

**Annexe 2 :**

**Unités d’Hébergement Renforcées
en EHPAD**

**Dossier technique de demande**

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 @ :

Le dossier de candidature doit être déposé ou envoyé en deux exemplaires accompagné d’une version dématérialisée (cédérom ou clé USB)

A l’adresse suivante :

**ARS Océan indien**
Service de l’offre médico-sociale

2 bis avenue Georges Brassens

CS 61002

97743 Saint-Denis Cedex 9

**DEMANDE DE L’ETABLISSEMENT**

*Tous les items doivent être renseignés.*

* **Capacités**:

 Capacité EHPAD ou USLD autorisée : I\_I\_I\_I

 Capacité EHPAD ou USLD 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 maladies neurodégénératives** *(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 pour la réduction des troubles du comportement (thérapie non médicamenteuse)****(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 neurodégénérative 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 14, 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 candidatures (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 :

**\* 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 unité cognitivo-comportementale (UCC) :

Psychiatrie (description) :

EHPAD et secteur médico-social (description) :