

**Dossier de candidature relatif à la création de**

**Pôles d’Activités et de Soins Adaptés (PASA) en EHPAD**

**LE DOSSIER NE DOIT PAS EXCEDER 25 PAGES**

1. **IDENTIFICATION DU CANDIDAT**

**Entité juridique**

|  |  |
| --- | --- |
| Raison Sociale : |  |
| Adresse : |  |
| N° FINESS juridique : |  |
| Téléphone : |  |
| Mail : |  |
| Statut : |  |
| Représentant légal(Indiquer le nom, le prénom et la fonction) |  |

**EHPAD d’implantation du PASA**

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : |  |
| N° FINESS géographique : |  |
| Adresse :  |  |
| Téléphone : |  |
| Mail : |  |
| Représentant légal(Indiquer le nom, le prénom et la fonction) |  |

**Personne en charge du dossier de candidature**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, Prénom : |  |
| Fonction : |  |
| Téléphone : |  |
| Mail : |  |

**PRESENTATION DE L’EHPAD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type d’Hébergement** | **Capacités autorisées** | **Capacités installées** |
| Hébergement permanent personnes âgées dépendantes |  |  |
| Hébergement permanent personnes âgées atteintes de la maladie Alzheimer ou maladies apparentées |  |  |
| Hébergement temporaire personnes âgées dépendantes |  |  |
| Hébergement temporaire personnes âgées atteintes de la maladie Alzheimer ou maladies apparentées |  |  |
| Accueil de jour personnes âgées atteintes de la maladie Alzheimer ou maladies apparentées |  |  |
| Autres (à préciser) (UHR, personnes handicapées vieillissantes, PFR, CRT) |  |  |

**DEMANDE PORTANT SUR :**

* PASA de 12 places [ ]
* PASA de 14 places [ ]
* PASA ouvert aux personnes âgées venant du domicile :
* Oui [ ]
* Non [ ]

Si oui, préciser :

* le nombre de personnes accueillies au sein du PASA provenant du domicile :
* la distance kilométrique de l’accueil de jour le plus proche**:**

**POPULATION ACCUEILLIE**

Préciser les critères et modalités d’admission et de sortie du PASA

|  |  |
| --- | --- |
| Critères et modalités d’ADMISSION |  |
| Critères et modalités de SORTIE |  |

Nombre de résidents au sein de l’EHPAD éligibles au PASA (file active) :

**Pour le PASA ouvert aux personnes âgées venant du domicile :**

Quelle est la procédure mise en œuvre pour évaluer l’éligibilité de la personne au PASA (diagnostic posé, évaluation, lien avec le médecin traitant…)

Pour les personnes devant sortir du PASA car ne répondant plus aux critères, quels accompagnements, quels relais sont mis en œuvre pour la poursuite de la prise en charge de la personne

Préciser l’organisation des transports

Préciser le circuit du médicament

Est-il réalisé un contrat de séjour ? Si oui, en préciser les modalités

Préciser le coût et les modalités de facturation pour les transports, le repas et l’accueil en PASA

A détailler de manière précise

**ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU PASA**

Dans le cadre des outils de la loi 2002-2, révision notamment du :

* Projet d’établissement [ ]  Oui [ ]  Non
* Livret d’accueil [ ]  Oui [ ]  Non
* Contrat de séjour [ ]  Oui [ ]  Non

Préciser les jours et horaires de fonctionnement du PASA, le nombre de jours d’ouverture du PASA dans l’année, les éventuelles périodes de fermeture du PASA avec les durées de fermeture pour chacune des périodes exprimées en semaines (congés estivaux, congés de fin d’année…)

**Activités thérapeutiques**

***Joindre un planning prévisionnel des activités***

Indiquer par type d’objectif, les activités proposées :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Activités INDIVIDUELLES proposées** | **Activités COLLECTIVES proposées** |
| Maintenir ou réhabiliter les capacités fonctionnelles restantes |  |  |
| Maintenir ou réhabiliter les fonctions cognitives restantes |  |  |
| Mobiliser les fonctions sensorielles |  |  |
| Maintenir le lien social |  |  |
| Autres (préciser) |  |  |

Préciser par qui est élaboré le programme d’activités

Préciser les modalités d’organisation de ces activités (rythme, méthode de constitution des groupes pour les activités collectives, personnels accompagnant les activités…)

Préciser les modalités de suivi et d’évaluation de ces activités

Préciser l’organisation du déjeuner et des collations

Préciser les modalités d’organisation de déplacement des résidents entre leur unité d’hébergement et le PASA

**Coordination PASA/EHPAD**

Préciser les modalités de coordination entre le PASA et l’EHPAD (organisation des transmissions et échanges d’information entre les équipes soignantes du PASA et les équipes de l’EHPAD

**PASA / Projet d’accompagnement personnalisé**

L’accompagnement au sein du PASA doit être intégré dans le projet d’accompagnement personnalisé du résident. Préciser les modalités d’évaluation et de suivi (fréquence d’analyse du projet personnalisé, réévaluation des troubles du comportement, réévaluation des besoins du résident…)

**Lien avec les proches**

Expliquer comment les proches sont impliqués dans le PASA

**Personnels**

L’EHPAD dispose d’un médecin coordonnateur : [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, préciser le nombre d’ETP :

Préciser les effectifs et ETP des personnels dédiés au PASA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Professionnel** | **Effectif** | **ETP par redéploiement** | **ETP par création** |
| **En nombre**  | **En ETP** |
| Psychomotricien |  |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |  |
| Assistant de soins en gérontologie (ASG) |  |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |  |
| Autres (en clair, 1 ligne par professionnel) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

S’il est prévu de solliciter des intervenants extérieurs, préciser lesquels et pour quelle(s) activités)

Indiquer les modalités de remplacement des personnels (absences, congés) pour assurer le fonctionnement du PASA

Les professionnels du PASA sont-ils formés à la prise en charge des maladies neurodégénératives ?

[ ]  Oui [ ]  Non

S’il est prévu de solliciter des intervenants extérieurs, sont-ils formés à la prise en charge des maladies neurodégénératives ?

[ ]  Oui [ ]  Non

Des formations sont-elles envisagées : [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, préciser pour quel(s) professionnel(s) / intervenants extérieurs et la nature des formations

Préciser si des mesures sont mises en œuvre pour accompagner les personnels du PASA (réunions d’analyse et d’échange de pratiques professionnelles, séance collective ou individuelle avec un psychologue…)

**LOCAUX**

**Joindre un plan détaillé et lisible des locaux du PASA en indiquant la fonction et la superficie de chaque pièce**

S’agit-il d’un :

* PASA organisé sur un lieu unique : [ ]
* PASA éclaté : [ ]

Le PASA est composé :

* d’espaces permettant la réalisation d’activités individuelles ou collectives en petits groupes : [ ]  Oui - [ ] Non

Indiquer le nombre d’espaces prévus :

* d’un espace de repos : [ ]  Oui - [ ] Non
* d’un espace repas avec office : [ ]  Oui - [ ] Non
* de WC : [ ]  Oui - [ ] Non
* PASA prolongé par un jardin clos et sécurisé, librement accessible aux résidents : [ ]  Oui - [ ] Non
* PASA prolongé par une terrasse close et sécurisée, librement accessible aux résidents : [ ]  Oui - [ ] Non

Une douche à l’intérieur du PASA n’est pas obligatoire. Préciser quelle organisation est mise en œuvre si une douche s’avérait nécessaire pour un résident afin ne pas laisser seuls les autres résidents au sein du PASA

En cas de PASA éclaté, préciser l’organisation des déplacements

*Travaux*

Nécessité de travaux : Oui [ ]  Non [ ]

Si oui, préciser :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nature des travaux à réaliser : |  |  |  |  |
| Montant estimé des travaux : |  |  |  |  |
| Source de financement des travaux : |  |  |  |  |
| Date de programmation du début des travaux |  |  |  |  |
| Durée estimée des travaux : |  |  |  |  |

Montant total estimé des travaux :

*Equipements/Mobiliers*

Nécessité d’acquisition d’équipements/mobiliers : Oui [ ]  Non [ ]

Si oui, préciser :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nature des équipements/mobiliers |  |  |  |  |
| Montant estimé  |  |  |  |  |
| Source de financement  |  |  |  |  |

Montant total estimé Equipement/mobiliers :

**BUDGET**

Joindre un budget du PASA en année pleine cohérent avec l’enveloppe allouée dédiée (cf modèle fichier Excel)

**CALENDRIER**

Préciser le calendrier prévisionnel (recrutement, formations, travaux éventuels… **et date prévisionnelle d’entrée en fonctionnement du PASA)**

**INDICATEURS - ENQUETES**

Le porteur s’engage à renseigner les indicateurs demandés et à répondre à toutes demandes d’indicateurs et d’enquêtes : Oui [ ]  Non [ ]