****

**DOSSIER D’EVALUATION EN VUE DU RENOUVELLEMENT D’AUTORISATION DE L’ACTIVITE DE SOINS DE MEDECINE SOUS FORME D’HOSPITALISATION A DOMICILE**

***Cadre réglementaire***

* Articles L.6122-1, L.6122-10, L.6122-5, L.5126-2 du code de la santé publique.
* Articles R.6122-23, R.6122-24, R.6122-25, R.6122-27, R.6122-32-1, R.6122-32-2, R.6122-33,  
  R.6122-34, R.6122-37 et R.6122-41 du code de la santé publique
* Articles D.6124-306 à D.6124-311 du code de la santé publique
* **Article L.6122-10 du Code de la santé publique**

« Le renouvellement de l’autorisation est subordonné au respect des conditions prévues à l’article L. 6122-2 et L.6122-5 et aux résultats de l’évaluation appréciés selon des modalités arrêtées par le ministre chargé de la santé ».

Cette évaluation a pour objet de vérifier que la mise en œuvre de l'autorisation a permis la réalisation des objectifs du SROS, la réalisation des objectifs et des engagements pris dans le cadre du CPOM pour l’activité de soins concernée et, le cas échéant, le respect des conditions particulières auxquelles peut être assortie l’autorisation en application de [l'article L.6122-7](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690821&dateTexte=&categorieLien=cid) CSP.

« Le titulaire de l’autorisation adresse les résultats de l’évaluation à l’agence régionale de sante au plus tard quatorze mois avant l’échéance de l’autorisation ».

* **Article R.6122-32-2** Modifié par [Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 - art. 178](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=5869284A0E1A2E7421E04B08DAD5DFDA.tpdjo15v_1?cidTexte=JORFTEXT000022041034&idArticle=LEGIARTI000022043900&dateTexte=20120607&categorieLien=id#LEGIARTI000022043900)

Pour l'examen des résultats de l'évaluation prévue au deuxième alinéa de l'article L.6122-10, le titulaire de l'autorisation adresse à l'agence régionale de santé, par pli recommandé avec demande d'avis de réception, un document comprenant :

- l'état de réalisation des objectifs mentionnés au a du 4° de l'article R.6122-32-1 ;

- l'état de réalisation des objectifs du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, conclu entre le titulaire et l'agence régionale de santé en application des articles L.6114-2 à L.6114-4, et celui des objectifs quantifiés fixés dans ce contrat en application du quatrième alinéa de l'article L.6114-2 afférents à l'activité de soins ou à l'équipement matériel lourd ;

- l'état de réalisation des conditions particulières dont peut être assortie l'autorisation en vertu de l'article  
L.6122-7 ;

- l'état de réalisation des différents engagements prévus au e du 1° de l'article R.6122-32-1 ;

- les résultats du recueil et du traitement des indicateurs mentionnés au c du 4° du même article ;

- les résultats de la participation des personnels à la procédure d'évaluation mentionnée au d du 4° de  
cet article ;

- les résultats de l'évaluation de la satisfaction des patients prévue au e du 4° du même article.

Ces données couvrent toute la durée de la période prévue au dernier alinéa de l'article R.6122-23.

Le titulaire de l'autorisation renouvelle en outre dans ce document ses engagements prévus à l'article  
L.6122-5 et présente les modifications qu'il envisage, pour la période de validité de l'autorisation renouvelée, sur les points suivants :

a) Les objectifs mentionnés au d du 1° de l'article R.6122-32-1 ;

b) Les conventions de coopération ou l'appartenance aux réseaux de santé mentionnés au f du 1° du même article ;

c) L'état des personnels mentionnés au 2° de cet article ;

d) L'organisation des installations, des services ou des équipements matériels lourds mentionnés au b du 3° du même article ; en ce cas, un descriptif succinct de la modification projetée est joint au document.

A défaut de présentation de ces modifications, le renouvellement est considéré comme étant sollicité   
à l'identique.

Le document est complété par l'actualisation de la partie relative à l'évaluation prévue au 4° du même article, pour la période de validité de l'autorisation renouvelée.

Les éléments mentionnés au a et au b ci-dessus ainsi que l'actualisation mentionnée à l'alinéa précédent tiennent compte :

- des dispositions du schéma d'organisation des soins, applicables à l'activité de soins ou à l'équipement matériel lourd en cause ;

- des résultats de l'évaluation correspondant à la période d'autorisation précédente et, le cas échéant,   
des mesures prises ou que le titulaire s'engage à prendre pour corriger les éventuels écarts constatés.

Au vu de ce document et de la compatibilité de l’autorisation avec le schéma d’organisation des soins, l’agence régionale de santé peut enjoindre au titulaire de déposer un dossier de renouvellement dans les conditions fixées à l’article L.6122-9.

A défaut d’injonction un an avant l’échéance de l’autorisation, et par dérogation aux dispositions de l’article L.6122-9, celle-ci est tacitement renouvelée. L’avis de la commission spécialisée de la conférence régionale de santé et de l’autonomie compétente n’est alors pas requis. »

**Autres documents de référence :**

* Décrets n° 2012-1030 et n° 2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif à l’intervention et aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d’hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.
* Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l’hospitalisation et créant au chapitre IV du titre II du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique
* Circulaire DHOS/03 n° 2006-506 du 1er décembre 2006 relative à l’HAD
* Circulaire DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l’intervention des établissements d’hospitalisation à domicile dans les établissements d’hébergement à caractère social ou médico-social
* Circulaire DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l’hospitalisation à domicile.
* SROS-PRS - Volet HAD – Arrêté du 07/02/2012 de la Région Haute-Normandie et Arrêté du 16/12/2015 pour la Région Basse-Normandie.

**Où envoyer votre dossier ?**

Il est rappelé que les dossiers d’évaluation en vue du renouvellement d’autorisation doivent être adressés en deux exemplaires, ainsi qu’une version sur clef USB sous pli recommandé avec demande d’avis de réception, par la personne morale ou physique responsable de l’exécution du projet à :

Madame la Directrice Générale de l’Agence Régionale de Santé,

Direction de l’Offre de Soins

Espace Claude Monnet

2 place Jean Nouzille

CS 55035

14050 CAEN Cédex 4

Sommaire

# 1 - IDENTIFICATION DU DEMANDEUR : page 6

## 1-1 Coordonnées du titulaire d’autorisation

## 1-2 Conditions(s) d’implantation(s) de l’HAD

## 1-3 Autres autorisations dont dispose le titulaire de la demande

# 2 - PRESENTATION DE LA DEMANDE page 8

# 3 - ETAT DES REALISATIONS sur la période de validité passée : page 9

## **3-1 Aire géographique d’intervention :** précisez les cantons et communes

## 3-2 Activité de l’établissement d’HAD

## 3-3 Prise en charge du patient

### 3-3-1 Stratégie de développement

### Pertinence de l’HAD

### Continuité et permanence des soins

### Organisation de la coordination / orientation

### Prises en charge spécifiques

## 3-4 Coordination et partenariats

### 3-4-1 Etablissements sanitaires en amont et en aval

### 3-4-2 Professionnels de santé libéraux

### 3-4-3 Réseaux de santé

### 3-4-4 SSIAD

### 3-4-5 SAAD

### 3-4-6 Hébergement Médico-social (EHPAD…)

### 3-4-7 Autres (structures du domaine social…)

### 3-4-8 Articulation envisagée avec d’autres établissement d’HAD

### 3-4-9 Articulation envisagée avec les GHT

## 3-5 Locaux

## 3-6 Organisation du circuit du médicament

## 3-7 Personnels :

## 3-8 Résultats de la participation des personnels médicaux et on médicaux à la procédure d’évaluation

## 3-9 Résultats des procédures ou méthodes d’évaluation de la satisfaction des patients

# 4 - MODIFICATIONS ET EVALUATION ENVISAGEES POUR LES 5 ANS A VENIR page 18

## 4-1 Mise en conformité avec le SROS PRS

## 4-2 Conventions de coopération :

## 4-3 Modifications envisagées :

### 4-3-1 Modifications relatives à l’organisation des installations et aux conditions techniques de fonctionnement

### 4-3-2 Modifications relatives aux personnels

### 4-3-3 Modifications relatives aux prises en charge spécifiques

### 4-3-4 Aire géographique d’intervention

## 4-4 Evaluation envisagée

## 4-5 Engagements

# 1 - IDENTIFICATION DU DEMANDEUR :

## 1 - 1 Coordonnées du titulaire d’autorisation

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’établissement / Raison sociale** |  |
|  |  |
| Adresse |  |
|  |  |
| Code postal |  |
|  |  |
| Commune |  |
|  |  |
| Territoire de santé |  |
| Forme de gestion  (statut juridique) : |  |
| N° FINESS Juridique |  |
|  |  |
| N° SIRET |  |

**Directeur de l’établissement :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Téléphone |  |
| E- mail |  |

**Personne responsable du dossier :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Téléphone |  |
| E- mail |  |

## 1 - 2 Condition(s) d’implantation(s) de l’établissement d’HAD

|  |  |
| --- | --- |
| **Autorisations d’HAD** | **Oui**  (préciser la date de l’autorisation initiale) |
| * Polyvalente | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| * Obstétrique | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| N° FINESS Géographique |  |
| Date de la décision d’autorisation ou du renouvellement précédant | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| Date d’effet 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 |  |
| Capacité autorisée : nombre de places |  |
| Capacité installée : nombre de places |  |
| Zones d’interventions (préciser les communes) par antenne si l’établissement d’HAD en dispose |  |

Si l’autorisation n’est pas complètement mise en œuvre, indiquez les motifs :

## 1 - 3 Autres autorisations dont dispose le titulaire de la demande

(sanitaires, médico-sociales, services de soins infirmiers à domicile, organisme de formation, etc…)

|  |  |
| --- | --- |
| **Pour le sanitaire, autres autorisations (à préciser)** | **Oui**  (préciser la date de l’autorisation initiale) |
|  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  | \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Pièces à joindre :**   1. *La délibération du conseil d’administration ou de l’organe délibérant relative à l’HAD et au projet développé* 2. *Les éléments du projet d’établissement sur lesquels se fonde la présente demande.* 3. *Le règlement intérieur de l’HAD* 4. *Projet médical de l’HAD* 5. *Dossier patient type de l’HAD* 6. *Compte rendu d’hospitalisation type* 7. *Conventions de partenariat*    * *Dans le cadre de conventions de repli (dont convention avec un ou des établissements de santé, dont convention avec le SAMU)*    * *Dans le cadre de la subsidiarité (avec d’autres services d’aide et/ou de soins  à domicile)*    * *Dans le cadre des interventions en établissement social et médico-social*    * *Dans le cadre de la pharmacie (convention avec PUI ou pharmacien d’officine)  le cas échéant* 8. *Contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens (CPOM)* |

# 2 – PRESENTATION DE LA DEMANDE

* renouvellement d’autorisation à l’identique :  Oui  Non
* Modification non substantielle  Oui  Non

A expliciter :

# 3 - ETAT DES REALISATIONS SUR LA PERIODE PASSEE DE VALIDITE DE L’AUTORISATION :

## **3-1 Aire géographique d’intervention** :

#### Le promoteur doit préciser les cantons et communes (antennes) desservies et l’organisation pour couvrir l’aire géographique d’intervention de l’HAD.

#### Le règlement intérieur est en adéquation avec cette aire.

**Caractéristiques de l’aire géographique d’intervention**

* Taux de recours à l’HAD dans la zone (moyenne en patients/jour/100 000 habitants) *(à préciser)*
* Equipements sanitaires (Etablissements de santé MCO, SRR, HAD) *(à préciser)*
* Equipements sociaux et médico-sociaux (EHPAD[[1]](#footnote-1), MAS[[2]](#footnote-2), FAM[[3]](#footnote-3), etc.) *(à préciser)*
* Structures de coordination (CLIC[[4]](#footnote-4), MAIA[[5]](#footnote-5), etc.) *(à préciser)*
* Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) *(à préciser)*
* Densité des professionnels libéraux (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes) *(à préciser)*

**Organisation**

* Antennes
* Modalités de couverture de la zone d’intervention et éventuelle répartition des zones d’intervention de l’HAD,
* Implication des professionnels de santé libéraux
* Participation à des actions de mutualisation de fonctions (logistiques...).
* Gestion de la coordination de la prise en charge des patients

## 3-2 Activité de l’établissement d’HAD

|  |  |
| --- | --- |
| **Année N = (préciser)** | **HAD** |
| **Nombre de patients** |  |
| **Année N-1** |  |
| **Année N-2** |  |
| **Année N-3** |  |
| **Année N-4** |  |
| **Année N-5** |  |
| **Nombre de séjours** |  |
| **Année N-1** |  |
| **Année N-2** |  |
| **Année N-3** |  |
| **Année N-4** |  |
| **Année N-5** |  |
| **Nombre de journées** |  |
| **Année N-1** |  |
| **Année N-2** |  |
| **Année N-3** |  |
| **Année N-4** |  |
| **Année N-5** |  |
| **% de prescription depuis la ville**  (% de patients Année N-1)  **Pour**  **Année N - 3**  **Année N.-.4**  **Année N.- 5**  **Nombre de patients**  **Nombre de séjours** |  |
| **Interventions en établissement médico-social**  (% de patients Année N-1)  **Pour**  **Année N - 3**  **Année N.-.4**  **Année N.- 5**  **Nombre de patients**  **Nombre de séjours** |  |

**Faits marquants / Commentaires du titulaire de l’autorisation sur les cinq dernières années en termes de prescription depuis la ville**

**Faits marquants / Commentaires du titulaire de l’autorisation sur les cinq dernières années en termes d’intervention de l’HAD en établissement médico-social**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Activité | Année N-5 | N-4 | N-3 | N-2 | N-1 |
| Nb de journées totales |  |  |  |  |  |
| Dont 1er MPC  (libellé et % du nb de journées totales |  |  |  |  |  |
| Dont 2ème MPC  (libellé et % du nb de journées totales |  |  |  |  |  |
| Dont 3ème MPC  (libellé et % du nb de journées totales |  |  |  |  |  |
| Dont 4ème MPC  (libellé et % du nb de journées totales |  |  |  |  |  |
| Tous les autres MPC  % du nb de journées totales |  |  |  |  |  |

*MPC : Mode de prise en charge principal*

**Faits marquants / Commentaires du titulaire de l’autorisation sur les données d’activité durant les cinq dernières années**

## Tableau de synthèse des fins de séjour en HAD :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Destination à la fin des séjours  *(en nombre et en % du total des séjours)* | Année N-5 | N-4 | N-3 | N-2 | N-1 |
| Court Séjour |  |  |  |  |  |
| SSR |  |  |  |  |  |
| USLD |  |  |  |  |  |
| Autre HAD |  |  |  |  |  |
| Domicile |  |  |  |  |  |
| Hébergement médico-social |  |  |  |  |  |
| SSIAD |  |  |  |  |  |
| Décès |  |  |  |  |  |

## Résultats des autres indicateurs utilisés par le titulaire de l’autorisation :

A titre d’exemple, ces indicateurs peuvent porter :

* sur l’activité (résultats de la procédure de certification par la Haute Autorité de Santé, indicateurs IPAQSS, indicateurs propres à l’établissement d’HAD, etc.) ;
* sur la qualité de l’organisation et des pratiques (revues de pertinence, revues de morbidité/mortalité, gestion des évènements indésirables, staffs pluri-professionnels, formation du personnel, plans d’action, etc.).

## 3-3 Prise en charge du patient

### 3-3-1 Stratégie de développement

Préciser les modalités de recrutement des patients et adaptation de l’organisation à une montée en charge de l’activité.

• Quelle stratégie pour développer l’utilisation de Via-Trajectoire ?

<https://trajectoire.sante-ra.fr/trajectoire/>

• Quelle stratégie pour développer les prescriptions réalisées au sein des établissements de santé ?

• Quelle stratégie pour développer les prescriptions depuis la ville ?

• Quelle stratégie pour développer les interventions en établissements sociaux et médico-sociaux ?

• Quelle organisation pour assurer la réactivité nécessaire aux demandes d’HAD ?

## 3-3-2 Pertinence de l’HAD

1. **Admission en HAD**

• Décrire les procédures d’admission

Distinguer selon qu’il s’agisse de prescriptions hospitalières / de ville

Précisez l’organisation mise en place afin d’assurer une décision d’admission commune dans les cas de partenariats HAD

• Revue de pertinence des non-admis (modalités, communication, plans d’actions)

1. **Maintien en HAD**

Décrire les modalités d’évaluation de la pertinence du maintien en HAD en cours d’hospitalisation

**3) Sortie de l’HAD**

Décrire les procédures de sortie (décision, communication, organisation de relais organisé)

### 3-3-3 Continuité et permanence des soins

Le promoteur présente une description claire et circonspecte de l’organisation mise en place pour garantir   
la continuité des soins sur l’ensemble de l’aire géographique d’intervention.

Il décrit les modalités d’organisation pour garantir la continuité des soins. Il fournit le tableau de service pour le trimestre précédant la date de dépôt de la demande de renouvellement.

Article D.6124-309 du Code de la santé publique

• Préciser l’organisation des astreintes médicales et soignantes opérationnelles H24 et 7 jours/7 (personnel, horaires, délais d’intervention).

• Préciser l’organisation de l’accès à des services de médecine et de chirurgie (en interne, en externe; modalités de transfert et transports des patients ; conventions de repli)

• Télésurveillance

### 3-3-4 Organisation de la coordination / orientation

* 1. **Dossier patient**

Organisation de l’accès au dossier patient, modalités de transferts et d’information entre les intervenants, système d’information commun, tablettes...

* 1. **Relations avec les partenaires**
* Conventions, contractualisations
* Procédures d’orientation, relais, partage des évaluations
* Protocoles communs
* Compte rendu d’hospitalisation (contenu et modalités de diffusion)

Délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation

* 1. **Articulation avec le médecin traitant**
* Modifications des prescriptions
* Elaboration et suivi du projet thérapeutique

* 1. **Intervention en établissement social et médico-social**

Répartition des rôles et responsabilités, circuit des médicaments, accès au dossier médical, élaboration des protocoles de soins, staffs communs

* 1. **Liens avec les familles**

### 3-3-5 Prises en charge spécifiques

Description de l’organisation des éventuelles prises en charges spécifiques (chimiothérapie à domicile, soins palliatifs).

## 3-4 Coordination et partenariats

## PARTENARIATS ET FILIERES

*L’établissement porteur est-il impliqué dans une ou plusieurs filières OUI / NON*

*(Joindre la liste en annexe)*

*Partenariats formalisés OUI / NON*

*(Joindre la liste en annexe)*

Le promoteur présente les différentes conventions ou accord de partenariat conclus avec les :

### 3-4-1 Etablissements sanitaires en amont et en aval

### 3-4-2 Professionnels de santé libéraux

### 3-4-3 Réseaux de santé

### 3-4-4 SSIAD

### 3-4-5 SAAD

### 3-4-6 Etablissements d’hébergement médico-social (EHPAD…)

### 3-4-7 Autres (Etablissements d’hébergement social, structures du domaine social…)

### 3-4-8 Articulation envisagée avec d’autres HAD

### 3-4-9 Articulation envisagée avec les GHT

## 3-5 Locaux

Article D.6124-307 du Code de la Santé Publique.

* Localisation principale (siège).
* Antennes (nombre, implantation, etc...).

## 3-6 Organisation du circuit du médicament et dispositifs médicaux

Décrire succinctement l’organisation du circuit du médicament.

* + Des conventions ont-elles été établies pour l’approvisionnement en médicaments   
    et dispositifs médicaux ? avec quels partenaires ?
  1. **Pharmacie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** |
| **Pharmacie à usage intérieur ?** |  |  |

* **Dans l’affirmative**

Décrire l’organisation de la pharmacie à usage intérieur (PUI) :

* + En termes de personnel
  + En termes de préparation (délégation partielle à des pharmaciens d’officines ?)
* **Dans la négative**

Décrire l’organisation envisagée :

* + Partenariats avec une pharmacie
  + Recours à la PUI d’un autre établissement
  + Des conventions pour l’approvisionnement en médicaments ont-elles été établies ? si oui, avec quels partenaires ? (joindre une copie des conventions)
  1. **Circuit du médicament**
* Référent médical
* Système d’information
* Sécurité des données
* Brève description de l’organisation générale
  + Prescription
  + Dispensation (accès au dossier de soins, analyse pharmaceutique)
  + Traçabilité
* Chimiothérapie
  + Unité de reconstitution centralisée
  + Sous-traitance : %

Des conventions ont-elles été établies pour l’approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux ? avec quels partenaires ?

* 1. **Dispositifs médicaux**

Des conventions ont-elles été établies pour l’approvisionnement en dispositifs médicaux ? avec quels partenaires ? (joindre une copie des conventions)

## 3-7 Personnels :

***Personnel de la structure***

*Article D.6124-308 du Code de la santé publique.*

* 1. ***Liste des médecins coordonnateurs de la structure***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***NOM Prénom*** | ***Spécialités*** | ***Statut*** | ***Equivalent temps plein*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 1. ***Effectifs de la structure***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Qualification*** | ***Nombre*** | ***Equivalent temps plein*** | ***Ratio indicatif par patients*** |
| ***Médecins coordonnateurs*** |  |  |  |
| ***Cadres infirmiers*** |  |  |  |
| ***Infirmiers diplômés d’état*** |  |  |  |
| ***Aides-soignants*** |  |  |  |
| ***Assistantes sociales*** |  |  |  |
| ***Psychologues*** |  |  |  |
| ***Secrétaires***  *(médicales, administratives)* |  |  |  |
| ***Pharmaciens*** |  |  |  |
| ***Autres*** *(préciser)* |  |  |  |

* 1. ***Recours à des professionnels libéraux***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Qualification*** | ***Nombre*** | ***Taux d’interventions / Total salariés + libéraux*** |
| ***Infirmiers diplômés d’état*** |  |  |
| ***Kinésithérapeutes*** |  |  |
| ***Autres*** *(préciser)* |  |  |

* *Préciser le recours à des salariés d’autres structures dans le cadre de convention / mutualisation de certaines fonctions.*

* 1. ***Accueil d’étudiants***
  2. ***Politique de formation***

## 3-8 Résultats de la participation des personnels médicaux et non médicaux à la procédure d’évaluation

Ces résultats couvrent toute la durée de la période d’autorisation écoulée qui ne peut être inférieure à 5 ans.

## 3-9 Résultats des procédures ou méthodes d’évaluation de la satisfaction des patients

Ces résultats couvrent toute la durée de la période d’autorisation écoulée qui ne peut être inférieure à 5 ans.

# - MODIFICATIONS ET EVALUATION ENVISAGEES POUR LA PERIODE D’AUTORISATION A VENIR de 7 ANS

## 4-1 Mise en conformité avec le SROS PRS

Le titulaire de l’autorisation décrit la mise en œuvre envisagée pour se conformer au SROS-PRS, en précisant les objectifs du SROS-PRS auxquels il entend répondre.

## 4-2 Conventions de coopération :

Le promoteur décrit les coopérations qu’il envisage avec un ou plusieurs établissements ou professionnels de santé, ou l’appartenance à un réseau de santé.

## 4-3 Modifications envisagées :

Si le titulaire de l’autorisation ne déclare pas de modifications, alors le renouvellement est réputé identique à l’autorisation en cours.

### 4-3-1 Modifications relatives à l’organisation des installations et aux conditions techniques de fonctionnement

### 4-3-2 Modifications relatives aux personnels

### 4-3-3 Modifications relatives aux prises en charge spécifiques

### 4-3-4 Aire géographique d’intervention

Les projets de modification de l’aire géographique d’intervention devront être décrits (liste des communes) sachant que toute modification substantielle conduira à une procédure d’injonction à déposer un dossier complet.

## 4-4 Evaluation envisagée :

* Le titulaire de l’autorisation précise : Les objectifs qu’il se fixe pour mettre en œuvre les objectifs du SROS (en matière d’accessibilité, qualité et sécurité des soins, continuité et prise en charge globale du patient) dans le domaine concerné par l’autorisation,
* Les indicateurs supplémentaires qu’il envisage d’utiliser en vertu du dernier alinéa de l’article R.6122-24 du Code de la Santé Publique (cf. exemples au paragraphe 2 sur les résultats de l’activité) et les modalités de recueil et de traitement de ces indicateurs,
* Les modalités de recueil et de traitement des indicateurs prévus audit article (R.6122-24 du Code de la Santé Publique),
* 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.

Pour cette partie relative à l’évaluation, le demandeur utilise, lorsqu’elles existent les méthodes publiées par la Haute Autorité de Santé pour l’activité d’HAD.

NB : les éléments mentionnés aux paragraphes 4-1, 4-2 et 4-4 tiennent compte :

* des dispositions du SROS, applicables à l’activité d’HAD,
* aux résultats de l’évaluation correspondant à la période d’autorisation précédente et le cas échéant des mesures prises ou que le titulaire s’engage à prendre pour corriger les éventuels écarts constatés.

## 4-5 Engagements

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

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

*respecter un volume d’activité ou de dépenses à la charge de l’assurance maladie*

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

*respecter les conditions techniques de fonctionnement telles que prévues dans le Code de la Santé Publique*

*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 du Code de la Santé Publique.*

Date

**Signature et qualité**

**du titulaire**

1. EHPAD : établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes [↑](#footnote-ref-1)
2. MAS : maison d’accueil spécialisée pour personnes handicapées [↑](#footnote-ref-2)
3. FAM : foyer d’accueil médicalisé pour personnes handicapées [↑](#footnote-ref-3)
4. CLIC : centre local d’information et de coordination gérontologique [↑](#footnote-ref-4)
5. MAIA: maison pour l’autonomie et l’intégration des malades d’Alzheimer [↑](#footnote-ref-5)