

**Unités d'hébergement renforcées
en EHPAD**

Dossier de candidature

Nom de l'établissement :

Adresse :

.....

Nom du Directeur :

Téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Courriel @ :

Nom du médecin coordonnateur :

Téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Courriel @ :

Dossier à retourner à l'adresse suivante :

ARS-NORMANDIE-DIRECTION-AUTONOMIE@ars.sante.fr

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.
- **Décret du 26 août 2016** relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD

❖ 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

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 : |_|_|

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) :

.....
.....
.....
.....
.....