Mac:Users:xavier.hasendahl:Desktop:ELEMENTS TEMPLATES SIG:LOGOS:REPUBLIQUE_FRANCAISE:eps:Republique_Francaise_CMJN.eps



**ANNEXE 3 : Dossier de candidature**

**Avis d’appel à candidatures**

**ARS/DAOSS/ N°971-2025-89**

**En vue de la labellisation de Pôles d’Activités de Soins Adaptés (PASA) en EHPAD, sur les territoires de la Guadeloupe, des îles du Sud et îles du Nord.**

**Date limite de dépôt des dossiers de candidature : le jeudi 12 juin 2025.**

Ce dossier de candidature est à compléter par le porteur du projet. Il permettra de détailler le dispositif proposé et de vérifier son adéquation avec le cahier des charges. Il s'agit d'un document qui comporte des espaces réservés à la saisie de texte et des cases à cocher.

**1. PRESENTATION DE L’ETABLISSEMENT PORTEUR DU DISPOSITIF**

**1.1. Identification de l’organisme gestionnaire** (Renseignez toutes les informations)

Nom de la structure :

Numéro FINESS juridique :

Adresse postale :

**Identification du représentant légal de l’organisme gestionnaire** :

Nom et Prénom :

Qualité ou Fonction :

Courriel :

Téléphone :

**1.2. Identification de l’établissement** (Renseignez toutes les informations)

Nom de l’établissement :

Numéro FINESS établissement :

Adresse postale :

Courriel (standard d’accueil) :

Téléphone (standard d’accueil) :

**Identification du représentant légal de l’établissement**:

Nom et Prénom :

Qualité ou Fonction :

Courriel :

Téléphone :

* 1. **Identification de la personne chargée du présent dossier** (Renseignez les informations)

Nom et Prénom :

Qualité ou Fonction :

Courriel :

Téléphone :

1. **CARACTERISTIQUES DE L’ETABLISSEMENT**

**2.1. Capacitaire et occupation des lits et places** (Complétez le tableau et cochez les cases correspondantes)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Désignations :** | Nombre de lits et places **autorisées** | Nombre de lits et places **installées** | Nombre de lits et places habilités à l’aide sociale (HAS) | Taux d’occupation | Durées moyennes de séjour | Nombre de séjours ou personnes accueillies /an |
| **Hébergement Permanent (HP)** |  |  |  |  |  |  |
| **Hébergement Temporaire (HT)** |  |  |  |  |  |  |
| **Accueil de Jour (AJ)** |  |  |  |  |  |  |
| **Plateforme de Répit (PFR)** |  |  |  |  |  |  |
| **Autres (préciser)** |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |  |

* **Capacité demandée :**  12 places ou  14 places  **PASA**

12 places ou  14 places  **UPHV**

* L’établissement s’inscrit dans une évolution de l’offre existante, d’extension capacitaire inférieure à 30% (sous condition d’un taux d’occupation des places existantes à plus de 90 %) :

Non Oui  - Préciser : I\_I\_I places - Augmentation : I\_I\_I %

* 1. **Autres caractéristiques de l’établissement** (Renseignez les informations et cochez la case correspondante)
* Date du dernier arrêté d’autorisation : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/
* L’établissement est engagé dans un CPOM ou en cours de procédure de contractualisation de CPOM :

Non Oui

Date de la signature de la dernière convention tripartite ou du dernier CPOM : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Date prévisionnelle de la signature du CPOM : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

* Date de la dernière validation de coupe AGGIR/PATHOS, le cas échéant : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Dernier GMP : I\_I\_I\_I - Dernier PMP : I\_I\_I\_I

* L’établissement est engagé dans un dispositif d’Hébergement Temporaire de Secours (HTS) :

Non Oui

* L’établissement est porteur ou intégré dans d’un dispositif (d’astreinte) d’IDE de nuit :

Non Oui

* L’établissement est déjà impliqué dans un dispositif de Télémédecine :

Non Oui

* L’établissement propose une unité protégée spécifique pour la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer et apparentées :

Non Oui - Préciser : I\_I\_I places

1. **CONTEXTE**

**3.1. Étude des besoins connus sur le territoire**

Veuillez décrire dans le cadre ci-dessous, les constats et problématiques du territoire :

*Préciser s’il y existe une liste d’attente (demande) ou le nombre de personnes identifiées qui auraient pu profiter du dispositif s’il existait.*

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

Nombre de résidents des autres établissements potentiellement éligibles : I\_I\_I

* **Diagnostic territorial spécifique pour le PASA**

Un diagnostic des besoins doit être réalisé afin de connaitre le nombre de personnes sur le département qui pourraient être concernées par la prise en charge en PASA. Pour réaliser ce diagnostic, l’établissement candidat doit recenser le nombre de résidents potentiellement concernés par la prise en charge en PASA dans les autres établissements du territoire (EHPAD notamment). Celui-ci peut s’appuyer du tableau suivant afin d’établir un nombre de résidents potentiellement concernés par la prise en charge en PASA.

Les résidents éligibles pour Le PASA 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.

|  |  |
| --- | --- |
| **ID :** | Idées délirantes |
| **Hal :** | Hallucinations |
| **AG :** | Agitation / Agressivité |
| **DD :** | Dépression / Dysphorie |
| **Anx :** | Anxiété |
| **EHE :** | Exaltation de l’humeur / Euphorie |
| **Ap In :** | Apathie / Indifférence |
| **Dés :** | Désinhibition |
| **IIH :** | Irritabilité / Instabilité de l’humeur |
| **CMA :** | Comportement moteur aberrant |

Autres modalités de repérage des troubles du comportement :

**Tableau récapitulatif des résultats NPI-ES pour les résidents présentant   
une maladie d’Alzheimer ou apparentée diagnostiquée**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ID | Hal | AG | DD | Anx | EHE | Ap In | Dés | IIH | CMA |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Les nombres de 1 à 20**correspondent aux résidents évalués. Les scores obtenus pour chaque item correspondent au produit de la fréquence du comportement observé et du degré de gravité de ce comportement. Insérer des lignes supplémentaires si nécessaire.*

* 1. **Dynamique de coopération et de mutualisation organisée entre votre établissement et d’autres structures du même territoire (objets & organisation informelle, conventions de partenariat, lettre d’intention) :**

Veuillez détailler dans le cadre ci-après, les coopérations, les mutualisations, les partenariats développés et les procédures envisagées dans le cadre du projet

*Préciser le cadre de travail partenarial et la place des partenaires dans le dispositif, logigramme de procédure (DAC, Centre Hospitalier, Hôpital de proximité, Cliniques privées, acteurs de la filière gériatrique, acteurs du domicile, professionnels libéraux…).*

***Les conventions ou les lettres d'intention devront être annexées à la candidature ou au plus tard lors de la mise en place du dispositif.***

1. **OBJECTIFS ET MODALITES DU DISPOSITIF**

**4.1. Descriptif du projet et objectifs**

Veuillez décrire dans le cadre ci-dessous ou joindre, les objectifs et caractéristiques du projet, les modalités de son inscription dans le projet d’établissement, les modalités d’accompagnement et de soins qui seront apportées au regard des besoins identifiés et les modalités organisationnelles et de fonctionnement du projet proposé à la candidature :

*Préciser ou joindre* ***obligatoirement*** *les objectifs généraux de santé, les objectifs opérationnels, les instances et moyens de pilotage, l’intégration au projet stratégique de l’établissement et le projet de soins, les procédures ou processus de prise en charge, les modalités d’accueils et de fonctionnement (jours et horaires d’ouverture), la population accueillie et les critères d’admission, le protocole d’admission et de sorties, les conditions d’association des familles, les activités organisées dans le cadre du dispositif.*

* Inscription du projet dans le projet d’établissement : Non Oui
* Critères d’entrée :

* Définition des modalités d’entrée :

* Critères de sortie :

* Définition des modalités de sortie :

* Inscription dans le livret d’accueil : Non Oui
* Inscription dans le contrat de séjour : Non Oui
  1. **Modalités de mise en œuvre et planification**

Veuillez décrire dans le cadre ci-après ou joindre, les moyens associés à l’activité prévisionnelle (humains, matériels et budgétaires), l’environnement architectural et le calendrier de mise en œuvre :

*Préciser ou joindre* ***obligatoirement*** *les conditions architecturales et aménagements prévus (localisation géographique, surface, jardin, terrasse attenante, sécurisée en accès libre pour les résidents, plan des locaux), l’organisation du personnel (tableau des effectifs, ETPR et qualification du personnel dédié) et la formation du personnel, le montant TDC des investissements prévus, le budget prévisionnel de fonctionnement en année pleine.*

* **Identification du médecin coordonnateur ou référent** (Renseignez les informations)

Nom et Prénom :

Courriel :

Téléphone :

* **Modalités d’accompagnement thérapeutique :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectifs** | **Activités proposées**  **(Préciser le caractère individuel ou collectif**  **des activités)** |
| Gestion des troubles du comportement |  |
| Maintenir ou réhabiliter les capacités fonctionnelles restantes |  |
| Maintenir ou réhabiliter les fonctions cognitives restantes |  |
| Mobiliser les fonctions sensorielles |  |
| Maintenir le lien social |  |
| Autres (préciser) : |  |

* **Les modalités d’organisation de cet accompagnement**

Rythme, activités en groupes, méthode de constitution de ces groupes, quels accompagnants…

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

* **Transmettre un planning d’activité prévisionnelle :**

Modalités de prescription des activités :

Existence d’un projet d’animation spécifique : Non Oui

Inscription de l’accompagnement de vie et de soins en unité spécifique dans le projet d’accompagnement individualisé : Non Oui

Formalisation du projet de vie / projet d’accompagnement : Non Oui

Si oui, préciser :

Lien avec les familles :

* **Localisation géographique :** ***Joindre un plan détaillé.***

Individualisation d’une unité : Non Oui

Modalités de sécurisation :

Nombre de chambres individuelles équipées d’une salle d’eau : I\_I\_I

* **Existence d’espaces identifiés** :

De convivialité et de soins : Non Oui

Activités et soins : Non Oui

Commun de bain, de soins et bien être : Non Oui

Sécurisé :  Non Oui

* **Jardin : Non Oui**

Attenant à l’unité dédiée : Non Oui

Sécurisé : Non Oui

* **Terrasse** : **Non Oui**

Attenant à l’unité dédiée : Non Oui

Sécurisé : Non Oui

Commentaires :

* **Personnel**

Préciser les effectifs et ETP de personnels dédiés au dispositif.

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** | **Observations** |
| Médecin |  |  |  |  |  |
| Infirmier |  |  |  |  |  |
| Aide-soignant\* |  |  |  |  |  |
| Aide médico-psychologique\* |  |  |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |  |  |
| Autres (Préciser) |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

*\* Ces personnels devront recevoir la formation d’assistant de soins en gérontologie.*

Présence infirmière le jour : Non Oui

Présence infirmière la nuit : Non Oui

Présence d’un autre soignant la nuit : Non Oui

Quelle est sa qualification :

* **Formation du personnel :**
* Formation assistant de soins en gérontologie :

Nombre d’aides-soignants et aides médico-psychologiques formés : I\_I\_I

Formations restantes d’ASG prévues au plan de formation : Non Oui

Préciser l’année : I\_I\_I\_I\_I

* Autres formations :

***Joindre un budget prévisionnel en année pleine***

* 1. **Modalité de communication**

Indiquez, dans le cadre ci-dessous, la communication envisagée pour faire connaitre le dispositif par les acteurs et professionnels (Ville-Hôpital) du territoire ainsi que le grand public.

**4.4. Evaluation**

Décrivez dans le cadre ci-dessous, les modalités retenues ou envisagées pour évaluer le projet.

*Préciser les principaux indicateurs, les taux d’occupation prévisionnel et les modalités de suivi.*

* **Résumé – Evaluation du projet**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Positif**  **(pour la création du dispositif PASA/UPHV)** | **Négatif**  **(pour la création du dispositif PASA/UPHV)** |
| **Origine interne à l’établissement** | Forces | Faiblesses |
| **Origine externe à l’établissement** | Opportunités | Menaces |

* **Informations complémentaires et commentaires libres :**