Dossier de candidature

Appel à candidatures création de PASA en Île de France

Le présent dossier de candidature est **à remplir par l’EHPAD candidat.** Il est à retourner accompagné des pièces complémentaires requises avant le 30/06/2024 à l’ARS d’Ile-de-France par courriel :

* à l’adresse [ars-idf-aap-medicosocial-pa@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-aap-medicosocial-pa@ars.sante.fr)
* en précisant en objet « AAC Création de PASA en Île de France »

**IDENTITE DE L’ETABLISSEMENT CANDIDAT**

Nom et adresse de l’EHPAD :

Finess EJ :

Finess ET :

Coordonnées (e-mail, téléphone) :

Filière gériatrique de rattachement :

Nom du Directeur de l’établissement

Nom : Prénom

Nom du Médecin Coordonnateur :

Nom : Prénom

Dernier GMP : validé le :

Dernier PMP : validé le :

CPOM signé le ………………………………….

1. **ACTIVITE DE L’ETABLISSEMENT**

|  |
| --- |
| Activité de l’établissement |
| Capacité totale autorisée (Date du dernier arrêté) :  - dont hébergement permanent :  - dont hébergement temporaire :  - dont accueil de jour  - Plateforme d’accompagnement et de répit  - SSIAD/SPASAD  - Centre de ressources territorial (CRT)  Capacité totale installée :  - dont hébergement permanent :  - dont hébergement temporaire :  - dont accueil de jour :  - SSIAD/SPASAD :  - Centre de ressources territorial (CRT) |
| Participation aux dispositifs financés par l’ARS IDF  OUI  NON  Si OUI, lequel : ( Continuité des soins la nuit en EHPAD, Activité physique adaptée, dispositif de soutien à la prescription médicale en EHPAD, services renforcés à domicile (SRAD), EHPAD Territorial…) |

|  |
| --- |
| L’établissement dispose-t-il d’une unité de vie protégée ?  OUI  NON  Si oui, préciser la capacité : |
| L’établissement dispose-t-il d’une unité d’hébergement renforcée ?  OUI  NON  Si oui, préciser la capacité : |
| L’établissement dispose-t-il déjà d’un PASA ?  OUI  NON  Si oui, préciser la capacité : |

1. **PROJET RELATIF AU POLE D’ACTIVITE ET DE SOINS ADAPTES**

|  |
| --- |
| Type de PASA demandé :  Classique    Soirée   Nuit |
| Nombre de places demandées :  12 places  14 places |

1. **Fonctionnement du PASA**

|  |
| --- |
| **Population ciblée (Description des résidents à accueillir dans le PASA)** |
| Etat des lieux de la population actuellement prise en charge au sein de l’établissement : |
| Critères d’admission envisagés : |
| Critères de sortie envisagés : |

1. **File active prévisionnelle**

*La file active est constituée d’au moins 20 résidents pris en charge actuellement au sein de l’EHPAD*

| Patient | Pathologie diagnostiquée | Traitements administrés | GIR | NPI-ES | MMS |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*Si présence de patients non diagnostiqués, veuillez indiquer les raisons :*

1. **Personnel à affecter au PASA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Détail des ETP** | **ETP** | **A recruter (oui/non)** |
| Médecin |  |  |
| Médecin coordonnateur |  |  |
| Infirmier |  |  |
| Aide-soignant |  |  |
| AES |  |  |
| Assistants de soins en gérontologie |  |  |
| Psychomotricien |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |
| Psychologue |  |  |
| Autres (à préciser) |  |  |
| Total |  |  |

1. **PROJET SPECIFIQUE AU PASA**

**Inscription du projet de PASA dans le projet global de l’établissement : articulation et cohérence.**

|  |
| --- |
| **Ce projet prévoit les éléments suivants :**   * **Description des modalités de fonctionnement du PASA (Horaire d’ouverture, planning d’activité…)** * **Description de modalités de l’accompagnement personnalisé de vie et de soins des résidents** * **La place à donner à la famille et à l’entourage**   **Il doit en outre s’articuler et être en cohérence avec le projet d’établissement qui est rappelé succinctement dans cette présentation** |
|  |

1. **COOPERATION AVEC LES PARTENAIRES DE L’ECOSYSTEME MEDICO-SOCIAL**

Coopération/partenariat avec les acteurs suivants :

* La filière gériatrique de rattachement : OUI NON
* Les équipes mobiles gériatriques : 󠆺 OUI 󠆺NON
* Les équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé : OUI 󠆺NON
* Etablissements de santé ( Consultations mémoire) : OUI 󠆺NON
* Les autres EHPAD du territoire disposant d’UHR le cas échéant : OUI NON
* Le CRT du territoire de coordination (Territoire DAC) :  OUI NON
* Autres :

|  |
| --- |
| Si OUI :  Modalités de mise en œuvre actuelles ou prévues ? Délai ? |
| Si NON :  Ces partenariats sont-ils envisagés ? Si non, pour quelles raisons ? |

1. **ENVIRONNEMENT ARCHITECTURAL- AMENAGEMENT DU PÔLE**

*Les plans des locaux doivent être annexés au dossier de candidature****.***

|  |
| --- |
| PASA classique  PASA éclaté  L’espace est composé :   * **D’une entrée dédiée :**   OUI NON * **D’un espace salon dédié au repos, à certaines activités collectives et l’accueil des familles** OUI NON   Si NON :  Des travaux sont-ils prévus ?     * **D’un espace repas avec office** OUI NON   Si NON :  Des travaux sont-ils prévus ?   * **D’au moins deux espaces d’activités adaptées, pour 3/4 personnes** OUI NON   Si NON :  Des travaux sont-ils prévus ?     * **de deux WC dont un avec douche** OUI NON   Si NON :  Des travaux sont-ils prévus ?     * **d’espaces extérieurs clos et sécurisés : jardin ou terrasse** OUI NON   Si NON :  Des travaux sont-ils prévus ?  Surface totale dédiée au PASA : |
| Si travaux prévus :  Description des travaux :  Budget prévisionnel :  Calendrier des travaux : |

1. **DONNEES BUDGETAIRES ET FINANCIERES**

*Les tableaux budgétaires doivent être annexés au dossier de candidature.*

|  |
| --- |
| Budget prévisionnel de fonctionnement : |

1. **CALENDRIER PREVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DU PASA**

*Seront sélectionnés les dossiers projetant une mise en œuvre au 30 Juin 2025 au plus tard.*

|  |
| --- |
| Propositions de l’établissement : |