



|  |
| --- |
| Dossier type d’évaluationen vue du renouvellement d’autorisationde l’activité d’anesthésie et chirurgie ambulatoires |

ARS de Normandie – DOS

**PARTIE I – Présentation de l’établissement**

|  |
| --- |
| 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 hors activité de chirurgie**
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Activités de soins autorisées Type de modalités (HTC/HTP adulte/enfant, polyvalent/spécialisé …)  | Dernière date d’autorisation ou renouvellement d’autorisation | Capacité installéeau 1er janvier de l’année Nen lits et places | Dernière date de visite de conformité |
| Activité de Médecine Activité d’ObstétriqueActivité de Médecine d’UrgenceActivité de RéanimationActivité d’HAD Activité de SSRAutre(s) autorisation(s)…Activité d’ImagerieActivité de Biologie |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 d’anesthésie et chirurgie ambulatoires**
 |

**4.1 Autorisations**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Activités de soins autorisées  | Dernière date d’autorisation ou renouvellement d’autorisation | Capacité installéeau 1er janvier de l’année N(lits **/** places) | Dernière date de visite de conformité |
| Activité d’anesthésie et chirurgie ambulatoires |  |  |  |
| *Pour information :**Activité de chirurgie en hospitalisation complète* |  |  |  |

###  4.2 Locaux

Hébergement de l’unité d’anesthésie et chirurgie ambulatoires

Nombre de places installées globalement et éventuellement par spécialité

Répartition des chambres / box à 1 place et à plusieurs places

Décrire l’accueil de l’enfant (zone identifiée)

Bloc(s) opératoire(s)

Préciser l’emplacement géographique des locaux,

Préciser le nombre de salles d’opération éventuellement, indiquer l’individualisation des salles d’intervention selon les spécialités chirurgicales ou l’activité d’ACA

Salle de soin post-interventionnelle

Préciser le nombre de postes équipés

► Signaler les modifications éventuelles réalisées depuis la date de l’autorisation à renouveler ?

Si oui, préciser :

Bloc(s) opératoire(s)

Nombre de salles d’opération équipées

Salle de soins post-interventionnelle

Organisation (gestion des blocs et programmation spécifique) de l’activité de chirurgie

### Personnels

Composition de l’équipe médicale : Chirurgiens, Anesthésistes :

* 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** | **Précision Discipline, Spécialité** | **Statut (à préciser si titulaire, contractuel…)** | **ETP \* pour l’activité d’ACA**  | **ETP \* dans l’établissement** | **Diplôme(s)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*ETP = Equivalent Temps plein (exemple : un mi-temps = 0.5 ETP ; 3 vacations hebdomadaires = 0.3 ETP)*

Composition de l’équipe non médicale :

Nombre d’ETP affectés au service

* Préciser pour l’activité d’ACA la qualification, le statut du personnel non médical et le nombre d’ETP (Equivalent temps plein) :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **préciser si spécialités****chirurgicales** | **Qualification de l’agent** | **Statut (préciser si titulaire, contractuel…)** | **ETP \* pour l’activité d’ACA** | **ETP \* dans l’établissement** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* *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 chirurgicale depuis la date de l’autorisation à renouveler  (recrutement ou départ de praticiens)

* 1. **Organisation de la continuité des soins**
* Descriptif de l’organisation de la sortie du patient
* Descriptif de l’organisation de la prise en charge des éventuelles complications après sortie du patient
* Descriptif de la continuité des soins par spécialité chirurgicale

Préciser l’organisation mise en place pour assurer la continuité et la permanence des soins par spécialité chirurgicale, et indiquez pour les établissements de santé publics la date de saisine de la COPS, la date de saisine de la CME :

**PARTIE II –Présentation des résultats de l’évaluation de l’autorisation antérieure. Etat de réalisation des objectifs et engagements**

|  |
| --- |
| 1. **Etat de réalisation des objectifs que le promoteur s’était fixé pour la mise en œuvre des objectifs au regard du SROS 3 et du SROS PRS pour les cinq dernières années 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°). Indicateurs de suivi.**
 |

* 1. **Indicateurs quantitatifs de suivi de l’activité réalisée**

Source base PMSI de l’établissement

**Activité chirurgicale ambulatoire et en hospitalisation complète**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Années | N-5 | N-4 | N-3 | N-2 | N-1 |
| Nombre total de séjours chirurgicaux\* |  |  |  |  |  |
| Nombre total de séjours chirurgicaux\* réalisés en unité d’ACA  |  |  |  |  |  |
| Nombre total de séjours chirurgicaux\* en hospitalisation complète |  |  |  |  |  |
| Nombre total de séjours chirurgicaux\* 1 nuit |  |  |  |  |  |
| Nombre total de séjours chirurgicaux 0 nuit hors unité d’ACA |  |  |  |  |  |

\*3° caractère en C du GHM en version 10 et 11

**Activité d’anesthésie ambulatoire**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Années | N-5 | N-4 | N-3 | N-2 | N-1 |
| Nombre total de séjours d’anesthésie ambulatoire |  |  |  |  |  |

\*3° caractère en M du GHM en version 10 et 11

**Activité par CMD** (catégorie majeure de diagnostic)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Années | N-5 | N-4 | N-3 | N-2 | N-1 |
| Nombre total de séjours chirurgicaux\* par CMD |  |  |  |  |  |
| Nombre total de séjours chirurgicaux\* réalisés en unité d’ACA par CMD |  |  |  |  |  |
| Nombre total de séjours chirurgicaux\* en hospitalisation complète par CMD |  |  |  |  |  |

\*3° caractère en C du GHM en version 10 et 11

Préciser les 10 GHM les plus fréquents au cours des cinq dernières années réalisés en unité d’ACA

Préciser l’ICR (indice de coût relatif) de chirurgie par salle d'intervention

Préciser le rapport Chirurgie ambulatoire / Chirurgie totale au cours des cinq dernières années

* 1. **Indicateurs qualitatifs**

**Accessibilité**

* Accessibilité selon les spécialités : Eventuelles listes d’attente ? Si oui, indiquez les délais \*
* 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 mises en place pour faciliter l’accès aux soins des personnes en situation de handicap

 Indiquez pour les établissements publics : nombre et pourcentage de praticiens chirurgiens et de praticiens anesthésistes ayant une activité libérale et secteur d’appartenance (I et II), et précisez les spécialités chirurgicales.

 Indiquez pour les établissements privés : nombre et pourcentage de praticiens chirurgiens et de praticiens anesthésistes ayant une activité libérale et secteur d’appartenance (I et II), et précisez les spécialités chirurgicales.

 Préciser les actions entreprises en interne à l’établissement et en externe pour assurer le développement de l’ACA :

**Qualité et sécurité des soins**

* Taux de transfert d’unité d’ACA / unité de chirurgie en hospitalisation complète
* Résultats des Indicateurs IPAQQS
	+ indicateur de tenue du dossier anesthésique DAN,
	+ indicateur de tenue du dossier patient TDP,
	+ traçabilité de la douleur TRD,
	+ délai d’envoi du courrier au médecin traitant
* Résultats des Indicateurs ICALIN
	+ résultats enquête infection site opératoire
* Nombre de revues de morbimortalité par service (ou par spécialité) et par an

**Continuité des soins**

* Evaluation de l’organisation de la sortie du patient
* Evaluation de l’organisation de la prise en charge des éventuelles complications après sortie du patient
* Evaluation de la continuité des soins par spécialité chirurgicale : **Joindre en Annexe au dossier** les tableaux de garde et astreinte des chirurgiens et des anesthésistes pour le trimestre précédant la demande de renouvellement d’autorisation

**Coopérations et mutualisations**

 - Conventions inter établissements.

Liste des conventions en lien avec l’activité d’ACA

Objet de chaque convention, date de la signature.

- Mutualisation éventuelle du personnel avec d’autres établissements

**Evaluation**

- Indicateurs mis en place et résultats permettant d’évaluer la satisfaction des patients.

Date de la dernière version du questionnaire réalisé

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

*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.*

- Résultats de la participation des personnels médicaux et non médicaux à 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.*

|  |
| --- |
| 1. **Etat de réalisation des objectifs du CPOM 2007 et du CPOM 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 d’ACA**
 |

* Lister les orientations stratégiques concernant l’activité d’ACA

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

* Lister les coopérations territoriales développées en rapport avec l’activité d’ACA

Préciser par le suivi des indicateurs fixés, l’avancement des objectifs opérationnels (annexe 2 du CPOM), le ou les plans d’action définis

* Etat d’avancement du développement de la chirurgie ambulatoire par substitution à la chirurgie en hospitalisation complète

Préciser par le suivi des indicateurs fixés, la réalisation des objectifs opérationnels (annexe 4 du CPOM), le ou les plans d’action définis

|  |
| --- |
| 1. **Etat de réalisation, le cas échéant, des conditions particulières dont peut avoir été assortie l‘autorisation, en vertu de l’article L. 6122-7 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
	+ 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

|  |
| --- |
| 1. **Etat de réalisation des différents engagements pris par le demandeur (article R. 6122-32-1 au e du 1° du CSP)**
 |

Détailler

La réalisation et le maintien des conditions d’implantation et des conditions techniques de fonctionnement propres à l’hospitalisation à temps partiel dont l’ACA (Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 **ou articles
D 6124-301 à D 6124-305 du CSP**)

**Joindre impérativement une charte de fonctionnement de l’unité d’ACA** conforme aux exigences de l’article D 6124-305 du CSP)

Le maintien des autres caractéristiques du projet après l’autorisation ou le renouvellement de celle-ci.

Le montant des dépenses à la charge de l'assurance maladie ou le volume d'activité.

**PARTIE III – Engagements et propositions pour la période d’autorisation à venir de 7 ans**

|  |
| --- |
| 1. **Modification éventuelle envisagée dans les 7 ans**
 |

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 au regard du PRS-SROS 2013-2018 auxquels vous entendez répondre notamment en terme d’accessibilité, de qualité et de sécurité des patients, de continuité des soins, de prise en charge globale du patient et notamment la personne âgée…, ainsi que les objectifs quantifiés de l’offre de soins (R 6122-32-1 au d du 1).

Projet d’évolution concernant l’activité d’ACA

Réponse aux objectifs du SROS-PRS auxquels le demandeur entend répondre.

**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

**Projets d’évolution concernant les coopérations territoriales de l’établissement pour l’activité :**

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

* + - Résultats attendus
		- Observations

#### 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

**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 chirurgie du SROS-PRS.

Les demandes de modification des conditions d’exécution de l’autorisation sont à indiquer clairement dans la partie « projets d’évolution concernant le fonctionnement », 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 de convention de coopération ou d’appartenance à des GCS, GIE et réseaux de santé

- Projet architectural, modifications des installations

- Etat des personnels (modifications d’effectifs)

- Organisation des installations (si modification projetée, court descriptif)

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**

|  |
| --- |
| 1. **Actualisation de la partie relative à l’évaluation pour la période d’autorisation à venir de 7 ans (article 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 d’ACA
* 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)

|  |
| --- |
| 1. **Renouvellement des engagements pour une durée de 7 ans**
 |

Le demandeur (Nom – Prénom – Titre) doit prendre des engagements sur les points suivants :

[ ]  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 CSP, applicables à l’activité de soins d’anesthésie et chirurgie
 ambulatoires ;

[ ]  Maintenir les autres caractéristiques du projet après l’autorisation ou le renouvellement de celle-ci ;

[ ]  Respecter le montant des dépenses à la charge de l’Assurance Maladie ou le volume d’activité, en application de

 l’article L.6122-5 ;

[ ]  Mettre en œuvre l’évaluation en application de l’article L.6122-5 dans les conditions prévues aux articles R.6122-

 23 et R.6122-24 ;

[ ]  Respecter les effectifs et la qualification des personnels, notamment médicaux, nécessaires à la mise en place du

 projet ;

[ ]  Ne pas modifier les caractéristiques du projet tel qu’il aura été autorisé.

Date

Signature du titulaire