

****

**Direction des coopérations territoriales et de la performance**

**Direction adjointe de l’hospitalisation et de l’autonomie**

**Pôle autorisations et appels à projets**

**DOSSIER TYPE SIMPLIFIE D’EVALUATION EN VUE D’UN RENOUVELLEMENT D’AUTORISATION**

**DE PSYCHIATRIE**

**Campagne 2020**

**Liste des informations à fournir**

Le renouvellement d’une autorisation s’opère par le biais du dépôt d’un dossier d’évaluation 14 mois minimum avant l’échéance de cette autorisation (art. L6122-10 du code de la santé publique).

Un nombre important d’autorisations de psychiatrie doivent faire l’objet d’un renouvellement en 2020, dans un contexte où, la même année, cette activité devrait faire l’objet d’une réforme. Elle va imposer une révision du PRS et, derrière, une remise à plat de toutes les autorisations.

Au regard de ces éléments, un dossier d’évaluation simplifié vous est proposé.

Il doit être adressé en un exemplaire papier à la Délégation départementale dont relève l’activité et adressé sous format électronique à ars-bretagne-autorisations-sanitaires@ars.sante.fr

## I – Données administratives :

Entité juridique : dénomination et coordonnées

Représentant légal : identité

N° d’immatriculation FINESS de l’entité juridique

Adresse d’implantation de l’activité si différente de celle de l’entité juridique

Personne(s) responsable(s) du dossier : nom(s) – fonctions – coordonnées téléphoniques et électroniques

**II - Activités, objet du renouvellement :** *(ajouter autant de lignes que de sites)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Activités | Sites  | numéros FINESS (si connus) | Capacités installées |
|  | Psychiatrie générale |
| Hospitalisation complète | *Adresse site 1* |  |  |
|  | *Adresse site 2* |  |  |
|  | *Etc…* |  |  |
| Hospitalisation de jour | *Adresse site 1* |  |  |
|  | *Adresse site 2* |  |  |
|  | *Etc…* |  |  |
| Hospitalisation de nuit | *Adresse* |  |  |
| HAD |  |  |  |
| Appartements thérapeutiques | *Adresse site 1* |  |  |
|  | *Adresse site 2* |  |  |
|  | Etc… |  |  |
| Centre de crise | *Adresse* |  |  |
| Accueil familial thérapeutique | *Ne pas remplir les adresses* |  |  |
| Centre de post-cure | *Adresse* |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Psychiatrie infanto-juvénile |  |
| Hospitalisation complète | *Adresse site 1* |  |  |
|  | *Adresse site 2* |  |  |
|  | *Etc…* |  |  |
| Hospitalisation de jour | *Adresse site 1* |  |  |
|  | *Adresse site 2* |  |  |
|  | Etc… |  |  |
| HAD |  |  |  |
| Hospitalisation de nuit | *Adresse* |  |  |
| Appartements thérapeutiques | *Adresse site 1* |  |  |
|  | *Adresse site 2* |  |  |
|  | *Etc…* |  |  |
| Centre de crise | *Adresse* |  |  |
| Accueil familial thérapeutique | *Ne pas remplir les adresses* |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Autres |  |
| CMP | *Adresse site 1* |  |  |
| CATTP | *Adresse site 2* |  |  |
|  | *Etc…* |  |  |

## III– Données d’activité relatives à l’autorisation, objet du renouvellement :

**3-1 Par secteurs :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre de lits | Nombre de places |
| Secteur 35Gx (préciser le n° du secteur) |  |  |
| Secteur 35Gx |  |  |
| Etc… |  |  |
| Secteur 35Ix |  |  |
| Etc… |  |  |

**3-2 Par types d’activité :**

**Psychiatrie générale – hospitalisation complète :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nbre de journées en 2019 | DMH en 2019 | TO en 2019 | File active n-1 |
| Site 1 |  |  |  |  |
| Site 2 |  |  |  |  |
| Site 3 |  |  |  |  |
| Etc… |  |  |  |  |
| Total |  |  |  |  |

**Psychiatrie générale – centre de crise :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nbre de journées en 2019 | DMH en 2019 | TO en 2019 | File active n-1 |
| Site |  |  |  |  |

**Psychiatrie générale – hospitalisation de jour :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nbre de venues en 2019 | TO en 2019 | File active n-1 |
| Site 1 |  |  |  |
| Site 2 |  |  |  |
| Site 3 |  |  |  |
| Etc… |  |  |  |
| Total |  |  |  |

**Psychiatrie générale – appartements thérapeutiques :**

|  |
| --- |
| Nbre de patients suivis en 2019 |
|  |

**Psychiatrie générale – accueil familial thérapeutique :**

|  |
| --- |
| Nbre de patients suivis en 2019 |
|  |

**Psychiatrie générale – hospitalisation de nuit :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nbre de venues en 2019 | TO en 2019 |
|  |  |

**Psychiatrie générale – hospitalisation à domicile :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nbre de patients suivis en 2019 | File active n-1 |
|  |  |

**Psychiatrie générale – centre de post-cure :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nbre de journées en 2019 | DMH en 2019 | TO en 2019 | File active n-1 |
|  |  |  |  |

**Psychiatrie infanto-juvénile – hospitalisation complète :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nbre de journées en 2019 | DMH en 2019 | TO en 2019 | File active n-1 |
| Site 1 |  |  |  |  |
| Site 2 |  |  |  |  |
| Site 3 |  |  |  |  |
| Etc… |  |  |  |  |
| Total |  |  |  |  |

**Psychiatrie infanto-juvénile – hospitalisation de jour :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nbre de venues en 2019 | TO en 2019 | File active n-1 |
| Site 1 |  |  |  |
| Site 2 |  |  |  |
| Site 3 |  |  |  |
| Etc… |  |  |  |
| Total |  |  |  |

**Psychiatrie infanto-juvénile – accueil familial thérapeutique :**

|  |
| --- |
| Nbre de patients suivis en 2019 |
|  |

**Psychiatrie infanto-juvénile – hospitalisation de nuit :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nbre de venues en 2019 | TO en 2019 |
|  |  |

**IV – Les personnels dédiés à l’activité de l’établissement:**

|  |
| --- |
| Nombre d’ETP |
| Médecins | Paramédicaux(IDE, AS, autres) | Autres que médecins et paramédicaux |
|  |  |  |

**V - La place des usagers** et de leur famille : selon quelles modalités appréciez-vous la satisfaction des usagers de votre établissement ? de leur famille ? *Fournir les résultats*

**VI - Les projets de l’établissement dans les 7 ans à venir ayant un impact sur l’autorisation objet du renouvellement :**  *à décrire*

Vous évoquerez notamment les transferts géographiques, le développement d’alternatives à l’hospitalisation complète, les évolutions d’organisation, les nouvelles coopérations, les équipes mobiles etc…

## VII– Engagements du demandeur :

Le demandeur s’engage à :

-respecter le volume d’activité ou de dépenses à la charge de l’Assurance maladie

- réaliser une évaluation

 Signature du responsable de la structure