**ANNEXE 2****: DOSSIER DE CANDIDATURES** **Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)**

**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 du PASA projetée : I\_I\_Iplaces

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

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

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

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

Perspective d'ouverture vers l'extérieur oui  non 

* **Prise en charge actuelle des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives (***préciser les capacités)*:

 Unité spécifique d’hébergement : I\_I\_I

 *Si oui, la décrire (locaux, personnel)*:

 Hébergement temporaire : I\_I\_I

Accueil de jour : I\_I\_I

Autre (préciser) : I\_I\_I

**\* Description du projet de PASA**

* **Projet d’établissement :**

 Inscription du projet de PASA dans le projet d’établissement : oui  non 

 Critères d’accueil en PASA : …...................................................................................................................................................................................

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

 Modalités d‘accueil :

* **Inscription dans le** **livret d’accueil** : oui  non 
* **Inscription dans le** **contrat de séjour** : oui  non 
* **Validation du projet par le conseil de la vie sociale :** oui  non  **(Joindre le procès-verbal du CVS)**
* **Modalité de fonctionnement du PASA**

- Jours et horaires d'ouverture :..............................................................................................................................................

- Modalités de transmission entre équipes soignantes de l'EHPAD et le pôle :.................................................…………………

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

- Organisation des déplacements des résidents entre leur unité d'hébergement et le pôle..................................................

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

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

- Organisation des collations et déjeuners..............................................................................................................................

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

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

-Mise en place et suivi d'un protocole spécifique.................................................................................................................

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

* **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 et participation des familles et des proches aux activités du PASA |  |
| Autres (préciser) : |  |

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

Rythme, l'organisation d'activités en groupes, méthode de constitution de ces groupes, quels accompagnants, accueil de personnes provenant de leur domicile…

* **Les partenariats avec des intervenants extérieurs**

* **Les modalités de suivi et d’évaluation de l’accompagnement**

**(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 

**\*Description du PASA : (joindre un plan détaillé du PASA)**

Unité PASA oui  non 

PASA « éclaté » oui  non 

PASA « volant » oui  non 

**Convention de coopération (si mutualisation du PASA entre deux EHPAD)** oui  non 

**Surface utile du PASA : ….....................m²**

**Projet architectural du PASA**:.................................................................................................................................................

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

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

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

Accessibilité depuis les unités de vie de l'EHPAD :..................................................................................................................

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

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

**Existence d’espaces identifiés** :

 Ouverture vers l'extérieur : oui  non 

 Ouverture vers un jardin : oui  non 

 Sécurisé :  oui  non 

Moyens de sécurisation mis en place :………………………………………………………………………………………………..

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

**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 à date : I\_I\_I

Les résidents éligibles sont des résidents souffrant de troubles du comportement modérés consécutifs particulièrement d’une maladie Neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel, qui altèrent 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 au PASA.*

*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** |
| Psychomotricien |  |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |  |
| Assistant de soins en gérontologie |  |  |  |  |
| Psychologue\* |  |  |  |  |
| Temps médecin coordonnateur |  |  |  |  |

*\* pour les résidents et les aidants.*

**(Joindre les diplômes)**

Préciser la fréquence de roulement des professionnels intervenant au sein du PASA : …………………………………………………….

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

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

**Formation du personnel :**

Formation assistant de soins en gérontologie :

Formations restantes d’ASG prévues au plan de formation : oui  non 

Préciser l’année : I\_I\_I\_I\_I

**Autres formations :**

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

**(Joindre le plan de formation)**

**Intervenants extérieurs (bénévoles, art-thérapeute, animateur...) :**

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

**(Joindre un budget prévisionnel du PASA)**

**\* Evaluation**

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

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

**\* Partenariats existants et envisagées**

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

**Joindre les conventions de partenariat ou a minima, les lettres d’intention**

**\*Date prévisionnelle de mise en œuvre du PASA :** I\_I\_II\_I\_II\_I\_I