**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 @ :

*Références règlementaires*

* **Décret n°2016-1164 du 26 août 2016** relatif aux conditions techniques minimales d’organisation et de fonctionnement des EHPAD
* **Plan Maladies Neuro-dégénératives 2014-2019 :** mesure 27
* **Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 :** Mesure 16.
* **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"
* **Instruction interministérielle DGAS/DHOS/DSS n°2010-06 du 7 janvier 2010** relative à l’application du volet médico-social du plan Alzheimer.
* **Instruction DHOS du 23 février 2010** relative aux modalités de déploiement et de financement des unités d’hébergement renforcées dans le secteur sanitaire.
* **Circulaire interministérielle DGCS/DSS n°2010-179 du 31 mai 2010** relative aux orientations de l’exercice 2010 pour la campagne budgétaire des établissements et **services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.**
* **Circulaire interministérielle DGCS/SD3A/DGOS/SDR n°2011-362 du 19 septembre 2011** relative à la mesure 16 (pôle d’activités et de soins adaptés et unités d’hébergement renforcées) du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

**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

Capacité UHR demandée : I\_I\_I\_I

* **Convention tripartite :**

Date de signature : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

* **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)*:

Hébergement temporaire : I\_I\_I

Accueil de jour : I\_I\_I

Autre (préciser) : I\_I\_I

**\* 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 :

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)** |
| 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 :**

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 de vie individualisé : oui ❒ non ❒

Formalisation du projet de vie : 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 : 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 :

**\* Population accueillie**

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

Les résidents éligibles sont des résidents atteints d’une maladie d’Alzheimer ou apparentée 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.

Si le nombre de résidents éligibles dans l’établissement est inférieur à 12, préciser l’étude de besoins réalisée, la provenance des éventuels résidents :

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**

*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 gérontologique (description) :

Etablissements sanitaires (description) :

Convention de partenariat avec une UCC :

Psychiatrie (description) :

EHPAD et secteur médico-social (description) :