**ANNEXE 2****: DOSSIER DE CANDIDATURES  
Unités de vie adaptée (UVA)**

**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 @ :

**DEMANDE DE L’ETABLISSEMENT**

***Tous les items doivent être renseignés.***

* **Capacités**

Capacité de l'EHPAD : I\_I\_I places

Capacité de l'unité de vie adaptée projetée : I\_I\_I places\*

Le capacitaire sollicité s’appuie-t-il sur des besoins clairement identifiés ? oui  non 

Si oui, préciser :……………………………………………………………………………………………………………………………………………….......

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*\*Il est rappelé que l'implantation d’une unité de vie adaptée au sein d’un EHPAD n’induit pas la création de nouvelles places (Cf. Partie 4 Modalités de financement du cahier des charge afférent)..*

* **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 places

Accueil de jour : I\_I\_I places

Autre (préciser) : I\_I\_I places

**\* Description du projet de l'unité de vie adaptée (UVA)**

* **Projet d’établissement :**

Inscription du projet de l'UVA dans le projet d’établissement : oui ☐ non ☐

Critères d’orientation en UVA :

Modalités d‘accueil en UVA :

…....................................................................................................................................................................................

* **Inscription dans le** **livret d’accueil** : oui ☐ non ☐
* **Inscription dans le** **contrat de séjour** : oui ☐ non ☐
* **Présentation et validation du projet par le conseil de la vie sociale :** oui  non 

**(Joindre le procès-verbal du CVS)**

* **Modalité de fonctionnement de l'UVA**

- Fonctionnement 24h/24 – 7jrs/7 oui ☐ non ☐

**Si non, préciser les modalités et justifier la proposition** :...........................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* **Modalités d’accompagnement thérapeutique** :

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectifs** | **Activités proposées**  **(préciser le caractère individuel ou collectif**  **des activités)/Mesures proposées** |
| Améliorer la qualité de vie des résidents en favorisant leur bien-être physique et psychologique |  |
| Maintenir l'autonomie des résidents et préserver leurs capacités cognitives |  |
| Garantir un suivi personnalisé et adapté de l'état de santé des résidents afin de répondre aux besoins spécifiques de chaque résident. |  |
| Apporter les aides, directes ou incitatives, pour les activités de la vie quotidienne |  |
| Veiller à la conservation des liens familiaux et des relations sociales des résidents pour lutter contre l'isolement |  |
| Assurer l’intégration de l’unité dans le fonctionnement de l’EHPAD (liens entre professionnels, possibilité pour les résidents de l’unité de participer à la vie de l’établissement…) |  |
| Autres (préciser) : |  |

* **Les modalités d’organisation de l'accompagnement**

Rythme, l'organisation d'activités en groupes, méthode de constitution de ces groupes, quels accompagnants, …

* **Les modalités de suivi et d’évaluation de cet accompagnement (*construction d’un projet individualisé d’accompagnement (PIA), modalités de réévaluation du PIA ?...)***

* **Organisation et fonctionnement proposés** :

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectifs** | **Mesures proposées** |
| Créer un environnement calme rassurant et sécurisé |  |
| Préserver un espace de vie privatif considéré comme une transposition du domicile du résident |  |
| Maintenir les repères sur lesquels se fonde l'identité des résidents |  |
| Permettre et favoriser l'accès à certaines prestations extérieures (joindre le cas échéant les conventions de partenariat ou lettres d'intention) |  |
| Proposer un fonctionnement et une organisation tenant compte du rythme quotidien du résident |  |
| Garantir la sécurité des résidents tout en assurant une perméabilité du fonctionnement de l’UVA vis-à-vis du reste de l’établissement |  |
| Promouvoir les libertés individuelles (liberté d'aller et de venir, recueil du consentement, alternatives aux contentions médicamenteuses et/ou physiques et aux privations occupationnelles...) |  |
| Favoriser et faire vivre la démocratie participative |  |

* **Les activités proposées et l'existence de partenariats avec des intervenants extérieurs**

**Transmettre un planning d’activité**

**Modalités de prescription des activités :**

**Existence d’un projet d’animation spécifique** : oui  non 

Inscription dans le projet de vie individualisé : oui  non 

**\*Projet d’accompagnement :**

* **Projet de vie et d'animation valide oui  non **
* **Projet de soins valide oui  non **

**Ce dernier intègre :**

* **la prévention de la iatrogénie médicamenteuse  oui  non **
* **la prévention de la dénutrition et des fausses routes oui  non **
* **le repérage et à la prise en charge de la douleur oui  non **
* **la prévention et à la prise en charge des chutes oui  non **
* **le maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles et cognitives oui  non **
* **la prévention des comportements perturbateurs avec des techniques non médicamenteuses oui  non **

**- Modalités de transmission d'informations entre équipes soignantes de l'EHPAD et l'UVA :.............................................**

**…...............................................**.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**- Modalités d'information des résidents et des familles sur le fonctionnement de l'EHPAD et notamment de l'UVA :....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

* **Désignation d'un référent oui  non **

**Si oui, préciser ses missions.....................................................................................................................................**

**…................................................................................................................................................................................**

**…................................................................................................................................................................................**

**…................................................................................................................................................................................**

**…................................................................................................................................................................................**

**\*Description architecturale de l'UVA :**

**Joindre un plan détaillé de l'UVA**

* **Surface utile de l'UVA : ….....................m²**
* **Conception architecturale thérapeutique de l'UVA :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectifs** | **Mesures proposées** |
| Favoriser un environnement convivial et non institutionnel |  |
| Favoriser l'orientation et la déambulation dans un cadre sécurisé |  |
| Favoriser les conduites autonomes |  |
| Faciliter la déambulation dans un cadre sécurisé |  |
| Eviter l'isolement des résidents de l'UVA, tout en limitant les comportements inadaptés/Maintenir les liens sociaux entre les résidents de l'EHPAD |  |

* **Existence d’espaces identifiés** :

Ouverture vers l'extérieur : oui ☐ non ☐

Ouverture vers un jardin : oui ☐ non ☐

Sécurisé :  oui ☐ non ☐

**Travaux/aménagements :**

Si des travaux ou aménagements architecturaux sont nécessaires, descriptif : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

…...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Évaluation financière des coûts : ………………………………………………………………………………………………………………….....................

…................................................................................................................................................................................................

**Joindre impérativement le PPI ou un plan de financement**

**\* Population accueillie**

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

*Pour rappel, les résidents éligibles sont résidents atteints de maladies neurodégénératives telles que la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, avec des troubles psychologiques et/ou du comportement de stade modéré à sévère, qui peuvent altérer la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents.*

*Détailler les modalités d’évaluation* : ……………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**\* Personnel**

*Préciser les effectifs et ETP de personnels dédiés à l'UVA*

*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** |
| Aide-soignant (ASD)/ Accompagnant éducatif et social (AES)\* |  |  |  |  |
| Assistant de soins en gérontologie (ASG) |  |  |  |  |
| Infirmier diplômé d'Etat (IDE) |  |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |  |
| Psychologue\*\* |  |  |  |  |
| Temps médecin coordonnateur |  |  |  |  |
| Autres (1) |  |  |  |  |

*\* présence effective 7j/7 et 24h24 obligatoire.*

*\*\* pour les résidents et les aidants.*

1. Autres personnels (nutritionniste, orthophoniste, kinésithérapeute…)…...............................................................

…...............................................................................................................................................................................................

**Formations du personnel :**

Décrivez les actions de formation nécessaires au déploiement et au fonctionnement de l’UVA en précisant le nombre et qualité des professionnels concernés (prise en charge spécifique MND, prévention des situation de maltraitance et promotion de la bientraitance, QVT...) :...………………………………………………………………………………………………………………………..

…..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Joindre le plan de formation (en amont de l’ouverture, puis en perspective sur 2 ans)**

Préciser la fréquence de roulement des professionnels intervenant au sein de l’UVA : ……………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Intervenants extérieurs (coiffeur, pédicure, podologue...) :**

**…...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**…...............................................................................................................................................................................................**

**…...............................................................................................................................................................................................**

**Joindre un budget prévisionnel de l'UVA**

**\* Evaluation**

De la qualité des prestations délivrées, rôle de la supervision des pratiques ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................................................................................................

**\* Partenariats existants et envisagés :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

**Joindre les conventions ou, a minima, les lettres d'intention**

**\*Date prévisionnelle de mise en œuvre de l’UVA :** I\_I\_II\_I\_II\_I\_I