

****

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

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

**Pôle autorisations et appels à projets**

**ACTIVITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE**

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

**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 d’activité de soins longue durée 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](mailto:ars-bretagne-autorisations-sanitaires@ars.sante.fr)

## I – Données administratives :

Entité juridique : Nom - adresse

Représentant légal : identité - coordonnées téléphoniques et électroniques

N° d’immatriculation FINESS du gestionnaire

Lieu d’implantation de l’activité : adresse - *Préciser si plusieurs sites*

N° d’immatriculation FINESS du ou de ces sites

Pôle de rattachement (pour les établissements publics) :

Personne responsable: nom – fonctions – coordonnées téléphoniques et électroniques

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

Avis et date de la dernière commission de sécurité incendie :

Données d’activité :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Année N-2 | Année N-1 |
| Nombre de lits |  |  |
| Nombre de journées réalisées |  |  |
| Nombre d’admission |  |  |
| DMS |  |  |
| GMP le plus récent (année) |  |  |
| PMP le plus récent (année) |  |  |
| Pourcentage de SMTI |  |  |
| Pourcentage de GIR 1 |  |  |
| Age moyen des résidents au 1er janvier |  |  |
| Nombre de résidents de moins de 60 ans au 1er janvier |  |  |
| Nombre de résidents de moins de 60 ans accueillis dans l’année |  |  |
| Durée moyenne de séjour |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Année N-1 | Entrées (nombre) | Sorties (nombre) |
| Domicile |  |  |
| EHPAD |  |  |
| Autres USLD |  |  |
| Autres sanitaires |  |  |
| Autres |  |  |
| Décès |  |  |
| total |  |  |

**III – Effectifs et formation :**

**Effectifs soignants au premier janvier 2019 propres à l’USLD:**

Présence infirmière 24H/24, propre à l’USLD Oui 🞎 Non 🞎

Présence aide-soignante 24H/24, propre à l’USLD Oui 🞎 Non 🞎

Présence d’assistants de soins en gérontologie

propres à l’USLD Oui 🞎 Non 🞎

|  |  |
| --- | --- |
| ETP Infirmiers |  |
| ETP Aides-soignants hors ASG |  |
| ETP ASH |  |
| ETP ASG |  |
| ETP kinésithérapeute |  |
| ETP ergothérapeute |  |
| ETP psychologue |  |
| ETP psychomotricienne |  |
| ETP AMP |  |
| ETP Podologue |  |
| ETP diététicienne |  |
| ETP assistante sociale |  |
| ETP pharmacien |  |

Pourcentage d’AS formées ASG au 1 janvier 2019

Pourcentage d’AMP formées ASG au 1 janvier 2019

Nombre de résidents présents dans l’USLD :

**Effectifs médicaux :**

Médecin disponible 24H/24 : description de la présence médicale de jour et des modalités de mise en œuvre de la permanence médicale pour l’USLD

La coordination est-elle assurée par un médecin formé en gériatrie (DESC ou capacité de gériatrie) ?

Oui 🞎 Non 🞎

Si non, quelle est sa formation ?

Combien de temps est consacré à la coordination ?

**IV – Organisation et fonctionnement :**

Les patients relevant de l’USLD sont-ils tous regroupés dans une unité ? Oui 🞎 Non 🞎

Si non, pourquoi ?

Si non, à quel service est-elle adossée ?

Niveau d’adaptation des locaux et des équipements aux patients présentant une dépendance physique ou psychique :

- Nombre de chambres à 1 lit : …….

- Nombre de chambres à 2 lits : …….

- Autre :

- Toutes les chambres sont équipées en fluides médicaux : Oui 🞎 Non 🞎

- Chambre ne disposant pas d’un cabinet de toilette avec WC : ……….

- espace adapté aux pathologies Alzheimer Oui 🞎 Non 🞎

Si oui, comment ?

Avez-vous établi des critères médicaux pour l’entrée des patients en USLD ?

Avez-vous établi des critères médicaux pour le transfert des patients vers un EHPAD ?

Avez-vous un temps d’animation pour les patients ? nb heures par semaine :

**Inscription dans une filière de prise en charge :**

L’établissement s’inscrit dans une filière gériatrique et dispose de convention pour articuler la prise en charge avec d’autres structures de soins ou médico-sociales :

- de court séjour : Oui 🞎 Non 🞎

si oui, préciser lesquelles

- de SSR : Oui 🞎 Non 🞎

si oui, préciser lesquelles

- d’EHPAD : Oui 🞎 Non 🞎

- de psychiatrie Oui 🞎 Non 🞎

Si oui, quelles modalités organisationnelles

L’établissement dispose en propre, ou par convention avec un établissement de référence :

- de consultations spécialisées  sur site Oui 🞎 Non 🞎

- dont dentiste / soins dentaires ? Oui 🞎 Non 🞎

- Neurologue ? Oui 🞎 Non 🞎

**Qualité de la prise en charge :**

Projet de soins et de vie individualisé *(fournir un support-type)* :

Chaque patient bénéficie d’un projet de soins individualisé  Oui 🞎 Non 🞎

Chaque patient bénéficie d’un projet de vie individualisé : Oui 🞎 Non 🞎

Le projet de soins intègre-t-il une dimension palliative ? Oui 🞎 Non 🞎

**V – Données d’évaluation :**

Pourcentage de patients bénéficiant d’une évaluation gériatrique à l’entrée dans votre service :

La définition des USLD (circulaire DHOS /O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006) précise que

« Les USLD accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d’épisodes répétés de décompensation, et pouvant entrainer ou aggraver une perte d’autonomie ».

Quel est aujourd’hui le pourcentage de vos patients qui seraient sortants au regard de cette définition ?

Quel est en 2019 le pourcentage de patient répondant à cette définition au moment de l’entrée dans l’USLD ?

**Pour la période qui vient de s’écouler** :

Avez-vous formalisé des procédures visant à améliorer la qualité de vie des patients ?

Citez des exemples :

Sont-elles appliquées ?

Si elles ne le sont pas, quelles mesures correctives ont été ou sont envisagées ?

Avez-vous fait des audits d’évaluation ?

Avez-vous formalisé des procédures visant à améliorer la qualité des soins donnés aux patients ?

Citez des exemples :

Sont-elles appliquées ?

Si elles ne le sont pas, quelles mesures correctives ont été ou sont envisagées ?

Avez-vous fait des audits d’évaluation ?

## VI – 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