 Dossier de candidatures (UHR)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’établissement** |  |
| **Adresse** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Courriel (Mail générique)** |  |
| **N° FINESS du site géographique** |  |
| **Nom de l’organisme gestionnaire** |  |
| **Dernier GMP (nombre et date de validation)** |  |  |
| **Dernier PMP (nombre et date de validation)** |  |  |
| **Capacités autorisées (Nombre)** | Places d’hébergement permanent |  |
| Dont places « Alzheimer » |  |
| Places d’accueil de jour |  |
| Places d’hébergement temporaire |  |
| **Capacités installées (Nombre)** | Places d’hébergement permanent |  |
| Dont places « Alzheimer » |  |
| Places d’accueil de jour |  |
| Places d’hébergement temporaire |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personne référente à contacter** **(NOM / fonction)** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Courriel** |  |

OPPORTUNITE DU PROJET

**Objectifs et opportunité du projet**

*Présenter votre demande, votre projet d’établissement et démontrer l’opportunité du projet à travers une analyse des besoins auxquels le projet UHR a vocation à répondre (caractéristiques de la population MND accueillies au sein de l’EHPAD, estimation du nombre de personnes éligibles à entrer dans l’unité, description formels avec l’UCC…)*

**Objectifs poursuivis**

*Présenter comment le projet UHR s’inscrit dans le projet global de l’établissement.*

PROJET DE L’UHR

**Admission**

*Préciser les critères d’admission*

*Détailler la procédure d’admission*

**Sortie**

*Préciser les critères de sortie*

*Détailler la procédure de réorientation*

Est-ce qu’il est prévu d’inscrire les critères d’admission et de sortie dans le livret d’accueil, le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement ? [ ]  OUI [ ]  NON

Population accueillie

Nombre de personnes du territoire éligibles :

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.

*Détailler les modalités de repérage des troubles du comportement et de la file active*

Dispositions prévues pour garantir le respect des droits des usagers et l’intégration de la famille

*Préciser les modalités de recherche du consentement de la personne*

*Présenter les modalités de participation de la famille et de l’entourage*

Est-ce qu’un conseil de la vie sociale est en place dans l’établissement ? [ ]  OUI [ ]  NON

*Préciser les objectifs, la fréquence des réunions, les membres, la rédaction et la diffusion de compte-rendu…*

*Indiquer les moyens prévus pour le signalement et la gestion des situations et événements complexes*

Le projet spécifique de l’UHR

*Décrire une journée type d’un résident dans l’UHR*

Les activités d’animation à effet thérapeutique

Merci de joindre un planning prévisionnel des activités proposées

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectifs** | **Activités proposées**(préciser le caractère individuel ou collectif) |
| Maintenir ou réhabiliter les capacités fonctionnelles restantes |  |
| Maintenir ou réhabiliter les fonctions cognitives restantes |  |
| Mobiliser les fonctions sensorielles |  |
| Maintenir le lien social |  |
| Autres (précisez) : |  |

*Préciser :*

*- les modalités d’organisation de cet accompagnement (rythme, méthode de constitution des groupes, encadrement…),*

*- les modalités de suivi et d’évaluation de cet accompagnement*

Préciser les 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*

*Préciser les liens avec les familles*

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

Individualisation d’une unité : [ ]  OUI [ ]  NON

|  |  |
| --- | --- |
| Techniques de soins | Protocole établi |
| oui | non |
| La prise en charge des troubles du comportement lors de la toilette, de la prise des repas… |  |  |
| La participation de l’ensemble des personnels à l’évaluation de la maladie (l’évolution de la maladie et de l’apparition de nouveaux symptômes, le suivi, la réaction face aux soins et activités…)  |  |  |
| Les stratégies alternatives à la contention et les règles à suivre si la contention s’avère indispensable |  |  |
| La bonne utilisation des thérapeutiques sédatives |  |  |
| La transmission des informations entre les différentes équipes |  |  |
| Autres : |  |  |

Un accompagnement personnalisé de vie et de soin

*Décrire les modalités d’individualisation de la prise en charge des résidents*

*Préciser la fréquence de réévaluation des troubles du comportement par le médecin coordonnateur*

Personnel spécifiquement dédié à l’UHR

L’organigramme prévisionnel

Personnel de l’établissement (situation actuelle)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ETP** | **Effectifs Validés (V) CTP** | **Effectifs Réels** **(R)** | **Ecart V/R** |
| Psychomotricien |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |
| AS/AMP |  |  |  |
| ASG |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |
| Médecin coordonnateur |  |  |  |
| Infirmier coordonnateur |  |  |  |
| IDE  |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |

Personnel spécifique pour l’UHR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ETP** | **Effectifs dédiés uniquement à l’UHR** | **Modalités de recrutement****(création / redéploiement)** |
| Psychomotricien |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |
| AS/AMP  |  |  |
| ASG |  |  |
| Psychologue |  |  |
| Médecin  |  |  |
| Autre |  |  |
| TOTAL |  |  |

Présence d’un personnel soignant la nuit : [ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, quelle est sa qualification ?

La formation du personnel

Merci de joindre le plan de formation

*Décrire les modalités de formation de tous les professionnels intervenant dans l’UHR*

Le soutien du personnel

*Préciser les dispositifs prévus pour accompagner le personnel dans son travail : appui d’un psychologue, réunion d’équipe, évaluation des pratiques, supervision d’équipe*

Partenariats

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Partenaires** | **Identification** | **Convention signée** | **A développer** | **Commentaires****(objectifs, difficultés…)** |
| **oui** | **non** |
| UCC (unité cognitivo comportemental) |  |  |  |  |  |
| Equipe de secteur ou de liaison psychiatrique |  |  |  |  |  |
| Filière gériatrique  |  |  |  |  |  |
| Services de neurologie  |  |  |  |  |  |
| SSR et MPR |  |  |  |  |  |
| Consultation mémoire hospitalière ou neurologues libéraux |  |  |  |  |  |
| Services de neurologie |  |  |  |  |  |
| Autres structures sanitaires |  |  |  |  |  |
| Médecine de ville |  |  |  |  |  |
| Structures de coordination gérontologique |  |  |  |  |  |
| Structures pour personnes âgées |  |  |  |  |  |
| Structures du handicap |  |  |  |  |  |
| Associations spécialisées MND |  |  |  |  |  |
| Autres : |  |  |  |  |  |

*Préciser les modalités de travail avec les médecins traitants*

LOCAUX

Merci de fournir les plans des locaux avec indication de leur fonction, de leur surface, de leur équipement et du mobilier

Est-ce que l’UHR répond à la réglementation ERP type J ou U (arrêtés du 19 novembre 2001 et du 16 juillet 2007 du règlement de sécurité incendie) ? [ ]  OUI [ ]  NON

Est-ce que l’UHR répond à la réglementation relative à l’accessibilité des ERP (arrêtés du 1er août 2006 et du 21 mars 2007 du code de la construction et de l’habitation) ?

[ ]  OUI [ ]  NON

PARTIE FINANCIERE

Merci de joindre obligatoirement au dossier de candidature :

* le budget prévisionnel complémentaire en année pleine (remplir le tableau Excel joint au dossier),
* le plan de financement de l’opération,
* le calendrier de programmation des travaux éventuels en précisant la date de début et de fin des travaux et la date prévisionnelle d’ouverture de l’unité,
* les incidences sur le budget d’exploitation de l’établissement du plan de financement,
* en cas d’extension de l’établissement :
	+ le programme d’investissement précisant la nature des opérations, leurs coûts, leurs modes de financement et leurs dates de réalisation ;
	+ le bilan comptable de cet établissement.