

**Unités d’hébergement renforcées (UHR) en EHPAD**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’établissement** |  |
| Adresse |  |
| Courriel  : @ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du Directeur :** |  |
| Téléphone : |  |
| Courriel  : @ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du médecin coordonnateur :** |  |
| Téléphone : |  |
| Courriel  : @ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CAPACITES AUTORISEES** | | **CAPACITES INSTALLEES** | |
| Nombre de lits d’hébergement |  | Nombre de lits d’hébergement : |  |
| Dont Hébergement permanent (HP) : |  | Dont Hébergement permanent (HP) : |  |
| Dont Hébergement temporaire (HT) : |  | Dont Hébergement temporaire (HT) : |  |
| Nombre de places d’accueil de jour |  | Nombre de places d’accueil de jour |  |
| Nombre de places PASA : |  | Nombre de places PASA : |  |
| Autre (préciser) : |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | HP | HT |
| Nombre de lits habilités à l’aide sociale : |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CPOM : | Date de signature : |  |
|  | Date de prise d’effet |  |

**DEMANDE DE L’ETABLISSEMENT**

*Tous les items doivent être renseignés.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Capacité UHR demandée :** |  |

**Prise en charge ACTUELLE des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer et apparentées**:

|  |  |
| --- | --- |
| 1/ capacités de l’unité spécifique d’hébergement : |  |
| *décrire (locaux, personnel)* : |  |

*Et si besoin :*

|  |  |
| --- | --- |
| 2/ capacités de l’unité spécifique d’hébergement : |  |
| *décrire (locaux, personnel)* : |  |

|  |
| --- |
| Informations globales et complémentaires sur cette prise en charge actuelle |
|  |

-----------------------------------

**Description du projet d’UHR**

**Projet d’établissement de l’EHPAD :**

|  |  |
| --- | --- |
| Validité du projet d’établissement (PE) : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Inscription du projet d’UHR et modification des documents : | OUI - DATE | PREVUE LE |
| **projet d’établissement** |  |  |
| **livret d’accueil** |  |  |
| **contrat de séjour** |  |  |

**Critères d’admissibilité en UHR :**

|  |  |
| --- | --- |
| Critères d’entrée en UHR |  |
| Définition des modalités d‘entrée en UHR : |  |
| Critères de sortie d’UHR : |  |
| Modalités de sortie d’UHR |  |

**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

|  |
| --- |
|  |

* Les activités

|  |  |
| --- | --- |
| Transmettre un planning prévisionnel d’activité thérapeutique  Personne chargée de son élaboration, de son suivi |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Modalités de prescription des activités |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Formalisation du projet de vie individualisé :  oui  non  - Préciser : |  |
| Inscription de l’accompagnement de vie et de soins en UHR dans le projet de vie individualisé :  oui  non  - Préciser : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Lien avec les familles : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Existence d’un projet d’animation spécifique UHR :  oui  non  - Préciser : |  |

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

* Description de l’UHR à créer

|  |  |
| --- | --- |
| Individualisation d’une unité : | oui  non  Préciser |
| Modalités de sécurisation |  |
| Nombre de chambres individuelles équipées d’une salle d’eau : |  |

* 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 |

* Espaces extérieurs :

|  |  |
| --- | --- |
| Terrasse attenante à l’UHR : | oui  non |
| Terrasse sécurisée : | oui  non |
| Jardin attenant à l’UHR : | oui  non |
| Jardin sécurisé : | oui  non |

|  |
| --- |
| Commentaires : |
|  |

**Diagnostic territorial**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de résidents de l’établissement éligibles : |  |
| Nombre de résidents des autres établissements potentiellement éligibles (\*) : |  |

|  |
| --- |
| Commentaires : |
|  |

(\*) ***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 - page suivante - 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.

|  |
| --- |
| Autres modalités de repérage des troubles du comportement : |
|  |

**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 |

**Personnel soignant intervenant dans l’unité - Budget**

**Budget prévisionnel**

Joindre un **budget prévisionnel** de l’UHR

*Le montant des recettes du budget à présenter doit correspondre au total du nbre de places UHR x 23 500 €.*

*Il est rappelé que le forfait UHR finance les effectifs suivants : Médecin, Infirmier, Psychomotricien, Ergothérapeute, Assistant de soins en gérontologie (ou aide-soignant et aide médico-psychologique en formation ASG)*

**Tableau des effectifs** *(double clic pour l’accès au tableau excel) :*

*Les effectifs et ETP de personnels intervenant à l’UHR doivent être identifiés, toutes sections tarifaires confondues.*

**

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

*(\*\*) Le temps de psychologue intervenant en UHR est financé par la section dépendance (art. R314-163 du CASF)*

**Sécurité**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Présence infirmière le jour : | | oui  non |
| Présence infirmière la nuit : | | oui  non |
| Présence d’un soignant la nuit : | | oui  non |
| Quelle est sa qualification : |  | |
| Commentaires : | | |
|  | | |

**Formation du personnel :**

* Formation assistant de soins en gérontologie

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre d’aides-soignants et d’aides médico-psychologiques formés : |  |
| Formations restantes d’ASG prévues au plan de formation | oui  non |
| Préciser l’année |  |

* Autres formations :

|  |
| --- |
|  |

**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 |