 

|  |
| --- |
| Renouvellement d’autorisation  de l’activité de soins de Médecine en hospitalisation de jour |

ARS de Normandie

**RELEMENTATION DES STRUCTURES ALTERNATIVES A L’HOSPITALISATION**

Dispositions règlementaires révisées par Décret n°2012-969 du 20 août 2012

**Article D6124-301**

Les dispositions de la présente section s'appliquent aux structures autorisées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète prévues à l'article [L. 6122-1](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690809&dateTexte=&categorieLien=cid).

**Article D6124-301-1**

Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge prévues à l'article [R. 6121-4](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916674&dateTexte=&categorieLien=cid), d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.

Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet.   
  
**Ces structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique.** **Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent de moyens dédiés en locaux et en matériel. Elles disposent également d'une équipe médicale et paramédicale dont les fonctions et les tâches sont définies par la charte de fonctionnement** prévue à l'article [D. 6124-305](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006917195&dateTexte=&categorieLien=cid) et dont tous les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel ou à celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.   
  
**Cette équipe peut comprendre, dans le respect de l'organisation spécifique de la prise en charge à temps partiel et des dispositions prévues à l'article D. 6124-303, des personnels exerçant également en hospitalisation complète sur le même site.**

Toutefois lorsqu'il s'agit d'une prise en charge en anesthésie ou chirurgie ambulatoires, les membres de l'équipe mentionnée au troisième alinéa n'intervenant pas à titre principal en secteur opératoire sont affectés à la seule structure d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires pendant la durée des prises en charge.   
  
**Lorsque les prises en charge requièrent l'utilisation d'un plateau technique, elles peuvent être réalisées avec les moyens en personnel et en matériel du ou des plateaux techniques existant sur le site, dans le respect de l'organisation spécifique** et des contraintes de la prise en charge à temps partiel ou de celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.

Les structures mentionnées au présent article peuvent recourir aux éléments du plateau technique d'un autre établissement de santé.

Les unités mentionnées au troisième alinéa garantissent l'accessibilité et la circulation d'un patient couché, appareillé et accompagné.

Les conditions d'accès de ces unités aux divers éléments du plateau technique sont organisées de manière à limiter le plus possible les déplacements des patients.

**Article D6124-302**

Les structures et unités de soins mentionnées à l'article [D. 6124-301-1](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000026305661&dateTexte=&categorieLien=cid) sont agencées et équipées de manière à assurer sur un même site, en fonction du type, du volume et de la programmation des prestations fournies :

1° L'accueil et le séjour des patients et ceux des personnes qui, le cas échéant, les accompagnent ;

2° L'organisation, la préparation et la mise en œuvre optimale des protocoles de soins intégrant la prise en charge de la douleur ;

3° La surveillance et le repos nécessaires à chaque patient ;

4° Le stockage des produits de santé et l'entretien du matériel nécessaire aux soins et au transport des patients, la pré-désinfection de ces matériels et l'élimination des déchets d'activité de soins à risque infectieux.

La configuration architecturale et fonctionnelle de chaque structure et unité de soins garantit à chaque patient les conditions d'hygiène et d'asepsie nécessaires ainsi que le respect de son intimité et de sa dignité, en comportant notamment des chambres ou des espaces spécifiques adaptés.

Les moyens nécessaires à la prise en charge immédiate d'une complication médicale éventuelle, et notamment les locaux, le matériel et les médicaments propres à y répondre, sont disponibles et utilisables sans délai.

Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire utilisent un secteur opératoire conforme à des caractéristiques fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Les structures ou les unités qui la composent comportent les équipements et agencements nécessaires à la préparation préalable du patient. Elles disposent également d'une zone de repos et des autres moyens nécessaires à la préparation de la sortie du patient.

**Article D6124-303**

Le nombre et la qualification des personnels médicaux et auxiliaires médicaux ainsi que le nombre d'aides-soignants exerçant dans les structures et unités de soins mentionnées à l'article [D. 6124-301-1](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000026305661&dateTexte=&categorieLien=cid) sont adaptés aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activité effectués, et aux caractéristiques techniques des soins dispensés.

**Pendant les heures d'ouverture, est requise, dans la structure pendant la durée des prises en charge, la présence minimale permanente :**

**1° D'un médecin qualifié ;**

**2° D'un infirmier diplômé d'Etat ou, pour l'activité de soins de suite et de réadaptation, d'un infirmier diplômé d'Etat ou d'un masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat ;**

3° En sus des personnels mentionnés aux 1° et 2°, d'un médecin anesthésiste réanimateur si la structure pratique l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire ainsi que d'un nombre d'infirmiers diplômés d'Etat adapté à l'activité pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.

**Article D6124-304**

Les structures de soins mentionnées à l'article [D. 6124-301](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006917191&dateTexte=&categorieLien=cid) sont tenues d'organiser la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés. Elles se dotent à cet effet d'un dispositif médicalisé d'orientation immédiate des patients.

Dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé accueillant en hospitalisation à temps complet des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure. Cette convention définit notamment les conditions dans lesquelles les patients relevant de la structure, en cas de besoin, sont soit transférés dans l'autre établissement, soit orientés vers celui-ci, après leur sortie de la structure, afin que la continuité des soins y soit assurée.

Sans préjudice des dispositions qui précèdent, lorsque la structure de soins pratique l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire, chaque patient reçoit un bulletin de sortie avant son départ de la structure. Ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire ou anesthésique concernant en particulier la prise en charge de la douleur, et les coordonnées des personnels de l'établissement de santé assurant la continuité des soins.

**Article D6124-305**

**Une charte de fonctionnement propre à chaque structure de soins** mentionnée à l'article [D. 6124-301-1](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000026305661&dateTexte=&categorieLien=cid) **est établie et précise notamment** :

1° L'organisation de la structure, en ce qui concerne notamment le personnel, les horaires d'ouverture, l'organisation des soins et le fonctionnement médical ; des indicateurs de suivi de l'activité et de la qualité des soins sont obligatoirement prévus ;

2° Les conditions de désignation et la qualification du médecin coordonnateur de la structure ;   
  
3° L'organisation générale des présences et de la continuité des soins assurée par les personnels mentionnés à l'article [D. 6124-303](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006917193&dateTexte=&categorieLien=cid) ;

4° Les modalités de mise en œuvre des dispositions de l'article D. 6124-304 ;

5° Les formations nécessaires, en raison notamment du processus et de l'organisation spécifiques de la structure.   
  
La charte de fonctionnement est transmise par le directeur de l'établissement de santé au directeur général de l'agence régionale de santé.

Elle est actualisée en fonction de l'évolution des prises en charge offertes par la structure de soins.

**CONTENU DU DOSSIER DE RENOUVELLEMENT DE L’ACTIVITE DE SOINS DE MEDECINE EN HOSPITALISATION DE JOUR**

**PARTIE I – PRESENTATION DE L’ETABLISSEMENT**

|  |
| --- |
| * 1. **Coordonnées de l’établissement** |

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale |  |
| Adresse |  |
| CP Commune |  |
| Email |  |
| N° FINESS |  |

|  |  |
| --- | --- |
| SITE GEOGRAPHIQUE | |
| Nom |  |
| Adresse |  |
| CP Commune |  |
| Email |  |
| N° FINESS |  |
|  | |
| * 1. **Statut juridique** | |

* établissement public de santé
* établissement privé de santé à but lucratif
* établissement privé ESPIC
* autre établissement privé à but non lucratif

|  |
| --- |
| * 1. **Présentation générale de l’établissement** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activités de soins** | **Dernière date d’autorisation ou renouvellement d’autorisation** | **Capacité installée**  **au 1er janvier de l’année N** **en lits et places** |
| ***Secteur sanitaire***  **Activité de court séjour**  **Médecine :**  Hospitalisation complète  Hospitalisation à temps partiel  **Chirurgie**  Hospitalisation complète  Unité de chirurgie/anesthésie ambulatoire  **HAD**  **SSR**  **Autre…**  **Activité de long séjour**  **USLD**  ***Secteur médico-social***  **EHPAD**  **Autre…** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Activités relevant d’une reconnaissance contractuelle (unité de surveillance continue…) | Date de reconnaissance | Capacité installée au 1er janvier de l’année N en lits |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| * 1. **Présentation de l’activité de Médecine** |

***Médecine hospitalisation de jour***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Médecine et à préciser si des spécialité(s) médicale(s) sont pratiquée(s)* | *Capacités installées* au 1er janvier de l’année N *(places)* | *Implantation géographique*  *(Préciser si pour un même établissement,*  *plusieurs implantations géographiques existent)* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Présentation générale de l’activité concernée**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Hospitalisation à temps partiel** |
| Date de la décision ou du renouvellement précédent |  |
| Date d’effet de la décision |  |
| Date de fin de validité de la décision |  |
| Date de la dernière visite de conformité |  |
| Résultat de la visite de conformité (Conforme, non-conforme, non réalisée) |  |
| Recommandations éventuelles suite à la visite de conformité et réponses apportées |  |

En Médecine hospitalisation de jour, assurez-vous une prise en charge de médecine de spécialité :  Oui  Non

Si oui, compléter le tableau ci-dessous :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Spécialités** | Capacités  Installées au 1er janvier de l’année N (en lits) | Organisation en unité ou service dédié  Oui/Non | Implantation géographique  (Préciser si pour un même établissement,  plusieurs implantations géographiques existent) |
|  |  |  |
| Cardiologie |  |  |  |
| Endocrinologie diabète et nutrition |  |  |  |
| Gériatrie |  |  |  |
| Hépato-gastro-entérologie |  |  |  |
| Médecine interne, infectiologie, dermatologie |  |  |  |
| Néphrologie |  |  |  |
| Neurologie |  |  |  |
| Oncologie |  |  |  |
| Pédiatrie |  |  |  |
| Pneumologie |  |  |  |
| Rhumatologie, Médecine Physique et réadaptation (MPR) |  |  |  |
| Autre(s) à préciser |  |  |  |

Si vous assurez une prise en charge en gériatrie, préciser les modalités :

## Partie II : Présentation des résultats de l’évaluation de l’autorisation antérieure – Etat de réalisation des objectifs et des engagements

#### Etat de réalisation des objectifs que le promoteur s’était fixé pour la mise en œuvre des objectifs du SROS en terme d’accessibilité, de qualité et de sécurité des patients, de continuité des soins, de prise en charge globale du patient (R. 6122-32-1 au a du 4°)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs généraux**  **du SROS 3 et du SROS PRS** | **Objectifs établissement** | **Résultats** | **Observations** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* *Fournir une explication accompagnée de justificatifs si besoin est*

##### Locaux

Indiquez la répartition des chambres à 1 place et à plusieurs places

Des modifications ont-elles été réalisées depuis la date de l’autorisation à renouveler ?

Oui  Non

Si **OUI**, lesquelles ?

##### Le personnel de l’activité de soins de Médecine hospitalisation de jour

**Personnel médical de l’activité de soins de Médecine hospitalisation de jour**

* Préciser la liste nominative des praticiens, leur(s) spécialité(s) si elles sont pratiquées, avec leur statut et diplôme et le nombre d’ETP (Equivalent temps plein) :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Médecine et précision si Spécialité** | **Statut (à préciser si titulaire, contractuel…)** | **ETP \* pour l’activité de Médecine HJ** | **Diplôme(s)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*\* ETP = (exemple : un mi-temps = 0.5 ETP ; 3 vacations hebdomadaires = 0.3 ETP*

* Continuité et permanence des soins
* Fournir le tableau de service pour l’année N
* Fournir le tableau des gardes et astreintes pour les trois mois précédant l’envoi de la demande de renouvellement

**Le joindre en annexe**

* Préciser l’organisation mise en place pour assurer la continuité et la permanence des soins pour l’activité de soins de Médecine, et indiquez pour les établissements de santé publics la date de saisine de la COPS, la date de saisine de la CME :
* Fournir la liste nominative des praticiens pour assurer la continuité des soins, leur(s) spécialité(s), leur statut et la copie des diplômes.

**La joindre en annexe**

**Personnel non médical de l’activité de soins de Médecine hospitalisation de jour**

* Nombre d’ETP affectés à l’activité de soins de Médecine en hospitalisation de jour
* Préciser pour la Médecine et par spécialités médicales si elles sont pratiquées, la qualification, le statut du personnel non médical et le nombre d’ETP (Equivalent temps plein) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Service de médecine concerné**  **Et préciser si spécialités** | **Qualification de l’agent** | **Statut (préciser si titulaire, contractuel…)** | **ETP \* pour l’activité de Médecine HJ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*\* ETP = (exemple : un mi-temps = 0.5 ETP)*

* Préciser l’organisation mise en place pour assurer la continuité de la prise en charge des patients.
* Signaler les modifications éventuelles de l’équipe de praticiens depuis la date de l’autorisation à renouveler  (recrutement ou départ de praticiens)

##### Coopérations et mutualisations

* Conventions (dont avec des établissements de recours, HAD, SSR, EHPAD…)

Liste et objet des conventions, date de la signature (**conventions à fournir en annexe).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Objet de la convention** | **Date de signature de la convention** |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Inscription dans un ou des réseaux (x) ?  Oui  Non

Le ou lesquels et expliciter la démarche

* Organisation de la sortie du patient vers le domicile : expliquer notamment le processus, les contacts, le calendrier éventuellement défini et son suivi et /ou joindre la procédure mise en œuvre.

**Joindre la procédure en annexe**

* Organisation de la sortie du patient vers l’HAD : expliquer notamment le processus, les contacts, le calendrier éventuellement défini et son suivi et /ou joindre la procédure mise en œuvre.

**Joindre la procédure en annexe**

* Organisation de la sortie du patient vers le SSR : expliquer notamment le processus, les contacts, le calendrier éventuellement défini et son suivi et /ou joindre la procédure mise en œuvre.

**Joindre la procédure en annexe**

##### Accessibilité

* L’accessibilité architecturale est elle garantie ?  Oui  Non
* Accessibilité financière  Oui  Non
* Accessibilité aux personnes en situation de handicap  Oui  Non

Indiquez les actions ou organisations mise sen place pour faciliter l’accès aux soins des personnes en situation de handicap

Indiquez pour les établissements publics de santé : nombre et pourcentage de praticiens de Médecine ayant une activité libérale et secteur d’appartenance (I et II), et précisez par spécialité.

Indiquez pour les établissements privés de santé : nombre et pourcentage de praticiens de Médecine et secteur d’appartenance (I et II), et précisez par spécialité.

* Existe-il des difficultés d’absorption des flux de patients en Médecine hospitalisation de jour à certaines périodes de l’année ?

Oui  Non

Si oui, indiquez les difficultés et si elles sont spécifiques à certaines spécialités.

Préciser les actions entreprises en interne à l’établissement et en externe :

Transmettre le retour d’expérience réalisé lié au dernier évènement de difficultés d’absorption des flux de patients.

**Le joindre en annexe**

##### *Charte(s) de fonctionnement de l’unité (ou des unités) de médecine en hospitalisation à temps partiel définie à l’article D. 6124-305 du CSP*

***La joindre impérativement en annexe (cf. décret 20 août 2012)***

#### Etat de réalisation des objectifs du CPOM 2007 et 2013-2018 conclu entre le titulaire de l’autorisation et l’ARS, des engagements pris dans le cadre de ce CPOM afférents à l’activité de soins de Médecine

* Lister les orientations stratégiques concernant l’activité de Médecine hospitalisation de jour

Préciser par le suivi des indicateurs fixés, la réalisation des objectifs opérationnels, le ou les plans d’action définis (annexe 1 du CPOM)

* Lister les coopérations territoriales développées en rapport avec l’activité de Médecine hospitalisation de jour

Préciser par le suivi des indicateurs fixés, l’avancement des objectifs opérationnels (annexe 2 du CPOM)

* Etat d’avancement du développement de la Médecine hospitalisation à temps partiel par substitution à la Médecine hospitalisation complète

Préciser par le suivi des indicateurs fixés, la réalisation des objectifs opérationnels, le ou les plans d’action définis

#### Etat de réalisation, le cas échéant, des conditions particulières dont peut avoir été assortie l'autorisation, en vertu de l’article [L. 6122-7](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=EBCF7DB9CBEAFE21208BE646926949B0.tpdjo15v_2?idArticle=LEGIARTI000020886425&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100525) du code de la santé publique :

* Conditions relatives à la participation à une ou plusieurs des missions de service public définies à [l'article L. 6112-1 du CSP](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=78720EA9D403AC08F683DFF35816EB4A.tpdjo03v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690680&dateTexte=&categorieLien=cid)
* Engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération de nature à favoriser une utilisation commune des moyens et la permanence des soins sans lesquels l’autorisation n’aurait pas été accordée

#### Etat de réalisation des différents engagements pris par le demandeur (article R. 6122-32-1 au e du 1°) : détailler

* concernant la réalisation et le maintien des conditions d'implantation **et des** conditions techniques de fonctionnementde l’activité de soins considérée
* concernant le maintien des autres caractéristiques du projet après l’autorisation ou le renouvellement de celle-ci
* concernant le montant des dépenses à la charge de l'assurance maladie ou le volume d'activité :

#### Résultats du recueil et du traitement des indicateurs d'évaluation portant sur les activités de soins de médecine en hospitalisation de jour

##### **Indicateurs** d’activité quantitatifs Médecine :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Année N-5** | **Année N-4** | **Année N-3** | **Année N-2** | **Année N-1** |
| Nombre d’entrées |  |  |  |  |  |
| Nb de séjours en hospitalisation de jour |  |  |  |  |  |
| Nb de journées totales en hospitalisation de jour |  |  |  |  |  |
| Taux d’occupation en hospitalisation de jour |  |  |  |  |  |

Préciser l’activité de Médecine hospitalisation de jour par spécialités sur 3 ans (2012 – 2015)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Spécialités | Nombre de journées totales | | | Taux d’occupation | | | DMS | | |
|  | N-3 | N-2 | N-1 | N-3 | N-2 | N-1 | N-3 | N-2 | N-1 |
| Cardiologie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Endocrinologie diabète et nutrition |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gériatrie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hépato-gastro-entérologie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Médecine interne, infectiologie, dermatologie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Néphrologie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Neurologie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oncologie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pédiatrie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pneumologie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rhumatologie, Médecine Physique et réadaptation (MPR) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autre(s) à préciser |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Préciser le rapport Médecine hospitalisation à temps partiel / Médecine hospitalisation à temps complet au cours des cinq dernières années

##### 10 GHM les plus fréquents sur les cinq dernières années (N-5 à N), par ordre décroissant :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***N°*** | ***Intitulé GHM*** | ***Année N-5*** | ***Année N-4*** | ***Année N-3*** | ***Année N-2*** | ***Année N-1*** |
| *Hospitalisation à Temps partiel* |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

* + 1. **Origine géographique des patients :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hospitalisation de jour**  **Origine patients** | **N-5** | | **N-4** | | **N-3** | | **N-2** | | **N-1** | |
| Nb | % | Nb | % | Nb | % | Nb | % | Nb | % |
| Du département de l’établissement |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Des autres départements de la Région Normandie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hors Région Normandie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

##### Indicateurs d’activité qualitatifs

**Résultat du recueil et du traitement des indicateurs d’évaluation que l’établissement a pu mettre en œuvre :**

Résultats des Indicateurs IPAQQS,

- indicateur de tenue du dossier patient TDP,

- traçabilité de la douleur TRD,

- délai d’envoi du courrier au médecin traitant

Nombre de revues de morbi-mortalité par service (ou par spécialité) et par an

Taux d’admission directe en Médecine hospitalisation de jour

Evaluation de la mise en œuvre du programme AMI Alzheimer,

Evaluation de la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée…

#### Résultats de la participation des personnels médicaux et non médicaux intervenant dans la procédure d’évaluation

*Il convient de montrer dans cette partie, que l’information et la participation des personnels médicaux et non médicaux constituent une étape importante de la démarche qualité et notamment que les éléments d’évaluation sont transmis régulièrement à la CME ainsi qu’aux cadres chargés de l’organisation des services afin qu’ils soient en mesure de participer activement à la procédure d’évaluation.*

#### Résultats de l'évaluation de la satisfaction des patients prévus dans le dossier initial

*L’analyse des questionnaires de satisfaction remis à l’admission, la synthèse des plaintes et réclamations ou encore les éléments valorisants du rapport de certification de votre établissement peuvent vous aider à étoffer cette partie du dossier.*

## Partie III : Engagements et propositions pour la période d’autorisation à venir de 7 ans

### MODIFICATIONS EVENTUELLES ENVISAGEES

Le titulaire de l’autorisation présente les modifications qu’il envisage pour la période de validité de l’autorisation renouvelée sur les points suivants :

#### Objectifs du SROS-PRS, auxquels vous entendez répondre notamment en termes d’accessibilité, de qualité et de sécurité des patients, de continuité des soins, de prise en charge globale du patient, ainsi que les objectifs quantifiés de l’offre de soins (R 6122-32-1 au d du 1).

**Objectifs au regard du PRS-SROS 2013-2018**

Déclinez les orientations développées, les actions définies, les indicateurs de suivi, ainsi que le calendrier

**Objectifs au regard du CPOM 2013-2018**

Orientation(s) stratégique(s) de l’établissement pour l’activité au regard du SROS-PRS

* + - Objectifs stratégiques et opérationnels
    - Indicateurs de suivi
    - Résultats attendus
    - Observations

* + 1. **Projets d’évolution concernant le fonctionnement**

Il convient de présenter les modifications que vous envisagez, pour la période de validité de l'autorisation à renouveler, pour vous mettre en conformité avec les orientations du volet médecine du SROS-PRS.

Les demandes de modification des conditions d’exécution de l’autorisation sont à indiquer clairement dans la partie « modifications éventuelles envisagées », sachant toutefois qu’elles devront faire l’objet :

* soit d’un dossier complet avec passage en CSOS et dépôt dans le cadre des périodes ouvertes à cet effet
* soit d’une application de l’art D 6122-38 II du CSP (information du DGARS qui s’il constate que la modification ne nécessite pas une nouvelle décision d’autorisation, donne son accord au projet en indiquant qu’il sera procédé après réalisation à une vérification du maintien de la conformité)

#### Projets d’évolutions concernant les conventions de coopérations ou l’appartenance aux réseaux de santé :

Indiquer les projets de convention de coopération ou d’appartenance à des GCS, GIE et réseaux de santé, l’objet de ces coopérations.

#### Projets d’évolutions concernant les personnels et leur qualification

Etat des effectifs, administratifs, médicaux et d'autres catégories, appelés à évoluer pour exercer dans l'activité de soins de Médecine hospitalisation de jour.

#### Modifications envisagées de l’organisation des installations, services

Un descriptif succinct de la modification projetée est joint au dossier. (Locaux, plateaux techniques personnels, moyens supplémentaires).

**A défaut de présentation de ces modifications, le renouvellement sera considéré comme sollicité à l’identique**

### ACTUALISATION DE LA PARTIE RELATIVE A L’EVALUATION POUR LA PERIODE D’AUTORISATION A VENIR de 7 ans (R.6122-32-1 au 4°)

Cette actualisation doit être réalisée en tenant compte :

* des dispositions du SROS-PRS,
* des résultats de l’évaluation correspondant à la période d’autorisation précédente,
* et le cas échéant des mesures prises ou que vous vous engagez à prendre pour corriger les éventuels écarts constatés.

Elle précise :

* les objectifs que vous vous fixez pour mettre en œuvre les objectifs du SROS-PRS, au regard de l'accessibilité, de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que de la continuité et de la prise en charge globale du patient, pour l’activité de soins de médecine
* les indicateurs supplémentaires que vous envisagez éventuellement d’utiliser
* les modalités de recueil et de traitement de ces indicateurs
* les modalités de participation des personnels médicaux et non médicaux intervenant dans la procédure d'évaluation
* les procédures ou les méthodes d'évaluation de la satisfaction des patients. (Utiliser les méthodes publiées par la Haute Autorité de santé)

#### RENOUVELLEMENT D’ENGAGEMENT POUR LA PERIODE A VENIR :

Je soussigné, en ma qualité de représentant légal de l’établissement m’engage à :

Réaliser et maintenir les conditions d’implantation ainsi que les conditions techniques de fonctionnement fixées en application des articles L 6123-1 et L 6124-1 du code de santé publique

Respecter un volume d’activité ou un montant de dépenses à la charge de l’assurance maladie

ne pas modifier les caractéristiques de l’activité autorisée sous ses différentes modalités

Erreur! Signet non défini. respecter les effectifs et la qualification des personnels, notamment médicaux, nécessaires à la mise en œuvre de l’activité autorisée sous ses différentes modalités

Réaliser l’évaluation prévue à l’article [L 6122-5](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=17680B31A8A80F74AE7AD34761094B85.tpdjo13v_1?idArticle=LEGIARTI000006690818&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100520) du Code de la Santé Publique

Date

**Signature du titulaire**