des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs avancés, les EHPAD intègrent de plus en plus des unités spécifiques pour les malades d'Alzheimer. Initialement appelées « Cantou » (Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles), ces unités sont désormais désignées comme unités de vie protégées ou unités spécialisées Alzheimer. Il s'agit dans la plupart des cas d'unités spécialement conçues et sécurisées, localisées dans des espaces distincts au sein des EHPAD.

En région PACA, 35% des EHPAD déclarent disposer d'une unité spécifique. Cependant, celles-ci présentent des modes de fonctionnement et d'organisation particulièrement hétérogènes, pas toujours structurées pour fournir un cadre de vie sécurisant où chaque aspect, de l'architecture aux routines quotidiennes, est méticuleusement planifié pour offrir un environnement stable et adaptatif qui réponde aux exigences des résidents souffrant de maladies neurodégénératives, telles que la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence.

Ces unités échappent à un cahier des charges et ne donnent lieu à aucune autorisation et à aucun financement spécifique comme c'est le cas pour une Unité d'Hébergement Renforcé (UHR).

Afin de garantir une organisation homogène et adaptée, gage de sécurisation et de personnalisation des prises en charge, et dans une logique de coordination renforcée avec les UHR du territoire, **l'ARS PACA a engagé, dès 2023, une démarche de labellisation progressive de structures expérimentales, dénommées « Unités d'Hébergement Protégées (UHP) » au sein des EHPAD.**

Ce dispositif expérimental, actuellement en phase de déploiement - avec 17 structures porteuses recensées au 1^{er} janvier 2025 - bénéficie d'un accompagnement spécifique. Une évaluation complète est prévue d'ici la fin de l'année 2026.

Néanmoins, les premiers éléments de retour mettent d'ores et déjà en évidence son apport significatif en matière de sécurisation des parcours de prise en charge.

Au regard de ces premiers constats, et sur la base d'un cahier des charges simplifié, l'ARS PACA a décidé de **relancer un nouvel appel à candidatures régional pluriannuel, visant la création de 50 nouvelles Unités d'Hébergement Protégées (UHP) en EHPAD.**

Selon les modalités définies dans le présent cahier des charges, l'ARS souhaite également accompagner ce déploiement en incitant les gestionnaires à intégrer l'usage de nouvelles technologies et innovations au service du bien-être et de la sécurité des résidents accueillis dans ces unités

Cadre et missions d'une unité d'hébergement protégé

Il ne s'agira en aucun cas d'une extension de capacité de l'EHPAD mais de la qualification de places d'hébergement permanent dans une unité existante.

Les UHP ont pour objectif d'améliorer l'accueil et l'approche thérapeutique des résidents souffrant de troubles cognitifs, mais aussi physiques, liés à une maladie dégénérative, qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents.

L'intérêt d'une UHP est d'offrir un projet spécifique d'accompagnement, en conciliant pour chaque personne deux principes apparemment opposés : respecter la liberté et assurer la sécurité en respectant des exigences en matière de formation des personnels. Les UHP devront fonctionner avec des équipes pluridisciplinaires en nombre suffisant et spécialement formées et qualifiées dans le traitement des troubles dont souffrent les personnes âgées accueillies.

Un projet spécifique de l'Unité d'Hébergement Protégée devra obligatoirement être défini par l'établissement et intégré au projet d'établissement. Il devra s'inscrire dans le fonctionnement global institutionnel de l'EHPAD, être lisible, partagé en interne et explicité aux familles, qui demandent davantage de transparence sur les soins prodigués. Une attention particulière devra être portée à l'articulation de l'unité dédiée avec l'ensemble des autres dispositifs de prise en charge du territoire à travers une graduation de la réponse.

La conception architecturale devra également être précisée, montrant que les locaux dédiés à cette activité seront en adéquation avec les besoins et les attentes des résidents et en conformité avec les normes de sécurité.

Un aménagement environnemental adapté peut produire une amélioration considérable dans le comportement des personnes.

C'est pourquoi, **l'environnement architectural** - dont les aménagements des espaces - devra tenir compte non seulement des spécificités des résidents quant à leurs troubles du comportement, mais aussi des déficiences sensorielles en ayant recours à des adaptations de l'environnement (couleur des murs, luminosité, insonorisation, etc.). De plus, cet environnement devra être conçu de façon à protéger le bien-être émotionnel, à réduire l'agitation et l'agressivité des résidents.

Aussi l'UHP devra répondre aux mêmes exigences d'environnement architectural que celles d'une UHR : l'unité devra disposer d'espaces privés et collectifs, d'une ouverture sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse clos et sécurisé, accessible dans les conditions permettant de garantir la sécurité.

Les modalités de fonctionnement de l'unité protégée devront être inscrites au sein du livret d'accueil et du règlement de fonctionnement et mentionner : les critères d'admission et de sortie, les modalités de fonctionnement, notamment les activités thérapeutiques individuelles et collectives, ainsi que les modalités d'accompagnement et de soins appropriés.

I – Première exigence : une population ciblée et des procédures clairement définies

1.1 – Une population ciblée

L'UHP accueillera des résidents de l'EHPAD **souffrant de symptômes psycho-comportementaux modérés à sévères (cris, déambulation, agitation...)** qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents.

Les symptômes psychologiques et/ou comportementaux nécessitant une prise en charge spécifique en UHP seront donc principalement **les symptômes dits « productifs » ou « gênants » tels que l'agitation psychomotrice, les troubles du sommeil et l'agressivité verbale ou physique.**

1.2 – Des procédures d'admission, de sortie et de retour clairement définies

Le parcours du résident accueilli en UHP comprend trois étapes que sont **l'admission, et le séjour et la sortie.**

Le résultat attendu de ce parcours est **une stabilisation des troubles du comportement** du résident grâce à **une approche thérapeutique adaptée**, dans un environnement sécurisant et sécurisé.

1. Préalablement à l'admission au sein l'UHP

En amont de l'admission à l'UHP, une procédure de pré-admission pour tous les résidents sera mise en place en lien avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur :

- ❖ en échangeant entre confrères sur la pertinence d'un séjour en UHP et des capacités d'adaptabilité du résident potentiel compte tenu de son profil et de ses caractéristiques ;
- ❖ en échangeant entre confrères sur le profil et les caractéristiques du futur résident afin de s'assurer que l'accompagnement proposé pourra répondre à ses attentes et besoins ;
- ❖ en recherchant au plus tôt le consentement du résident et/ou, selon la situation, celui de son représentant légal, personne de confiance dans le respect des dispositions légales et réglementaires relatives au secret professionnel.

Il sera donc impératif :

- que le diagnostic ait été posé,
- que le Girage ait été effectué,
- que l'évaluation des troubles du comportement ait été réalisée,
- qu'une concertation en équipe pluridisciplinaire ait eu lieu.

2. L'admission

Une procédure d'admission avec un contrat de séjour type devront être mis en place. L'admission en UHP sera possible pour tout nouveau résident (admission « directe ») venant du domicile ou de toutes autres structures extérieures à l'EHPAD. L'admission sera également possible dans le cas de l'orientation d'un résident d'une chambre « classique » de l'EHPAD.

L'arrivée du nouveau résident devra faire l'objet d'une procédure avec différentes étapes :

- ❖ la validation de l'admission en UHP par le médecin coordonnateur en liaison avec le médecin traitant ;
- ❖ la connaissance du parcours du résident (structure d'origine : EHPAD, domicile...);
- ❖ le recours à des échanges avec le service d'accueil ou l'établissement précédent.

Les équipes devront personnaliser l'accompagnement du résident qu'il vienne ou non de l'EHPAD en recueillant un maximum d'informations et notamment sur ses habitudes de vie y compris la nuit.

3. La sortie

Deux situations justifiant la sortie d'UHP sont possibles :

- ❖ **Vers un « hébergement classique » au sein de l'EHPAD**, dès lors que les troubles du résident sont stabilisés ou que son état ne justifie plus de cet accueil spécifique : la préparation à la sortie devra être organisée (au même titre que l'accueil) en hébergement permanent classique
- ❖ **Vers l'UHR du territoire**, afin de renforcer l'accompagnement des résidents pour lesquels la maladie évoluerait vers des troubles plus importants. A ce titre, il conviendra d'impliquer et d'informer les proches du résident, que transfert se fera pour une période définie et qu'une sortie de l'UHR pourra se faire dès lors que les troubles du résident seront stabilisés ou que son état ne justifiera plus de cet accueil spécifique

Pour ces deux cas, une procédure devra également être élaborée et en intégrer les critères de sortie, définissant les conditions d'accompagnement (accompagnement psychologique, évolution du projet de vie, participation des familles...).

Il convient de noter que deux autres situations peuvent justifier le retour au sein d'une UHP :

- ❖ **À partir d'un « hébergement classique » de l'EHPAD**, dès lors que les troubles du résident justifient à nouveau une prise en charge spécifique : la préparation au retour devra être organisée au sein de l'UHP
- ❖ **Depuis l'UHR du territoire** : dès lors que les troubles du résident sont stabilisés en UHR, la préparation à la sortie de l'UHR vers l'UHP devra être organisée :
 - en échangeant avec le résident et ses proches sur ses souhaits quant à la suite de son parcours d'accompagnement ;
 - avec une prise de contact (médecin coordonnateur, infirmier) entre les deux structures (UHR et UHP) sur le parcours du résident et les accompagnements qui ont été mis en place ;
 - en informant des traitements médicamenteux et non médicamenteux qui ont été mis en place tout au long de son séjour en UHR.

Ainsi le transfert de l'UHR vers l'UHP pourra s'effectuer en s'assurant de la transmission de toutes les informations nécessaires pour une bonne approche thérapeutique du résident par la nouvelle équipe soignante ou par ses proches (y compris le dossier personnel (photos, préférences) sous réserve de l'accord de la personne et de ses proches ou du représentant légal).

La labellisation d'UHP doit permettre de construire une vraie démarche de partenariat et de passerelle avec l'UHR du territoire, et en lien avec l'ensemble des acteurs de la filière gériatrique.

L'objectif sera de fluidifier le parcours de soin du résident, et notamment de lui permettre de sortir de l'UHP vers l'UHR (si son état de santé le permet) pour une durée maximale de 6 mois renouvelable une fois soit au total 12 mois, avec en ligne de mire, l'objectif de retour au sein de l'EHPAD d'origine dès lors que son état aura été stabilisé.

L'articulation entre l'EHPAD porteur d'UHP et l'UHR du territoire sera fondamentale.

Une convention liant l'EHPAD disposant d'une UHP et celui disposant d'une UHR devra être signée.

Cette convention mentionnera notamment :

- les modalités d'entrée du résident de l'UHP vers l'UHR
- les modalités de sortie du résident de l'UHR vers l'UHP

Les 2 établissements devront s'assurer de la transmission de toutes les informations nécessaires pour une bonne approche thérapeutique du résident par la nouvelle équipe soignante y compris le dossier personnel (photos, préférences) sous réserve de l'accord de la personne et de ses proches ou du représentant légal.)

Dans le cas d'un retour en UHP à partir de l'UHR : si l'EHPAD est à pleine capacité aux termes de la période de 6 mois (ou 12 mois maximum), le résident devra rester dans l'UHR le temps qu'une place se libère. Dès lors qu'une place sera libérée, ce résident sera **obligatoirement prioritaire** pour retourner au sein de l'UHP.

II – Deuxième exigence : un accompagnement personnalisé renforcé

L'entrée en UHP devra donner lieu à l'élaboration ou l'actualisation du **projet personnalisé du résident**.

Le fonctionnement de l'unité devra être centré sur **l'individualisation renforcée** de la prise en charge des résidents et adaptée aux troubles du comportement. L'accompagnement au sein de l'unité devra donc **impérativement** s'intégrer dans le projet de vie de la personne et prendre en considération :

- ❖ son rythme de vie, y compris la nuit ;
- ❖ ses 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 devra être régulièrement réévalué et adapté en fonction des besoins de la personne sous la responsabilité du médecin coordonnateur en lien avec l'infirmier coordonnateur.

Toute UHP proposera préférentiellement et prioritairement des activités **individuelles** qui devront concourir :

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

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

Une attention particulière sera portée à **la mise en place de thérapies non médicamenteuses personnalisées (TNMP)**, particulièrement pour les résidents présentant des difficultés pour dormir la nuit. **Des réunions hebdomadaires ou bi-hebdomadaires** autour des situations cliniques devront être organisées sur ce point. Il est également préconisé qu'une organisation soit mise en place en fonction des besoins en permettant une prise en charge de jour mais aussi à des heures plus tardives.

III – Troisième exigence : un personnel dédié, volontaire, stable et formé

3.1 - Le personnel intervenant au sein de l'unité

L'UHP devra disposer d'un **socle minimum de personnels dédiés, qualifiés, motivés, volontaires et soutenus**.

A cet effet, l'unité devra impérativement être dotée, sur la partie relative aux soins :

- d'une équipe **dédiée** d'aide-soignant ou d'aide médico-psychologique ou d'accompagnement éducatif et social ou d'assistant de soins en gériatrie,
- d'un temps infirmier
- d'un temps de psychomotricien et/ou d'ergothérapeute
- d'un membre du personnel soignant diplômé, **présent en continu au sein de l'unité 7 jours/7, jour et nuit** : ce personnel officiera en complément des autres professionnels de nuit et **ne devra pas intervenir sur les autres secteurs de l'EHPAD**

La présence d'un médecin coordonnateur et d'un IDEC / Cadre de santé sont des conditions indispensables à la labellisation d'une UHP.

Ils devront travailler en étroite collaboration, afin de coordonner et de suivre le projet de soins et de vie spécifique de l'unité.

L'unité fera partie de l'EHPAD, mais disposera d'un projet qui lui sera propre. A ce titre, chaque membre dédié à l'unité devra disposer **d'une fiche de poste spécifique, nominative, datée et signée**, mentionnant clairement l'exercice des fonctions au sein de l'UHP.

Un planning propre à l'UHP devra également être mis en place.

Par ailleurs, un référent de l'UHP devra être désigné par l'EHPAD ; sa désignation sera mentionnée dans sa fiche de poste.

L'ARS PACA prêter une attention particulière à l'ensemble des points mentionnés dans ce chapitre, et particulièrement à **la stabilité du personnel intervenant au sein de l'unité**.

3.2 - La formation

L'analyse des différentes enquêtes menées par l'ARS PACA met en exergue le fait que **seulement 15% des EHPAD** disposant d'une UVP disposent de personnel formé à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés.

L'ensemble du personnel intervenant au sein de toute UHP devra donc être **obligatoirement et spécifiquement formé** :

- à la prise en charge des maladies neurodégénératives et des pathologies psychiatriques,

- à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie,
- aux thérapies non médicamenteuses.

Comme cela est mentionné dans le rapport Jeandel-Guérin¹, la formation du personnel constitue « *l'une des bases des unités spécifiques et **doit être continue*** ».

Des médecins experts seront chargés par l'ARS de former l'ensemble des personnels des UHP aux TNMP.

Ces formations seront réalisées selon 2 modèles :

1 - session de formation pour le personnel de l'UHP (environ 3h)

2 - session de compagnonnage (1 journée avec les équipes de plusieurs UHP)

Des crédits non pérennes seront alloués pour chacune de ces interventions.

IV – Quatrième exigence : l'existence de locaux dédiés, accessibles et sécurisés

L'environnement devra être le support d'un projet de vie et de soin adapté. Il devra faciliter les conduites autonomes et limiter les comportements inadaptés.

Les unités de petite taille permettent d'éviter la sur-stimulation entre des résidents trop nombreux, de favoriser les interactions sociales et de créer du lien entre les résidents.

L'UHP devra donc être conçue pour héberger obligatoirement de **12 à 14 résidents au maximum**. **Aucune dérogation ne sera accordée à cette cible capacitaire.**

L'unité devra être intégrée de façon préférentielle au rez-de-chaussée de l'EHPAD afin de favoriser l'accès à un espace extérieur dans l'idéal à un jardin thérapeutique aménagé, *a minima* à une terrasse.

L'unité devra **impérativement** disposer :

- **uniquement de chambres simples**
- d'une entrée adaptée, d'espaces privés, d'un espace repas avec office, d'un espace salon dédié au repos et à certaines activités collectives,
- d'une salle de bain/bien-être, de WC,
- d'au moins un espace d'activités adaptées,
- des locaux de service nécessaires au fonctionnement de l'unité,
- d'un jardin ou d'une terrasse

La conception architecturale de l'unité devra :

¹ Recommandation N°3, page 42

- 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.

L'ensemble de la conception architecturale **devra faciliter la déambulation sans risque pour le résident**. La circulation des résidents déambulant devra notamment :

- pouvoir s'effectuer au sein des différents espaces de l'unité sans gêne ;
- pouvoir leur éviter de **se retrouver dans une voie sans issue**.

Une attention particulière sera également apportée à des aménagements spécifiques adaptés afin de prévenir les risques tels que :

- des revêtements de sol antidérapants ;
- des couleurs adaptées/apaisantes au sol et aux murs ;
- le contrôle des accès à code ;
- la mise en place de poignées permettant une fermeture des chambres de l'extérieur mais s'ouvrant normalement de l'intérieur, pour garantir la libre circulation des résidents et limiter les risques d'intrusion inopinée.

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

Il est recommandé :

- que l'UHP dispose d'un relais de soins ou à défaut qu'il soit placé à proximité.
- de mettre à disposition du matériel de bien-être thérapeutique de type espace ou chariot snoezelen, balnéothérapie, etc.

La mise en service de l'UHP doit pouvoir se faire sans délai, soit dès 2025.

L'ARS n'allouera aucun financement relatif à la réfection, la réhabilitation ou l'adaptation des UHP.

V – Cinquième exigence : la prise en compte des familles

Dès le processus de préadmission en UHP, il sera nécessaire d'informer l'entourage :

- ❖ que son implication dans le projet de soin et de vie, s'il la désire, est souhaitable et profitable au patient
- ❖ que le parcours de soins de leur proche peut nécessiter un passage au sein de l'UHP du territoire durant un temps limité (6 à 12 mois) avant son retour au sein de l'EHPAD en UHP ou hébergement classique.

L'existence d'un contrat passé entre les proches du résident et l'équipe, réévalué régulièrement, permettrait d'initier cette implication et de la réévaluer, par la suite.

VI - Sixième exigence : la coordination au sein même de l'EHPAD et à l'extérieur

Au préalable, il est impératif qu'un **réfèrent de l'UHP** soit nommé au sein de l'établissement, à savoir de manière préférentielle l'IDE ou le médecin coordonnateur.

6.1 - Au sein de l'EHPAD

L'équipe dédiée à l'UHP devra travailler en lien avec le reste du personnel et participer à des réunions d'équipes élargies.

La direction de l'EHPAD devra encourager les échanges entre l'équipe de l'UHP et l'équipe de l'EHPAD en organisant régulièrement des réunions. Elles devront avoir pour objectif notamment de :

- mieux connaître l'UHP et ses modalités de fonctionnement ;
- présenter les moyens mis en œuvre pour accompagner les résidents ;
- solliciter l'ensemble des équipes pour être force de propositions et d'actions innovantes ;
- informer les équipes sur les programmes d'activités et d'ateliers thérapeutiques ;
- harmoniser les pratiques professionnelles de l'EHPAD et de l'UHP afin d'analyser les bénéfices des activités sur les comportements des résidents ;
- échanger sur des résidents de l'EHPAD qui pourraient être susceptibles de bénéficier d'un tel accompagnement.

Des réunions hebdomadaires voire bi-hebdomadaires devront également être organisées, autour des situations cliniques dans le cadre de la mise en place des thérapies non médicamenteuses personnalisées. Ces éléments devront être tracés sur le logiciel de soins.

En cas de présence d'un PASA au sein de l'EHPAD : toute personne accueillie au sein d'une UHP pourra bénéficier d'une prise en charge individualisée au sein d'un PASA, dans le respect des conditions réglementaires d'admission (troubles modérés). La prise en charge au sein du PASA est complémentaire à celle de l'UHP et ne devra pas se substituer à la prise en charge personnalisée et individualisée dont devra bénéficier chaque résident de l'unité protégée.

En cas de présence d'un dispositif « Athena » (ex PASA de nuit) au sein de l'EHPAD : toute personne accueillie au sein d'une UHP pourra bénéficier d'une prise en charge au titre du PASA de nuit, à travers la mise en œuvre de thérapies non médicamenteuses personnalisées, et dans le respect du cahier des charges. L'évaluation de la pertinence de la prise en charge prendra en compte l'impact sur les troubles du comportement la nuit mais également le comportement de jour. Cet axe de travail est prioritaire mais non exclusif.

En cas de présence d'un accueil de jour rattaché à l'EHPAD : l'accueil des usagers issus de l'accueil de jour au sein de l'Ehpad, et donc par voie de conséquence de l'UHP est **totale**ment interdite. En cas de contrôle attestant d'une prise en charge d'un usager de l'accueil de jour au sein de l'UHP, les financements de l'UHP et de l'accueil de jour seront repris en année pleine sur le champ.

VII – Septième exigence : le recours à l'Intelligence Artificielle (IA)

7.1 – Cadre général

Les innovations technologiques jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de la vie des personnes âgées, que ce soit en EHPAD ou à domicile.

Les systèmes de détection intelligents révolutionnent la surveillance. Des capteurs non intrusifs analysent les mouvements et préviennent les chutes. Des dispositifs alertent immédiatement le personnel en cas d'anomalie. Selon une étude de la CNSA, ces technologies réduisent les incidents de 37%.

Lors d'un groupe de travail régional réunissant l'ARS et trois organismes gestionnaires ayant recours à l'IA dans leur organisation et leur fonctionnement, il a été constaté que ce dispositif pouvait jouer un rôle de soutien pour :

- améliorer la qualité de vie des résidents accueillis,
- renforcer la sécurité de la prise en charge (détection des chutes notamment)
- optimiser le travail du personnel soignant en venant appuyer de leurs missions et en les soulageant de certaines tâches répétitives ou à faible valeur ajoutée.

Le prérequis indispensable est que l'IA ne remplace pas le personnel soignant mais lui apporte une aide significative dans le cadre de ses missions.

Les avancées en intelligence artificielle représentent un tournant dans le domaine des soins. Par exemple, des outils d'IA peuvent surveiller l'état de santé des seniors, anticiper les besoins en soins et même signaler des éventuels problèmes. Cette technologie facilite la prise de décision pour les soignants tout en assurant une attention accrue aux résidents.

Plusieurs types de dispositifs existent avec pour seuls prérequis une prise électrique et une couverture Wifi.

Ces dispositifs ont la capacité d'analyser en temps réel des sonorités ou des agitations grâce à une Intelligence Artificielle entraînée à **détecter les bruits ou les mouvements nécessitant l'intervention d'un soignant** (choc inquiétant, vomissement, appel au secours, gémissement, détresse respiratoire...)

Des alertes qualifiées sont adressées en simultanée sur des smartphones fournis aux soignants,

Par ailleurs, l'IA a la capacité de fournir **en temps réel des informations** sur les smartphones des soignants quant à l'activité en chambre (pictogramme sommeil, éveil, TV...), tout **en respectant les règles de confidentialité et la vie privée des résidents**.

Les bénéfices identifiés sont les suivants :

- Une plus grande réactivité des soignants en cas de problème
- Un sommeil mieux respecté (absence de « ronde » systématique de nuit)
- Diminution du nombre chutes des résidents
- Un sentiment plus grand de sécurité pour les soignants (« on est partout »)
- Un gage de sérénité et de confiance pour les familles

7.2 - Périmètre du projet

1. Domaines d'application de l'IA envisagés :

- ❖ Détection de comportements à risque (chutes, déambulation inhabituelle, agitation nocturne...).
- ❖ Outils de communication adaptés pour les résidents présentant des troubles de la parole ou de la mémoire.
- ❖ Stimulation cognitive via des assistants vocaux ou tablettes intelligentes.
- ❖ Analyse prédictive pour anticiper des troubles du comportement ou des besoins médicaux.

2. Exclusions :

- ❖ Toute prise de décision médicale automatisée sans validation humaine
- ❖ **Remplacement total du personnel par des dispositifs d'IA**

3. Parties Prenantes :

- ❖ Direction de l'EHPAD
- ❖ Équipe médicale et soignante
- ❖ Résidents et familles (accord du CVS obligatoire pour mettre en place ce type de dispositifs)
- ❖ Fournisseurs de solutions IA
- ❖ Service informatique
- ❖ Autorités de contrôle (ARS, CNIL...)

4. Contraintes réglementaires :

- ❖ Conformité au RGPD (protection des données personnelles)
- ❖ Consentement éclairé des résidents ou de leurs représentants
- ❖ Encadrement éthique de l'usage de l'IA

5. Contraintes humaines :

- ❖ Acceptabilité par les équipes (formation, accompagnement au changement)
- ❖ Respect de la vie privée et de la dignité des résidents

7.3 – Financement de l'IA

L'ARS apportera un soutien financier aux porteurs choisis dans le cadre du présent appel à candidatures avec **l'octroi d'un forfait non pérenne de 2 200 euros par lit d'UHP.** Ce financement concerne strictement l'achat de solutions innovantes d'assistance. Aucun financement complémentaire ne sera alloué pour la réalisation de travaux.

VIII – Nombre d'UHP

Aux termes du présent appel à candidatures, 50 Ehpad seront choisies dans le cadre de la mise en place d'une Unité d'hébergement protégée en leur sein. Les critères établis sur la base du nombre d'Ehpad et les équilibres territoriaux amènent à envisager **la répartition indicative suivante :**

Département	Nombre d'UHP choisies
Alpes de Haute Provence	de 3 à 5
Hautes Alpes	de 3 à 5
Alpes Maritimes	de 10 à 12
Bouches du Rhône	de 10 à 12
Var	de 10 à 12
Vaucluse	de 6 à 8
TOTAL	50

IX – Financements, éligibilité et modalités de candidatures

9.1 - Financement

Le financement d'une UHP s'établit sur la base d'un **forfait annuel de 125 000 €, en financements complémentaires.** Ces crédits devront prioritairement permettre de recruter un personnel soignant officiant la nuit de façon continue au sein de l'UHP. Le budget sera alloué sur une période de deux années **en financements complémentaires dans un premier temps.**

A ce financement viendra s'ajouter le forfait à la place relatif à l'IA, en crédits non reconductibles.

Pour les projets sélectionnés, aux termes de deux ans suivant le démarrage de l'UHP, l'organisation et le fonctionnement de l'Unité donnera lieu à une évaluation par les services de l'ARS.

Sous réserve des résultats de l'évaluation menée, les financements seront notifiés à titre pérenne et l'UHP sera officiellement labellisée.

Dans tous les cas, le financement est opéré à 100% sur le forfait soins, sans aucun impact sur le forfait dépendance.

A ce titre, le temps de travail du psychologue ne devra pas être modifié ; toutefois, sa collaboration devra être encouragée. Il s'agira pour lui tout autant de valider les actions menées, d'en assurer le suivi que d'en évaluer les effets grâce à une évaluation des résidents pris en charge au sein de l'UHP.

A l'exception de crédits relatifs à la formation et aux matériels relevant du périmètre soins mentionnés dans le présent cahier de charges, aucun crédit non pérenne complémentaire ne sera alloué

9.2 - Éligibilité du porteur

Au 1^{er} juin 2025, l'ARS ne dispose pas du calibrage des enveloppes régionales non pérennes et se réservera donc le choix d'accompagner financièrement une partie des porteurs choisis en 2025, puis une autre partie au cours de l'exercice 2026, de l'UHP en termes de temporalité, inscrivant par conséquent cet appel à candidatures **dans une perspective pluriannuelle.**

Au-delà du respect des exigences mentionnées dans le présent cahier des charges, les EHPAD éligibles à une labellisation d'UHP devront **obligatoirement respecter les critères cumulatifs suivants :**

1. **Disposer d'un médecin coordonnateur et d'un IDEC / cadre de santé**
2. **Disposer d'une « taille critique » suffisante (80 lits d'EHPAD minimum²)**

Néanmoins, cette dernière condition ne sera pas retenue :

- Dans les territoires ciblés où les structures ne disposent pas de ce volume capacitaire
- Si l'EHPAD candidat est physiquement rattaché à un Établissement de Santé

Les EHPAD disposant d'une UHR ne pourront pas prétendre à la labellisation d'une UHP, sauf à solliciter une transformation de leur UHR en UHP, modulo une réévaluation de leur dotation.

² Taille retenue sur un même site géographique

Les services de l'ARS prioriseront les candidatures selon plusieurs critères, parmi lesquels notamment :

- 1. Le maillage territorial du dispositif** pour mieux répondre aux besoins de l'ensemble de la population
- 2. La situation actuelle de la structure en termes d'activité :** les EHPAD présentant un taux d'occupation supérieur à 90% en 2024
- 3. L'organisation et le fonctionnement de l'UVP de l'Ehpad jusqu'à présent**
- 4. Le respect des dispositions réglementaires et des autorisations :** les EHPAD verront leurs candidatures automatiquement rejetées dans les cas suivants :
 - * les EHPAD disposant d'accueils de jour dont le taux d'activité moyen est inférieur à 65% sur l'année 2024 ;
 - * les gestionnaires ayant décidé de suspendre l'exploitation d'une partie de leurs places sans en informer au préalable l'ARS ;
 - * les gestionnaires n'ayant pas déposé leur ERRD dans les délais réglementaires ou n'ayant pas respecté le décret sur la transparence financière ;
 - * les gestionnaires n'ayant pas ou partiellement renseigné le rapport d'activité dématérialisé 2024 lancé par l'ARS ;
- 5. Les EHPAD ayant bénéficié de financements entre 2022 et 2024 pour la mise en place de dispositifs et qui n'en ont pas respecté les cahiers des charges régionaux**

Seront également exclus d'office les dossiers incomplets, ne répondant pas aux exigences du cahier des charges ou présentant un dépassement du budget.

9.3 - Dépôt de candidature

Dossier de candidature

Le dossier sera transmis par courriel (format word ou pdf) à l'adresse suivante :

ars-paca-doms-pa@ars.sante.fr

Il devra mentionner dans l'objet la référence à l'appel à candidature « Candidature UHP » suivi du numéro du département. Pour toute question relative à cet appel à candidature, un courriel pourra être adressé à cette adresse.

Le dossier de candidature devra comporter **au maximum 20 pages**. En complément, **les plans et les photos des locaux** devront obligatoirement être transmis de même que le budget et les conventions de coopération.

Calendrier de l'appel à candidature

- ❖ Réception des candidatures : Fenêtre de dépôt ouverte jusqu'au **13 octobre 2025 à 14h**
- ❖ Commission de sélection des dossiers : novembre 2025
- ❖ Délégation des crédits et installation de l'UHP : seconde phase de campagne 2025

