Dossier d’évaluation en vue du renouvellement d’une autorisation d’activité de soins : médecine

DOSSIER PROMOTEUR **Titre du document**

**DEMANDEUR :**

**ARRETE D’AUTORISATION :**

**SOMMAIRE**

**I) Données administratives 5**

* 1. **titulaire de l’autorisation 6**
  2. **caracteristiques generales de l’autorisation 6**
  3. **Renouvellement de l’autorisation demandée**

[**II) Qualification de l’offre 5**](#_Toc415832860)

[**2.1. Médecine adulte 5**](#_Toc415832861)

[**2.1.1. Présentation des spécialités 5**](#_Toc415832862)

[**2.1.2. Données sur l’adressage et l’orientation des patients 6**](#_Toc415832863)

[**2.1.3. Développement des structures alternatives à l’hospitalisation 6**](#_Toc415832864)

[**2.2. Pédiatrie 7**](#_Toc415832865)

[**2.2.1. Présentation des spécialités 7**](#_Toc415832866)

[**2.2.2. Organisations spécifiques 8**](#_Toc415832867)

[**2.2.3. Développement des structures alternatives à l’hospitalisation 8**](#_Toc415832868)

[**2.3. Informations, formation et recherche 9**](#_Toc415832869)

[**2.4. Accès au plateau technique et endoscopie 9**](#_Toc415832870)

**III)** [**EVALUATION DE L’AUTORISATION A RENOUVELER 10**](#_Toc415832871)

[**1. Etat de réalisation des objectifs attaches à l’autorisation. 10**](#_Toc415832872)

1. [**fiche service adulte 13**](#_Toc415832877)

[**2.1. Organisation médicale 13**](#_Toc415832878)

**2.**[**1.1. Capacités et spécialités 13**](#_Toc415832879)

**2.**[**1.2. Description de l’équipe médicale et paramédicale 13**](#_Toc415832880)

[**2.2. Projet de service 14**](#_Toc415832881)

**2.**[**2.1. Parcours du patient en aval des urgences et pour le suivi des maladies chroniques 14**](#_Toc415832882)

**2.**[**2.2. Permanence et continuité des soins 14**](#_Toc415832883)

**3.** [**fiche service pédiatrie 15**](#_Toc415832884)

**3.**[**1. Organisation médicale 15**](#_Toc415832885)

**3.**[**1.1. Capacité et spécialités 15**](#_Toc415832886)

**3.**[**1.2. Description de l’équipe médicale et paramédicale 15**](#_Toc415832887)

**3.**[**2. Projet de service 16**](#_Toc415832888)

**3.**[**2.1. Parcours du patient en aval des urgences et pour le suivi des maladies chroniques 16**](#_Toc415832889)

**3.**[**2.2. Permanence et continuité des soins 16**](#_Toc415832890)

**4. Etat de réalisation des autres engagements du titulaire de l’autorisation.**

**IV) EVOLUTIONS ENVISAGEES DE L’AUTORISATION**

**V) ACTUALISATION DES MODALITES D’EVALUATION DE L'ACTIVITE**

**VI) RENOUVELLEMENT DES ENGAGEMENTS**

**Renouvellement d’une autorisation**

Le titulaire d’une autorisation d’activité de soins doit adresser un dossier d’évaluation au plus tard 14 mois avant la date de son renouvellement.

Pour rappel, une autorisation est délivrée pour une durée de 7 ans et court à compter de la réception par l’ARS, de la déclaration de mise en œuvre de l’activité ou de l’exploitation de l’équipement matériel lourd adressé par le titulaire de l’autorisation. Le délai de 14 mois est donc apprécié par rapport à cette date.

L’évaluation porte sur une période qui ne peut être inférieure à 5 ans sauf lorsqu’il s’agit d’un premier renouvellement. Dans ce cas, l’évaluation porte sur une période au moins égale à 40 mois (3 ans et 4 mois).

A défaut d’injonction un an avant l’échéance de l’autorisation, cette dernière est tacitement renouvelée.

La date d’effet de l’autorisation renouvelée court à compter du jour suivant l’échéance de la durée de validité de l’autorisation précédente.

Vous voudrez bien adresser le dossier d’évaluation en 1 exemplaire par lettre recommandée avec avis de réception au siège de l’ARS Bourgogne Franche-Comté, Direction de l’organisation des soins (Immeuble Le Diapason 2, place des Savoirs CS 73535 21 035 DIJON) ainsi qu’en version numérique sur le support de votre choix ou par envoi dématérialisé à l’adresse suivante : ars-bfc-dos-psh@ars.sante.fr.

**Textes de référence :**

**Régime du renouvellement d’une autorisation**

Articles L.6122-5, L.6122-9, L.6122-10 du code de la santé publique (CSP)

**Durée de l’autorisation**

Article R.6122-37 du CSP

**Composition du dossier d’évaluation**

Articles R.6122-23, R.6122-32-2 du CSP.

**Type :**

* Hospitalisation complète – Adultes
* Hospitalisation de jour – Adultes
* Hospitalisation de jour – Pédiatrique
* Hospitalisation complète – Pédiatrique

# **I) DONNEES ADMINISTRATIVES**

* 1. **titulaire de l’autorisation**

|  |  |
| --- | --- |
| Dénomination du titulaire de l’autorisation |  |
| Statut juridique |  |
| Siège social (personne morale) ou domicile (personne physique) |  |
| Nom et qualité du représentant légal |  |
| Adresse |  |
| Mail |  |
| Personne à contacter en charge du dossier *(téléphone, mail)* |  |
| SIRET |  |
| N° FINESS de l’entité juridique |  |
| N° FINESS de l’établissement d’implantation de l’activité (FINESS ET géographique) |  |

* 1. **caracteristiques generales de l’autorisation**

|  |  |
| --- | --- |
| Date d’échéance de l’autorisation |  |
| Lieu(x) d’implantation de l’activité de médecine à renouveler |  |
| Forme de gestion de l’activité autorisée |  |
| Date de la dernière visite conformité |  |
| Avis du rapport de la visite de conformité |  |
| Date de la dernière certification |  |
| Conclusions du rapport de certification |  |

* 1. **Renouvellement de l’autorisation demandée**
* à l’identique[[1]](#footnote-1) :
* avec modifications – *Dans ce cas, compléter la partie 3. Evolutions envisagées de l’autorisation*

# **II) QUALIFICATION DE L’OFFRE**

* 1. **Médecine adulte**
     1. **Présentation des spécialités**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Orientation médicale** | **HC lits dédiés dans le service de médecine**  **(préciser les capacités)** | **HDJ dédié au service**  **(préciser les capacités)** | **HDJ partagé préciser le service /pôle avec lequel il est partagé (préciser les capacités)** | **Equipe mobile dédiée** | **Consultation**  **externe spécialisée** |
| Cardio-vasculaire |  |  |  |  |  |
| Consultations mémoire |  |  |  |  |  |
| Dermatologie |  |  |  |  |  |
| Endocrinologie-nutrition et diabète |  |  |  |  |  |
| Gériatrie |  |  |  |  |  |
| Hémato-cancérologie |  |  |  |  |  |
| Hépato-gastro-entérologie |  |  |  |  |  |
| Infectieux et VIH |  |  |  |  |  |
| Médecine générale |  |  |  |  |  |
| Médecine interne |  |  |  |  |  |
| Néphrologie |  |  |  |  |  |
| Neurologie |  |  |  |  |  |
| Ondontologie |  |  |  |  |  |
| Ophtalmologie |  |  |  |  |  |
| ORL |  |  |  |  |  |
| Pneumologie |  |  |  |  |  |
| Rhumatologie |  |  |  |  |  |
| Soins palliatifs |  |  |  |  |  |
| Autre (préciser) |  |  |  |  |  |

* + 1. **Données sur l’adressage et l’orientation des patients**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Année N-1** |
| * **Provenance des personnes hospitalisées** | |
| * Taux d’entrée par les urgences |  |
| * Taux de mutation |  |
| * Taux de séjours programmés (circuit court) |  |
| * **Orientation après la sortie** | |
| * Taux de retour au domicile (non compris HAD, y compris médico-social) |  |
| * Taux transfert autre établissement y compris psychiatrie |  |
| * Taux de sorties SSR |  |
| * Taux de sorties HAD |  |
| * Taux de ré-hospitalisation après 30 jours |  |
| * Délai d’envoi du compte rendu d’hospitalisation |  |

* + 1. **Développement des structures alternatives à l’hospitalisation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Articles D. 6124-301 à 305 du Code de la Santé Publique** | **Oui** | **Non** |
| L’établissement est-il en conformité avec les dispositions du décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation ? |  |  |
| La charte de fonctionnement a-t-elle été transmise à l’ARS[[2]](#footnote-2) ? |  |  |
| Les fonctions de l’équipe médicale et paramédicale y sont-elles définies ? |  |  |
| Le personnel a-t-il été formé à la prise en charge à temps partiel ? |  |  |
| L’organisation de l’Hospitalisation de jour est-elle spécifique et aisément identifiable ? |  |  |

* 1. **Pédiatrie**
     1. **Présentation des spécialités**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **HC lits dédiés dans le service de pédiatrie**  **(préciser les capacités)** | **HDJ dédié au service**  **(préciser les capacités)** | **HDJ partagé préciser le service /pôle avec lequel il est partagé (préciser les capacités)** | **Equipe mobile dédiée** | **Consultation**  **externe spécialisée** |
| **Cardio-vasculaire** |  |  |  |  |  |
| **Dermatologie** |  |  |  |  |  |
| **Endocrinologie-nutrition et diabète** |  |  |  |  |  |
| **Hémato-cancérologie** |  |  |  |  |  |
| **Hépato-gastro-entérologie** |  |  |  |  |  |
| **Infectieux et VIH** |  |  |  |  |  |
| **Néphrologie** |  |  |  |  |  |
| **Neurologie** |  |  |  |  |  |
| **Ondontologie** |  |  |  |  |  |
| **Ophtalmologie** |  |  |  |  |  |
| **ORL** |  |  |  |  |  |
| **Pédiatrie générale** |  |  |  |  |  |
| **Pneumologie** |  |  |  |  |  |
| **Psychiatrie** |  |  |  |  |  |
| **Rhumatologie** |  |  |  |  |  |
| **Soins palliatifs** |  |  |  |  |  |
| **Unité adolescents** |  |  |  |  |  |
| **Autre (préciser)** |  |  |  |  |  |

* + 1. **Organisations spécifiques**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **Oui** | **Non** |
| **Existe-t-il un dispositif spécifique pour répondre aux variations saisonnières de l’activité ?** | |  |  |
| ↘ Dans l’affirmative   * Préciser l’organisation et les moyens (indiquer si USC) | (Préciser) | | |
| **Existe-t-il un dispositif de prise en charge spécifique des adolescents ?** | |  |  |
| ↘ Dans la négative   * Y a-t-il un médecin (pédiatre) référent adolescents ? | |  |  |
| * Les jeunes sont-ils accueillis jusqu’à 18 ans en pédiatrie ? | |  |  |
| ↘ Dans la négative :   * Préciser le lieu d’accueil des adolescents hospitalisés | (Préciser) | | |
| **Existe-t-il des procédures d’accompagnement de l’adolescent porteur de pathologie chronique et de sa famille lors de l’orientation vers le service adulte (transition adolescente) ?** | |  |  |
| ↘ Dans l’affirmative   * Des moyens facilitant la transmission du dossier de l’adolescent vers le service adulte sont-ils prévus (revue de dossier, staff, etc.)? | |  |  |
| **Existe-t-il une consultation dédiée à l’adolescence ?** | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Année N-1** |
| * Taux d’entrée par les urgences |  |
| * Délai d’envoi du compte rendu d’hospitalisation |  |

* + 1. **Développement des structures alternatives à l’hospitalisation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Articles D.6124-301 à 305 du Code de la Santé Publique** | **Oui** | **Non** |
| L’établissement est-il en conformité avec les dispositions du décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation ? |  |  |
| La charte de fonctionnement a-t-elle été transmise à l’ARS[[3]](#footnote-3) ? |  |  |
| Les fonctions de l’équipe médicale et paramédicale y sont-elles définies ? |  |  |
| Le personnel a-t-il été formé à la prise en charge à temps partiel ? |  |  |
| L’organisation de l’Hospitalisation de jour est-elle spécifique et aisément identifiable ? |  |  |

* 1. **Informations, formation et recherche**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L’établissement est-il agréé pour le :** | **Oui** | **Non** | **Nb de postes**  **autorisés** | **Nb de**  **postes pourvus** |
| * DES médecine spécialisée ? |  |  |  |  |
| * DES médecine générale ? |  |  |  |  |
| * DESC de gériatrie ? |  |  |  |  |
| * DES de pédiatrie ? |  |  |  |  |

* L’établissement participe-t-il à des projets de recherche en associant des partenaires extrahospitaliers ? (Préciser)
* Indiquer les actions de communication de l’établissement aux professionnels et aux familles (journal, plaquette, site internet, prise de rendez-vous en ligne)
  1. **Accès au plateau technique et endoscopie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Condition d’accès au plateau technique** | **Oui (sur site)** | **Oui (par convention)** | **Commentaire** |
| IRM |  |  |  |
| Scanner |  |  |  |
| Radiologie conventionnelle |  |  |  |
| Laboratoire d’ABM |  |  |  |
| Exploration physiologique |  |  |  |
| Echographie cardiaque |  |  |  |
| Echo-doppler vasculaire |  |  |  |
| Fibroscopie bronchique |  |  |  |
| ↘ dont urgence |  |  |  |
| Endoscopie digestive |  |  |  |
| ↘ dont urgence |  |  |  |
| Autre (préciser) |  |  |  |

**Commentaires éventuels de la structure :**

# **III) EVALUATION DE L’AUTORISATION A RENOUVELER**

1. **Etat de réalisation des objectifs attaches à l’autorisation.**

Référence juridique : R.6122-32-2 alinea 1

***Etat de réalisation des objectifs du schéma régional de santé, notamment en matière d’accessibilité, de qualité, de sécurité des soins, de continuité et de globalité de la prise en charge des patients***

Le titulaire de l’autorisation détaillera les actions mises en œuvre qui lui ont permis de s’inscrire dans la réalisation des objectifs du SRS pour l’activité concernée.

* ***Objectifs communs à la discipline médecine.***

Objectif général n°1 : organiser une offre de santé coordonnée, centrée autour de l’usager et en garantir l’égal accès pour tous.

Mesure n°1 : Assurer la coordination des acteurs (de la prévention, du soin et du médico-social) pour des parcours efficients intégrant la gradation des soins et la complémentarité entre acteurs.

Mesure n°2 : Permettre un accès aux soins de médecine en établissement de santé, selon une offre graduée (niveau de proximité, plateau technique de recours infrarégional, plateau technique régional) et complémentaire.

Mesure n°3 : Innover en matière d’organisation pour améliorer la coordination, la circulation de l’information et in fine la qualité de la prise en charge.

Résultats attendus :

- Développement des coopérations sur un territoire donné entre la ville et les services de médecine des établissements de santé publics et privés.

- Structuration d’une offre graduée et complémentaire en médecine par territoire et pour l’ensemble de la région.

- Développement de la télémédecine et de la plateforme eTICSS entre les différents niveaux de gradation en médecine.

Objectif général n°2 : faire progresser l’efficience et la qualité du système de soins en médecine.

Mesure n°1 : Mieux organiser l’accompagnement des personnes.

Mesure n°2 : Faire évoluer la prise en charge et développer les alternatives à l’hospitalisation conventionnelle.

Mesure n°3 : Atteindre une capacité en lits et places permettant d’assurer une efficience économique.

Mesure n°4 : Poursuivre le développement de la qualité et la sécurité des soins.

Mesure n°5 : Soutenir l’innovation technologique et thérapeutique, dans le cadre de l’organisation d’une offre de soins graduée et complémentaires et de filières d’excellence articulées entre les 2 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

Résultats attendus de l’objectif général n°2 :

- Développement de l’éducation thérapeutique du patient (ETP).

- Développement des alternatives à l’hospitalisation complète (HAD, hôpital de jour).

- Regroupement capacitaire pour atteindre une taille économiquement viable.

- Développement des EPP.

- Valeur cible : Indice de Performance –Durée Moyenne de Séjour Médecine (IPDMS M) à 0,94

***Objectifs spécifiques à la pédiatrie***

* Objectif général : structurer l’offre hospitalière de pédiatrie et l’articuler avec l’offre de premier recours.

Mesure n°1 : Définir le maillage gradué des accueils et des transports pédiatriques en trois niveaux : recours régional CHU, recours infra régional, recours de proximité.

Mesure n°2 : Structurer la filière pédiatrique, en définissant la gradation des soins au niveau de chaque zone de planification sanitaire et au niveau de recours régional et l’articuler avec le parcours santé mentale et psychiatrie (volet pédopsychiatrie).

Résultats attendus de l’objectif général relatif à la pédiatrie :

- Structuration de la filière pédiatrique en définissant la gradation des soins au niveau de chaque zone de planification sanitaire et au niveau de recours régional.

* Objectifs généraux définis dans le cadre du parcours « développement de l’enfant »

Mesure n°1 : Construire, puis déployer un plan d’actions ciblées, coordonnées entre les politiques familiales et de la petite enfance, de la santé, de l’éducation, permettant de promouvoir les déterminants favorables au développement cognitif de l’enfant.

Mesure n°2 : Agir pour un dépistage et un diagnostic plus précoce des enfants présentant des troubles du neuro-développement.

Mesure n°3 : Prendre en charge et accompagner plus spécifiquement les troubles de la communication, les troubles moteurs, les troubles de l’attention, les troubles des apprentissages et la précocité intellectuelle, en lien avec le monde de l’éducation et en impliquant les familles

***Objectifs spécifiques à la gériatrie définis dans le cadre du parcours personnes âgées.***

* Objectif général n°1 : structurer les filières gériatriques sur le territoire régional pour réduire les hospitalisations inadéquates et les passages évitables aux urgences.

Mesure n°1 : Organiser la complémentarité entre les centres experts et les hôpitaux de proximité

Mesure n°2 : Adapter la réponse aux besoins d’expertise gériatrique

Mesure n°3 : Encourager le recours à l’hébergement temporaire pour éviter les hospitalisations inadéquates en secteur sanitaire.

Mesure n°4 : Limiter le passage aux urgences aux situations non évitables

Déployer des dispositifs de télémédecine en maison de santé pluri professionnelle (MSP) et en EHPAD.

* Objectif général n°2 : faciliter la coordination et la coopération des acteurs notamment dans le lien ville-hôpital, partager l’information et le travail en réseau.

Mesure n°1 : Structurer et outiller les plateformes territoriales d’appui aux parcours de santé complexes.

Mesure n°2 : Développer les protocoles de coopération ou de délégation de tâches

Mesure n°3 : Développer des systèmes d’information et de coordination partagés entre les acteurs

***Objectifs spécifiques en matière de planification et d’organisation de l’offre de soins définis dans le cadre des parcours par pathologies.***

*- Parcours addictions :*

* Objectif général : proposer une offre sanitaire, organisée et répartie sur le territoire en fonction des besoins de la population.

Mesure n°1 : Développer et consolider les possibilités de prise en charge de niveau I, pour les établissements sanitaires avec services d’urgences autorisés.

Mesure n°2 : Renforcer la structuration de la filière de prise en charge en addictologie, notamment dans le Jura et la Nièvre (Niveau II) et le Doubs (Niveau III), avec le cas échéant, possibilité d’autoriser une activité de médecine dans des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie.

Mesure n°3 : Formaliser la prise en charge « addictologie » dans les PMP des GHT, en concertation avec le secteur privé.

Résultats attendus :

- Une organisation de la filière addictologie reconnue et opérationnelle dans chaque Centre Hospitalier.

- Existence d’un axe addictologie dans chacun des PMP des GHT

*-* Parcours neurologie, volet Accident Vasculaire Cérébral (AVC), traumatismes crâniens (TC) et médullaires (TM) :

* Objectif général n°1 : assurer une prise en charge de qualité aux patients atteints d’AVC, de TC et de TM lors de la phase aiguë de la maladie en structurant les filières de soins sur l’ensemble du territoire régional.

Mesure n°1 : Poursuivre la structuration des filières locales AVC

Mesure n°2 : Structurer la prise en charge des TC et TM

Mesure n°3 : Améliorer la réadaptation des patients en intégrant le projet de réadaptation dès la phase aigüe en court séjour et en organisant le transfert en structure de SSR.

* Objectif général n°2 : améliorer la coordination et fluidifier la prise en charge en aval de l’hospitalisation initiale, en particulier lors du retour à domicile en lien avec les intervenants des secteurs sanitaire et médico-social.

Mesure n°1 : Améliorer la coordination des acteurs.

Respect des engagements pris en matière d’accessibilité (physique, financière et délais d’attente).

Respect des engagements pris en matière de continuité des soins et de permanence des soins.

Référence juridique : L.6114-2 et 3 CSP, R.6122-32-2 alinea 2

***Réalisation des objectifs du CPOM en matière d’objectifs quantifiés de l’activité de soins (implantation et volume)***

***Respect des conditions particulières dont a été assortie l’autorisation dans l’intérêt de la santé publique***

***Cohérence avec le projet d’établissement ou le projet médical du Groupement hospitalier de territoire de rattachement***

***Analyse des écarts par rapport à ces objectifs***

**2. FICHE SERVICE ADULTE**

**Important :** cette fiche est à dupliquer et à renseigner pour chaque service et unité dédiée de médecine.

**Nom du service**

Nom et coordonnées du chef de service ou du coordonnateur médical :

2.1. Organisation médicale

2.1.1. Capacité et spécialités

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Hospitalisation complète** | | | | | **Hospitalisation de jour** | | |
|  | **Lits**  **Installés** | **Séjours** | **Journées** | **Taux d’occupation** | **DMS** | **Places** | **Séjours** | **Taux de rotation** |
| **Année N-5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Année N-4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Année N-3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Année N-2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Année N-1** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Année N-5** | **Année N-4** | **Année N-3** | **Année N-2** | **Année N-1** |
| **Nombre total de GHM de l’hospitalisation complète** |  |  |  |  |  |
| ↘ Dont les 5 GHM les plus fréquents (Préciser) |  |  |  |  |  |
| **Répartition des séjours par classe d’âge** |  |  |  |  |  |
| * % de séjours (personnes âgées de moins de 40 ans) |  |  |  |  |  |
| * % de séjours (personnes âgées de 75 à 84 ans) |  |  |  |  |  |
| * % de séjours (personnes âgées de plus de 85 ans) |  |  |  |  |  |

2.1.2 Description de l’équipe médicale et paramédicale

* **Equipe médicale** (préciser par spécialité médicale)

|  |  |
| --- | --- |
| Nb de praticiens |  |
| ETP total |  |
| Existence de convention pour postes partagés |  |
| ETP de postes vacants |  |
| Taux de recours à l’intérim (N-1) |  |
| Nb d’internes |  |

* **Equipe paramédicale**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre Jour** | **Nombre Nuit** | **ETP Jour** | **ETP Nuit** |
| **IDE** |  |  |  |  |
| **AS** |  |  |  |  |
| **Recours à l’intérim (N-1)** |  |  |  |  |

* **Autres**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **Nombre** | **Equivalent ETP** | **Temps dédié** | **Temps partagé** |
| **Assistante sociale** |  |  |  |  |
| **Diététicien** |  |  |  |  |
| **Psychologue** |  |  |  |  |
| **Kinésithérapeute** |  |  |  |  |
| **Autres (préciser)** |  |  |  |  |

* 1. Projet de service

2.2.1. Parcours du patient en aval des urgences et pour le suivi des maladies chroniques

* Préciser l’orientation médicale, rôle de recours ou proximité, appartenance à une filière spécifique (cancérologie, obésité, AVC, etc.) :
* **Education thérapeutique**

|  |  |
| --- | --- |
| **Programme d’Education thérapeutique** Lesquels | **Date d’autorisation** |
|  |  |

2.2.2. Permanence et continuité des soins

* Préciser l’organisation mise en place (périodes de l’année, horaires en semaine, jours fériés, week-end et participation des médecins du service aux urgences de l’établissement)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **Gardes** | | **Astreintes** | |
| **Nombre** | **ETP** | **Nombre** | **ETP** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |



**3. FICHE SERVICE PEDIATRIE**

**Important :** cette fiche est à dupliquer et à renseigner pour chaque service et unité dédiée de pédiatrie..

**Nom du service**

Nom et coordonnées du chef de service ou du coordonnateur médical :

3.1. Organisation médicale

3.1.1. Capacité et spécialités

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Hospitalisation complète** | | | | | | | | | | **Hospitalisation de jour** | | | | |
|  | | **Lits**  **Installés** | | **Séjours** | | **Journées** | | **Taux d’occupation** | | **DMS** | | **Places** | | **Séjours** | | **Taux de rotation** |
| **Année N-5** |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Année N-4** |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Année N-3** |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Année N-2** |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Année N-1** |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | **Année N-5** | | **Année N-4** | **Année N-3** | **Année N-2** | **Année N-1** |
| **Nombre total de GHM de l’hospitalisation complète** |  | |  |  |  |  |
| ↘ Dont les 10 GHM les plus fréquents (Préciser) |  | |  |  |  |  |
| **Répartition des séjours par classe d’âge** |  | |  |  |  |  |
| **Séjours ≤ 4 ans** |  | |  |  |  |  |
| **Séjours 5 – 11 ans** |  | |  |  |  |  |
| **Séjours 12 – 17 ans** |  | |  |  |  |  |

3.1.2. Description de l’équipe médicale et paramédicale

* **Equipe médicale** (préciser par spécialité médicale)

|  |  |
| --- | --- |
| Nb de praticiens |  |
| ETP total |  |
| Existence de convention pour postes partagés |  |
| ETP de postes vacants |  |
| Taux de recours à l’intérim (N-1) |  |
| Nb d’internes |  |

* **Equipe paramédicale**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre Jour** | **Nombre Nuit** | **ETP Jour** | **ETP Nuit** |
| **IDE** |  |  |  |  |
| **Puéricultrice** |  |  |  |  |
| **AS** |  |  |  |  |
| **Recours à l’intérim (N-1)** |  |  |  |  |

* **Autres**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **Nombre** | **Equivalent ETP** | **Temps dédié** | **Temps partagé** |
| **Aide médico-psychologique** |  |  |  |  |
| **APA** |  |  |  |  |
| **Assistante sociale** |  |  |  |  |
| **Diététicien** |  |  |  |  |
| **Educateur** |  |  |  |  |
| **Enseignant** |  |  |  |  |
| **Ergothérapeute** |  |  |  |  |
| **Kinésithérapeute** |  |  |  |  |
| **Psychologue** |  |  |  |  |
| **Psychomotricien** |  |  |  |  |
| **Orthophoniste** |  |  |  |  |
| **Autres (préciser)** |  |  |  |  |

3.2. Projet de service

3.2.1. Parcours du patient en aval des urgences et pour le suivi des maladies chroniques

* Préciser l’orientation médicale, rôle de recours ou proximité, appartenance à une filière spécifique (cancérologie, obésité, etc.) :
* **Education thérapeutique**

|  |  |
| --- | --- |
| **Programme d’Education thérapeutique** Lesquels | **Date d’autorisation** |
|  |  |

3.2.2. Permanence et continuité des soins

* Préciser l’organisation mise en place (périodes de l’année, horaires en semaine, jours fériés, week-end et participation des médecins du service aux urgences pédiatriques, maternité, néonatologie)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Qualification** | **Gardes** | | **Astreintes** | |
| **Nombre** | **ETP** | **Nombre** | **ETP** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**4. Etat de réalisation des autres engagements du titulaire de l’autorisation.**

Référence juridique :

***Résultat du recueil et du traitement des indicateurs supplémentaires retenus par le promoteur***

* Indicateurs effectivement mis en place :
* Evaluation :

***Résultat de la participation des personnels médicaux et non médicaux intervenant dans la procédure d’évaluation***

***Résultats de l’évaluation de la satisfaction des patients***

* Indicateurs effectivement mis en place :
* Résultats de la mise en œuvre des procédures ou méthodes d’évaluation de la satisfaction des patients : livret d’accueil, questionnaire de sortie)

*Décrire les modalités d’évaluation de la satisfaction des patients, les résultats de cette évaluation et les mesures correctrices éventuellement mises en œuvre.*

* Engagement de l’établissement dans la démarche de recueil de la satisfaction des patients par l’outil e-satis :

**IV) Evolutions envisagées de l’autorisation**

* Projet d’évolution concernant la mise en œuvre des objectifs du schéma d’organisation des soins :
* Projet d’évolution concernant les coopérations ou l’appartenance à des réseaux  de santé :
* Projet d’évolution concernant l’état des personnels :
* Projet d’évolution concernant l’implantation de l’activité :
* Projet d’évolution concernant l’organisation et le fonctionnement de l’activité : (joindre dans ce cas un descriptif de la modification projetée) :
* Autres projets d’évolution relatifs à l’autorisation :

**V) ACTUALISATION DES MODALITES D’Evaluation de l'activité**

Mise à jour **des critères d’évaluation** de l‘autorisation (évaluation prévue au 4° de l’article R.6122-32-1) :

* Objectifs fixés pour mettre en œuvre les objectifs du schéma régional de santé et opérations auxquelles le demandeur entend répondre
* Indicateurs supplémentaires envisagés par le demandeur :
* Modalités de recueil et de traitement des indicateurs :
* Modalités de participation des personnels médicaux et non médicaux intervenant dans la procédure d’évaluation :
* Procédures ou méthodes d’évaluation de la satisfaction des patients :

**VI) RENOUVELLEMENT DES engagementS**

Je m’engage à :

Respecter la réalisation et le maintien des conditions d'implantation ainsi que les conditions techniques de fonctionnement de l’activité de soins de médecine fixées en application des articles L.6123-1 et L.6124-1  du code de la santé publique ;

Respecter les effectifs et la qualification des personnels, notamment médicaux nécessaires à la mise en œuvre du projet ;

Respecter le maintien des autres caractéristiques du projet après l'autorisation ou le renouvellement de celle-ci ;

Respecter le volume d'activité ou le montant des dépenses à la charge de l'assurance maladie, en application de l'article L.6122-5 ;

Mettre en œuvre l'évaluation périodique prévue à l’article R.6122-23 du code de la santé publique en déterminant à l'avance les critères retenus et les méthodes utilisées et en communiquer les résultats à l'ARS, en précisant les conditions de réalisation de cet engagement.

**Nom Prénom**

**Qualité**

**Date et signature**

1. Rayer la mention inutile [↑](#footnote-ref-1)
2. Joindre la dernière version de la charte de fonctionnement du service en annexe de ce dossier [↑](#footnote-ref-2)
3. Joindre la dernière version de la charte de fonctionnement du service en annexe de ce dossier [↑](#footnote-ref-3)