|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**PASA**

**Dossier de candidature – 2025-2026**

*Cette trame de dossier de demande de création de PASA est à compléter*

Références :

* + - Décret n°2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d’organisation et de fonctionnement des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (article D 312-155-0-1 du code de l’action sociale et des familles).
		- L’instruction n° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DFO/2023/60 du 15 mai 2023 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico- sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées

pour l’exercice 2023 délègue des financements pour la création de nouveaux PASA dans la région dans le cadre d’une mesure nouvelle visant à renforcer la médicalisation dans les EHPAD.

* + - L’instruction n° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/2024/62 du 22 mai 2024 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux

accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l’exercice 2024 délègue des financements pour la création de nouveaux PASA dans la région dans le cadre d’une mesure nouvelle visant à renforcer la médicalisation dans les EHPAD.

* + - Recommandation ANESM : « L’accueil et l’accompagnement des personnes atteintes d’une maladie neuro-dégénérative en pôle d’activités et de soins adaptés (PASA) » - juillet 2017
		- Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 (mesure 26).
		- Feuille de route maladies neurodégénératives 2021-2022

|  |  |
| --- | --- |
| ***Auteur de la demande*****n° finess juridique****n° finess géographique****Adresse et lieu d’implantation du PASA****Capacités :*** ***Hébergement permanent (dont unité de vie protégé si existante)***
* ***Hébergement temporaire***
* ***Accueil de jour***

*% de résidents présentant des troubles du comportement modérés consécutifs particulièrement d'une maladie neuro- dégénérative associée à un syndrome démentiel* | **Capacité totale : XX lits et places dont :****-****-****-** |

**Personne référente sur ce dossier (nom, prénom, fonction, adresse mai) : …………..**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date d’ouverture prévisionnelle du PASA** |  |
| **Critères et procédure d’admission et de****sortie** |  |
| **Modalités de détermination de la file****d’attente** |  |
| **Dispositions prévues pour garantir le respect des droits des usagers et l’intégration de la famille (recherche du consentement, etc…)** |  |
| **Jours et horaires d’ouverture***7 jours sur 7 avec au minimum 5 jours par semaine sur la base d’un PASA de jour. Préciser les jours de fermeture exceptionnels (congés estivaux, congés de fin d’année…)* |  |
| **Modalités d'accompagnement et de soins thérapeutiques prévues – joindre un planning prévisionnel des activités proposées (activités thérapeutiques****individuelles et collectives, plannings, accompagnement personnalisé intégrant le rôle des proches-aidants, évaluation des activités, etc…)***Un suivi et une évaluation régulière des activités doivent être réalisés (objectifs, impact et bénéfices, fréquence, satisfaction globale des résidents).**L’accompagnement PASA doit être intégré au projet d’accompagnement individualisé du résident (objectifs et moyens spécifiques).* |  |
| **Intervenants extérieurs (bénévoles, art- thérapeutes, musicothérapeutes, etc…)** |  |
| **Autres modalités organisationnelles :****(organisation des transferts entre les unités d’hébergement et le PASA, organisation du déjeuner et des collations, organisation de****la continuité des soins entre le PASA et les****unités d’hébergement).** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Modalités d’intégration du projet PASA dans le projet global de l’établissement et articulation avec les autres unités de l’EHPAD (intégration du PASA dans le projet d’établissement, modalités de transmission d'informations entre les équipes soignantes de l’EHPAD et le PASA, réunions d’information, activités mutualisées, roulement d’équipe de l’Ehpad et celle du PASA au besoin, etc…)*****Une attention doit être portée à l’articulation du PASA avec les éventuelles unités de vie protégée organisées en interne*** |  |
| **Effectifs prévus au sein du PASA en ETP :**1. **ASG présents au sein de l’EHPAD à**

**ce jour**1. **ASG**
2. **AS**
3. **AMP/AES**
4. **Psychologue**
5. **Ergothérapeute/Psychomotricien**
6. **IDE**
7. **Médecin coordonnateur**
 |  |
| **Formations envisagées pour le personnel du PASA :*** **techniques de soins et de communication adaptées aux personnes malades atteintes de démence modérée ;**

**o utilisation des outils d’évaluation (tels le NPI-ES, inventaire d’agitation de Cohen- Mansfield) ;*** **techniques d’observation et d’analyse**

**des comportements ;*** **techniques de soins non médicamenteuses appropriées aux troubles du comportement. (Snoezelen, hypnose, …)**

*L’ensemble du personnel de l’EHPAD est sensibilisé sur les objectifs spécifiques et le travail du PASA, afin de permettre la prise en charge des personnes à la sortie du pôle dans les meilleures conditions.* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dispositifs de soutien du personnel (réunions d’équipe, analyse de la pratique…)** |  |
| **Les partenariats****(Identification des personnes ressources par rapport à la maladie d’Alzheimer, modalités de coopération, liens avec les****médecins traitants et les autres structures localement impliquées, la psychiatrie, etc.)** |  |
| **Projet architectural (joindre un plan) :**Superficie de l’espace *(préconisation de 120m2 de surfaces intérieures)***Nombre de salles d’activité****Accès à des sanitaires****Accès à un jardin sécurisé ou une terrasse****Salle de restauration****Autres** |  |

Devront être joints au dossier les documents suivants :

* Le plan des locaux avec les superficies
* Le budget prévisionnel en année pleine du PASA *avec respect du budget maximal de 70 000 € par PASA de 14 places.*

Tout document qui vous semble utile pour la bonne compréhension de votre demande peut être annexé et joint au dossier.