

Nom de l’établissement porteur

**DOSSIER PROJET**

Labellisation des Permanences d’Accès aux Soins de Santé (PASS)

Liste des établissements identifiés comme antenne PASS :

**Contenu**

[**ETAT DES LIEUX 3**](#_Toc132884840)

[**1. Couverture géographique 3**](#_Toc132884841)

[**2. Diagnostic de territoire 4**](#_Toc132884842)

[**3. Dispositif actuel 5**](#_Toc132884843)

[**a. Personnel 5**](#_Toc132884844)

[**b. Locaux et plateau technique 5**](#_Toc132884845)

[**c. Fonctionnement - Organisation 6**](#_Toc132884846)

[**PROJET DE LA PASS 8**](#_Toc132884847)

[**1. Projet de la PASS et d’évolution du dispositif 8**](#_Toc132884848)

[**2. Description du parcours bucco-dentaire 9**](#_Toc132884849)

[**3. Description du parcours mères-enfants 10**](#_Toc132884850)

[**4. Description des antennes PASS et de leur fonctionnement 11**](#_Toc132884851)

[**5. Principaux bénéfices attendus sur les différents modes de fonctionnement souhaités 12**](#_Toc132884852)

[**6. Organisation et personnels projetés dans le cadre de la labellisation 13**](#_Toc132884853)

[**7. Locaux et plateau technique 15**](#_Toc132884854)

[**ORGANISATION DE LA COOPERATION SUR LE TERRITOIRE 16**](#_Toc132884855)

[**1. Articulations entre les structures sanitaires 16**](#_Toc132884856)

[**2. Articulations avec les acteurs du champ médico-social 16**](#_Toc132884857)

[**3. Déploiement d’une activité mobile pour une stratégie « d’aller vers » 17**](#_Toc132884858)

[**CALENDRIER ET FINANCEMENT 18**](#_Toc132884859)

[**1. Calendrier envisagé pour les 24 mois de mise en œuvre du projet 18**](#_Toc132884860)

[**2. Répartition des financements 19**](#_Toc132884861)

[**COMMENTAIRES EVENTUELS 20**](#_Toc132884862)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et coordonnées de l’établissement de santé ou du groupement d’établissements porteur** | Etablissement :  Adresse postale : |
| **Nom et coordonnées du directeur de l’établissement porteur** | Directeur :  Téléphone :  Mail : |
| **Nom du médecin responsable de la PASS** | Qualification :  Lieu(x) d’exercice :  Téléphone :  Mail : |
| **Liste des établissements identifiés en antenne PASS** | Etablissement :  Adresse postale :  Directeur :  Téléphone :  Mail : |
| Etablissement :  Adresse postale :  Directeur :  Téléphone :  Mail |
|  | Etablissement :  Adresse postale :  Directeur :  Téléphone :  Mail |

**ETAT DES LIEUX**

1. **Couverture géographique**

*Dont nombre de communes concernées, population totale dont le nombre de personnes en situation de précarité et caractéristiques du territoire (sociodémographiques ou autres)*

|  |
| --- |
|  |

1. **Diagnostic de territoire**

*Etat des lieux des moyens existants, description des modalités communes de fonctionnement de chacun des maillons, analyse des besoins persistants et des ruptures de parcours identifiées sur le territoire.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Dispositif actuel**
2. **Personnel**

* **Equipe médicale et paramédicale**

Nom du médecin responsable de la PASS :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP** |
| Médecin |  |  |
| Paramédicaux (ajouter des lignes en fonction des personnels présents) |  |  |
|  |  |  |

* **Equipe médico-sociale**

Nom du cadre de l’unité fonctionnelle :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP** |
| Assistant social |  |  |
| Psychologue |  |  |
| Médiateur |  |  |
| Interprète |  |  |
| Educateur spécialisé |  |  |
| Autres (Préciser) |  |  |

* **Equipe administrative**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **ETP** |
| Secrétaire |  |  |
| Cadre |  |  |
| Autres (Préciser) |  |  |

1. **Locaux et plateau technique**

* **Locaux**

Bureau de consultation dédié au dispositif Oui  Non

Plages horaires disponibles/ semaine  (horaires d’ouverture)

Accessible aux personnes à mobilité réduite Oui  Non

Décrire les locaux (positionnement dans l’établissement, signalétique..)

|  |
| --- |
|  |

* **Plateau technique**

Scanographe Accès direct  Convention

Radiologie conventionnelle Accès direct  Convention

IRM Accès direct  Convention

Echographe Accès direct  Convention

Laboratoire d’analyses Accès direct  Convention

Pharmacie Accès direct  Convention

Existence de plages horaires réservées pour certains équipements

|  |
| --- |
|  |

*Décrire*

1. **Fonctionnement - Organisation**

**Modalités de fonctionnement**

*Préciser l’organisation opérationnelle actuelle du dispositif (consultations médicales, sociales, horaires dédiés ou non, modalités d’intervention de la PASS…)*

|  |
| --- |
|  |

* **Protocoles**

Protocoles Parcours Patient PASS (de l’amont à l’aval) Oui  Non

Protocole de repérage Oui  Non

Protocole de délivrance des médicaments Oui  Non

* **Conventionnements institutionnels**

Convention CPAM Oui  Non

Convention CAF Oui  Non

Autres conventionnements institutionnelles :

* **Conventionnements associatifs**

*Lister les conventions établies entre la PASS et les acteurs associatifs du territoire œuvrant dans le champ de la précarité (CHRS, centres d’accueil, LHSS….)*

|  |
| --- |
|  |

* **Conventionnements médicaux**

Convention avec fauteuil dentaire  Oui  Non

Convention avec spécialistes / médecine de ville

*Lister les conventions établies entre la PASS et les différents acteurs de la médecine de ville*

|  |
| --- |
|  |

1. **Activités de la PASS**

* **Prises en charge 2022**
* nb de patients accompagnés :
  + dont nb de nouveaux patients :
* nb de mineurs :
  + dont non accompagnés :
* nb de femmes venant en PASS avec une demande de suivi de grossesse :
* nb de prescriptions avec délivrance en interne :
  + médicamenteuses :
  + actes techniques (imagerie, biologie) :
* **Activités médicale et paramédicale**
* file active médicale :
* nb de consultations médicales :
* nb de consultations paramédicales :
* **Activités spécialisées**
* nb d'orientation vers d'autres médecins hospitaliers pour une prise en charge dans le cadre d'une consultation médicale PASS :
* nb de prises en charge bucco-dentaires :
* file active sage-femme :
* nb d’échographies réalisées :
* **Activités sociales**
* Nb d’entretiens sociaux :

PROJET DE LA PASS

***Objectif 1****: Offrir un accès aux soins et un accompagnement sanitaire et social aux patients dans la perspective d’une intégration dans le dispositif de soins de droit commun*

***Objectif 2:*** *Dispenser des soins qui ne sont pas soumis à facturation pour des patients qui ne bénéficient pas d’une couverture sociale au moment de la réalisation des actes*

***Objectif 3 :*** *Intervenir à la fois au sein de l’établissement et à l’extérieur de celui-ci pour faciliter le repérage et la prise en charge des patients en situation d’une potentielle fragilité, en construisant des partenariats institutionnels élargis.*

1. Projet de la PASS et d’évolution du dispositif

*Description des actions envisagées, des missions, des procédures, de l’organisation administrative et médico-soignante prévues, des partenariats…en lien avec le cahier des charges régional*

*Joindre au dossier fiches de poste, procédures types ou tout autre document permettant d’apprécier la mise en œuvre effective du projet.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Description du parcours bucco-dentaire**

*Organisation choisie (accès organisé ou PASS buccodentaire) et justification*

|  |
| --- |
|  |

1. **Description du parcours mères-enfants**

*Organisation choisie (accès organisé ou PASS buccodentaire) et justification*

|  |
| --- |
|  |

1. **Description des antennes PASS et de leur fonctionnement**

*Liste des établissements identifiés comme antenne PASS, projet d’organisation avec description du fonctionnement des antennes (personnels, locaux, horaires…)…*

|  |
| --- |
|  |

1. **Principaux bénéfices attendus sur les différents modes de fonctionnement souhaités**

|  |
| --- |
|  |

1. **Organisation et personnels projetés dans le cadre de la labellisation**

**PASS généraliste**

* **Equipe médicale et paramédicale**

Nom du médecin responsable de la PASS :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | ETP PASS Généraliste | ETP Antenne PASS | ETP PASS mobile |
| Médecin |  |  |  |  |
| Dentiste |  |  |  |  |
| Sage-femme |  |  |  |  |
| Paramédicaux (ajouter des lignes en fonction des personnels présents) |  |  |  |  |
| * IDE |  |  |  |  |

* **Equipe médico-sociale**

Nom du cadre de l’unité fonctionnelle :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | ETP PASS Généraliste | ETP Antenne PASS | ETP PASS mobile |
| Assistant social |  |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |  |
| Médiateur |  |  |  |  |
| Interprète |  |  |  |  |
| Educateur spécialisé |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* **Equipe administrative**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre | ETP |
| Secrétaire |  |  |
| Cadre |  |  |
|  |  |  |

**PASS buccodentaire**

* **Equipe médicale et paramédicale**

Nom du chirurgien-dentiste responsable de la PASS bucco-dentaire:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre | ETP |
| Médecin chirurgien-dentiste |  |  |
| Paramédicaux (ajouter des lignes en fonction des personnels présents) |  |  |
| * Assistant dentaire |  |  |

* **Equipe médico-sociale**

Nom du cadre de l’unité fonctionnelle :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre | ETP |
| Assistant social |  |  |
| Interprète |  |  |
|  |  |  |

* **Equipe administrative**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre | ETP |
| Secrétaire |  |  |
| Cadre |  |  |
|  |  |  |

**PASS mères-enfants**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre | ETP |
| Médecin |  |  |
| Gynéco-obstétricien |  |  |
| Pédiatre |  |  |
| Sage-femme |  |  |
| Paramédicaux (ajouter des lignes en fonction des personnels présents) |  |  |
| * IDE |  |  |
| * IDE puéricultrice |  |  |

* **Equipe médico-sociale**

Nom du cadre de l’unité fonctionnelle :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre | ETP |
| Assistant social |  |  |
| Interprète |  |  |
| Médiateur |  |  |
| Educateur spécialisé |  |  |
| Psychologue |  |  |
|  |  |  |

* **Equipe administrative**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre | ETP |
| Secrétaire |  |  |
| Cadre |  |  |
|  |  |  |

1. **Locaux et plateau technique**

* **Locaux**

Bureau de consultation dédié au dispositif Oui  Non

Plages horaires disponibles/ semaine :

Accessible aux personnes à mobilité réduite Oui  Non

Décrire les locaux envisagés (positionnement dans l’établissement, signalétique..)

|  |
| --- |
|  |

* **Plateau technique**

Scanographe Accès direct  Convention

Radiologie conventionnelle Accès direct  Convention

IRM Accès direct  Convention

Echographe Accès direct  Convention

Laboratoire d’analyses Accès direct  Convention

Pharmacie Accès direct  Convention

Fauteuil dentaire Accès direct  Convention

**ORGANISATION DE LA COOPERATION SUR LE TERRITOIRE**

1. **Articulations entre les structures sanitaires**

*Analyser les ressources de chaque partenaire du secteur sanitaire et décliner les trajectoires identifiées.* *Décliner les impacts attendus avec les autres établissements et organisations inter-établissements.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Articulations avec les acteurs du champ médico-social**

*Décrire les modalités d’implication avec la PASS des différents partenaires et décliner les parcours patients identifiés*

|  |
| --- |
|  |

1. **Déploiement d’une activité mobile pour une stratégie « d’aller vers »**

*Décliner les besoins identifiés sur le territoire et les moyens existants. Décrire les modalités d’intervention de l’équipe mobile proposée en précisant sa plus-value et sa complémentarité pour le public ciblé.*

|  |
| --- |
|  |

**CALENDRIER ET FINANCEMENT**

1. **Calendrier envisagé pour les 24 mois de mise en œuvre du projet**

|  |
| --- |
|  |

1. **Répartition des financements**

|  |
| --- |
| **Equipe PASS**  *Préciser les professionnels dédiés et les temps (ETP) identifiés et le montant correspondant dédié à celui*  *Préciser le temps (ETP) dédié à la coordination et le montant correspondant dédié à celui-ci* |
|  |
| **Equipe PASS mobile**  *Préciser les professionnels dédiés et les temps (ETP) identifiés et le montant correspondant dédié à celui* |
|  |
| **Activités spécifiques (mère-enfant, bucco-dentaires)**  *Préciser les professionnels dédiés et les temps (ETP) identifiés* |
|  |
| **Locaux, matériels** |
|  |

**COMMENTAIRES EVENTUELS**

|  |
| --- |
|  |