

APPEL A CANDIDATURE
Création de 2 UHR en EHPAD

Date limite : 31/03/2023

Contact : christine.fontaine@ars.sante.fr

Annexe 3 – Dossier de candidature

Nom de l'établissement :

Adresse :

.....

Nom du directeur :

Téléphone :

Courriel :

Nom du médecin coordonnateur :

Téléphone :

Courriel :

CANDIDATURE 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)

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 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.

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 gériatrie.

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 gériatrie :

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 :

.....

* 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) :
.....
.....
.....
.....