

**Unités d’hébergement renforcées**

**en EHPAD**

**Dossier de candidature**

Nom de l’établissement :

Adresse :

**Nom du Directeur :**

Téléphone : I\_II\_I I\_II\_I I\_II\_I I\_II\_I I\_II\_I

Courriel @ :

**Nom du médecin coordonnateur :**

Téléphone : I\_II\_I I\_II\_I I\_II\_I I\_II\_I I\_II\_I

Courriel @ :

**DEMANDE DE L’ETABLISSEMENT**

*Tous les items doivent être renseignés.*

* **Capacités**:

Capacité EHPAD autorisée : I\_I\_I\_I Capacité EHPAD installée : I\_I\_I\_I

Dont Hébergement permanent : I\_I\_I

Dont Hébergement temporaire : I\_I\_I

Dont Accueil de jour : I\_I\_I

Dont PASA : I\_I\_I

Autre (préciser) : I\_I\_I

Nombre de lits habilités à l’aide sociale : I\_I\_I\_|

Capacité UHR demandée : I\_I\_I

* **CPOM :**

Date de signature : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ ou Date prévisionnelle : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

* **Prise en charge actuelle des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer et apparentées** *(préciser les capacités)*:

Unité spécifique d’hébergement : I\_I\_I

*Si oui, la décrire (locaux, personnel)*:

**\* Description du projet d’UHR**

* **Projet d’établissement :**

Inscription du projet d’UHR dans le projet d’établissement : oui ❒ non ❒

Critères d’entrée en UHR :

Définition des modalités d‘entrée en UHR :

Critères de sortie d’UHR :

Modalités de sortie d’UHR :

* Inscription dans le **livret d’accueil** : oui ❒ non ❒
* Inscription dans le **contrat de séjour** : oui ❒ non ❒
* **Modalités d’accompagnement thérapeutique** :

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectifs** | **Activités proposées**  **(préciser le caractère individuel ou collectif**  **des activités)** |
| Gestion des troubles du comportement |  |
| Maintenir ou réhabiliter les capacités fonctionnelles restantes |  |
| Maintenir ou réhabiliter les fonctions cognitives restantes |  |
| Mobiliser les fonctions sensorielles |  |
| Maintenir le lien social |  |
| Autres (préciser) : |  |

* Les modalités d’organisation de cet accompagnement

Rythme, activités en groupes, méthode de constitution de ces groupes, quels accompagnants…

* Les modalités de suivi et d’évaluation de cet accompagnement

**Transmettre un planning d’activité prévisionnelle :**

Modalités de prescription des activités :

Existence d’un projet d’animation spécifique : oui ❒ non ❒

Inscription de l’accompagnement de vie et de soins en UHR dans le projet d’accompagnement individualisé : oui ❒ non ❒

Formalisation du projet de vie / projet d’accompagnement : oui ❒ non ❒

Si oui, préciser :

Lien avec les familles :

**Localisation géographique :** joindre un plan détaillé de l’UHR

Individualisation d’une unité : oui ❒ non ❒

**\*Description de l’UHR**

Modalités de sécurisation :

Nombre de chambres individuelles équipées d’une salle d’eau : I\_I\_I

**Existence d’espaces identifiés** :

De convivialité et de soins : oui ❒ non ❒

Activités et soins : oui ❒ non ❒

Commun de bain, de soins et bien être : oui ❒ non ❒

Sécurisé :  oui ❒ non ❒

**Jardin** : **oui ❒ non ❒**

Attenant à l’UHR : oui ❒ non ❒

Sécurisé : oui ❒ non ❒

**Terrasse** :  **oui ❒ non ❒**

Attenante à l’UHR : oui ❒ non ❒

Sécurisée : oui ❒ non ❒

Commentaires :

**\* Diagnostic territorial**

Nombre de résidents de l’établissement éligibles : I\_I\_I

Nombre de résidents des autres établissements potentiellement éligibles\* : I\_I\_I

***\*Un diagnostic des besoins doit être réalisé afin de connaitre le nombre de personnes sur le département qui pourraient être concernées par la prise en charge en UHR****.*

*Pour réaliser ce diagnostic, l’EHPAD candidat doit recenser le nombre de résidents potentiellement concernés par la prise en charge en UHR dans les autres établissements du territoire (EHPAD notamment). Celui-ci peut s’appuyer du tableau suivant afin d’établir un nombre de résidents potentiellement concernés par la prise en charge en UHR.*

Les résidents éligibles sont des résidents atteints d’une maladie d’Alzheimer ou apparentées diagnostiquée, présentant des troubles du comportement sévères, pour lesquels l’évaluation pratiquée selon la grille NPI-ES a montré un score supérieur à 7 à au moins un des 7 items mesurant les troubles du comportement perturbateurs (idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, exaltation de l’humeur/euphorie, désinhibition, irritabilité/instabilité de l’humeur, comportement moteur aberrant). En cas d’agitation, l’évaluation est complétée par l’utilisation de l’échelle d’agitation de Cohen-Mansfield.

**Tableau récapitulatif des résultats NPI-ES pour les résidents présentant   
une maladie d’Alzheimer ou apparentée diagnostiquée**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ID | Hal | AG | DD | Anx | EHE | Ap In | Dés | IIH | CMA |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Les nombres de 1 à 20**correspondent aux résidents évalués. Les scores obtenus pour chaque item correspondent au produit de la fréquence du comportement observé et du degré de gravité de ce comportement. Insérer des lignes supplémentaires si nécessaire.*

|  |  |
| --- | --- |
| **ID :** | Idées délirantes |
| **Hal :** | Hallucinations |
| **AG :** | Agitation / Agressivité |
| **DD :** | Dépression / Dysphorie |
| **Anx :** | Anxiété |
| **EHE :** | Exaltation de l’humeur / Euphorie |
| **Ap In :** | Apathie / Indifférence |
| **Dés :** | Désinhibition |
| **IIH :** | Irritabilité / Instabilité de l’humeur |
| **CMA :** | Comportement moteur aberrant |

Autres modalités de repérage des troubles du comportement :

**\* Personnel**

*Préciser les effectifs et ETP de personnels dédiés à l’UHR.*

*Préciser s’il s’agit de personnels supplémentaires financés dans le cadre du présent appel à candidature (création) et à quelle hauteur.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Effectif total** | **ETP par redéploiement** | **ETP par création** | **Coût des ETP créés** |
| Médecin |  |  |  |  |
| Infirmier |  |  |  |  |
| Aide soignant\* |  |  |  |  |
| Aide médico-psychologique\* |  |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |  |

*\* Ces personnels devront recevoir la formation d’assistant de soins en gérontologie.*

Présence infirmière le jour : oui ❒ non ❒

Présence infirmière la nuit : oui ❒ non ❒

Présence d’un soignant la nuit : oui ❒ non ❒

Quelle est sa qualification :

**Formation du personnel :**

* Formation assistant de soins en gérontologie :

Nombre d’aides soignants et aides médico-psychologiques formés : I\_I\_I

Formations restantes d’ASG prévues au plan de formation : oui ❒ non ❒

Préciser l’année: I\_I\_I\_I\_I

* Autres formations :

Joindre un budget prévisionnel de l’UHR

**\* Evaluation**

Quels indicateurs d’évaluation des troubles du comportement prévoyez-vous ?

A quelle fréquence ?

**\* Partenariats :** *transmettre les conventions*

Inscription dans la filière de soins gériatriques (description) :

Etablissements sanitaires (description) :

Convention de partenariat avec une UCC :

Psychiatrie (description) :

EHPAD et secteur médico-social (description) :

**\* Résumé du diagnostic territorial**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Positif (pour la création de l’UHR) | Négatif (pour la création de l’UHR) |
| Origine interne à l’établissement | Forces | Faiblesses |
| Origine externe à l’établissement | Opportunités | Menaces |