

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**

|  |
| --- |
|  |