****

ARS

Ile-de-France

**DOSSIER D’EVALUATION DES AUTORISATIONS**

Activité de SSR

A noter : ce dossier est une trame type proposée par l’ARS Ile-de-France.

*Date de dépôt : \_\_/\_\_/\_\_\_\_*

Nom de l’établissement

Ce dossier simplifié est établi dans un contexte d’évolution législative entrainant la parution de nouveaux décrets en cours de rédaction. Les établissements doivent respecter l’ensemble des réglementations en vigueur jusqu’à la mise en application de ces nouveaux décrets dont la publication est prévue pour septembre 2019.

*Présentation de l’Etablissement*

**Coordonnées de l’établissement**

Titulaire de l’autorisation

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

Site géographique

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Adresse |  |
| CP Commune |  |
| Email |  |
| N° FINESS Etablissement |  |

**Présentation de l’établissement**

Autorisations détenues par l’établissement

**Les capacités relatives aux reconnaissances contractuelles (EVC/EPR, Basse vision, …), même non soumises au renouvellement, doivent être intégrées dans la ligne « SSR polyvalent ».**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mentions SSR**Affections prisesEn charge | **Adultes** | **Enfants** |
| Type de prise en charge | Renouvellement souhaité | Capacités (lits et places) | Type de prise en charge | Renouvellement souhaité | Capacités (lits et places) |
| HC(O/N) | HJ(O/N) | HC(O/N) | HJ(O/N) | prévues | installées | HC / HJ(O/N) (O/N) | HC / HJ(O/N) (O/N) | prévues | installées |
| HC | HJ | HC | HJ | HC | HJ | HC | HJ |
| SSR polyvalent |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Appareil locomoteur |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Système nerveux |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cardio-vasculaires |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Respiratoires |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Digestif, métabolique, endocrinien |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Onco-hématologiques |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Brûlés |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liées aux conduites addictives |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Personnes âgées polypathologiques |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Nous entendons par « lits et places installés », ceux ouverts au plus tard au 30 juin 2019.*

*S’agissant des « lits et places prévus », nous entendons ceux restant à mettre en œuvre dans les 3 ans (sont concernés les lits et places déjà autorisés par l’ARS ou ayant déjà fait l’objet d’un avis préalable s’agissant des établissements privés lucratifs).*

**A capacité constante, si des évolutions ont eu lieu depuis la dernière autorisation en termes de répartition des capacités de mentions spécialisées, précisez lesquelles.**

**Si votre établissement est autorisé en SSR pédiatrique, quelle est la part des 0-3 ans et des 4-18 ans ?**

Si votre établissement est autorisé en SSR adulte, accueillez-vous parfois des patients de moins de 18 ans ? OUI / NON

Si oui, combien de patients de moins de 18 ans avez-vous pris en charge en 2016, en 2017 et en 2018 ?

**Informations complémentaires :**

Reconnaissances contractuelles de l’établissement

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de reconnaissance(s)** | **Adultes** | **Enfants** |
| Type de prise en charge | Capacités (lits et places) | Type de prise en charge | Capacités (lits et places) |
| HC*(O/N)* | HJ*(O/N)* | Prévues  | Installées  | HC*(O/N)* | HJ*(O/N)* | Prévues  | Installées  |
| HC | HJ | HC | HJ | HC | HJ | HC | HJ |
| EVC / EPR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Basse vision |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Néphrologie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Soins palliatifs (différencier équipes mobiles et lits identifiés) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Viroses chroniques |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Etablissement SSR associé en cancérologie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**En cas de lits et places non installés, expliquer pourquoi ? A quelle date l’autorisation a –t-elle été délivrée ? Quel est le calendrier prévisionnel d’ouverture ?**

**Avez- vous des projets d’extension ou de transformation ?** OUI / NON

Mention concernée :

Capacité envisagée (substitution proposée le cas-échéant):

*Information d’évolution envisagée ne vaut pas approbation de l’ARS.*

*La concrétisation du projet devra être précédée d’une sollicitation auprès de l’ARS (art D6122-38 II du CSP).*

*A noter que l’offre présentée n’est pas figée dans le temps et ne doit pas limiter l’établissement dans son ouverture vers l’ambulatoire.*

Positionnement dans la filière

**Participation de l’établissement aux groupes de travail et filières du territoire ?**

Exemples : groupements hospitaliers de territoires (filières concernées), projet départemental de santé mentale, participation à la filière AVC, filières gériatriques, …

**Quelle organisation est mise en place pour assurer le retour au domicile (secteur médico-social compris) du patient ?**

Provenance des patients

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3/Provenance des patients pris en charge** | **2016** | **2017** | **2018** |
| Domicile |  |  |  |
| MCO |  |  |  |
| SSR |  |  |  |
| Médico-social |  |  |  |
| Autres |  |  |  |

**Plateaux techniques**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Plateaux techniques** | **Sur site** | **GCS** | **convention** |
| Isocinétisme |  |  |  |
| Laboratoire d’analyse de la marche et du mouvement |  |  |  |
| Assistance robotisée de la marche |  |  |  |
| Rééducation du membre supérieur par assistance robotisée |  |  |  |
| Simulateur de conduite automobile |  |  |  |
| Balnéothérapie |  |  |  |

**Equipements**

Equipements obligatoires (D.6124-177-6 à D.6124-177-8)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipements Socle commun** | **Sur site** | **GCS** | **convention** |
| Espaces nécessaires à l’entourage du patient |  |  |  |
| Espaces de convivialité et/ou de vie et de jeux (Enfant/Ado) |  |  |  |
| Chambres d’hospitalisation équipées d’un à deux lits |  |  |  |
| Chambres d’hospitalisation équipées d’un dispositif d’appel adapté à l’état du patient |  |  |  |
| Accès aux fluides médicaux dans la chambre ou portatif |  |  |  |
| Espaces adaptés à la nature de la prise en charge |  |  |  |
| Chariot d’urgence |  |  |  |
| Accès à un plateau technique d’imagerie médicale |  |  |  |
| Réalisation d’analyses de biologie médicale |  |  |  |
| **Equipements mention affections de l’appareil locomoteur** |  |  |  |
| Equipement d’électro physiothérapie |  |  |  |
| Balnéothérapie |  |  |  |
| Atelier d’ajustement des aides techniques |  |  |  |
| Atelier d’appareillage |  |  |  |
| Atelier de confection de prothèses |  |  |  |
| Laboratoire d’analyse du mouvement |  |  |  |
| **Equipements mention affections de l’appareil neurologique** |  |  |  |
| Accès à une unité de réanimation ou de SI |  |  |  |
| Electromyographie |  |  |  |
| Electroencéphalographe |  |  |  |
| Laboratoire d’urodynamique |  |  |  |
| Laboratoire d’analyse du mouvement |  |  |  |
| **Equipements mention affections du système digestif, métabolique et endocrinien** |  |  |  |
| Locaux adaptés à la réadaptation nutritionnelle et physique |  |  |  |
| **Equipements mention addictologie** |  |  |  |
| Locaux adaptés aux ateliers de réadaptation à la vie sociale et professionnelle |  |  |  |
| Locaux adaptés à la participation de l’entourage aux programmes de soins |  |  |  |
| **Equipements mention affections respiratoires** |  |  |  |
| Ventilation mécanique non invasive |  |  |  |
| Oxygénothérapie |  |  |  |
| *Intubation trachéale* |  |  |  |
| *Nébulisations des bronchodilatateurs* |  |  |  |
| *Oxygénothérapie nasale* |  |  |  |
| *Surveillance continue de la saturation en oxygène* |  |  |  |
| *Drainage bronchique* |  |  |  |
| *Massage* |  |  |  |
| *Réentrainement à l’effort* |  |  |  |
| Accès à une réanimation médicale ou à des soins intensifs adaptés |  |  |  |
| Plateau technique d’explorations pneumologiques (radiographie du thorax) |  |  |  |
| Plateau technique d’exploration fonctionnelle respiratoire à l’effort |  |  |  |
| Fibroscopie bronchique |  |  |  |
| Mesure des gaz du sang |  |  |  |
| **Equipements mention affections cardio-vasculaires** |  |  |  |
| Echographe |  |  |  |
| Installations d’épreuves d’effort |  |  |  |
| Espaces d’entrainement physique |  |  |  |
| Monitorage par télémétrie |  |  |  |
| Equipement de réa cardiaque (défibrillateur, matériel d’intubation et de ventilation) |  |  |  |
| Salle d’urgence |  |  |  |
| Lits équipés de cardioscope |  |  |  |
| Accès à une unité de soins intensifs de cardiologie |  |  |  |
| **Equipements mention affections des brûlés** |  |  |  |
| Balnéothérapie |  |  |  |
| Atelier d’ajustement d’aide(s) technique(s) |  |  |  |
| Atelier d’appareillage |  |  |  |
| Atelier de confection de prothèse(s) |  |  |  |
| Laboratoire d’analyse du mouvement |  |  |  |
| **Equipements pour la pédiatrie** |  |  |  |
| Chambres d’hospitalisation à 4 lits max garantissant l’intimité des patients (D.6124-177-14) |  |  |  |
| Espaces de vie et de jeux intérieurs et extérieurs (D.6124-177-14 al 2) |  |  |  |
| Accès au service de médecine d’urgence pédiatrique (D.6124-177-13 al 3) |  |  |  |
| Accès au service de réanimation pédiatrique (D.6124-177-13 al 3) |  |  |  |
| Dispositifs d’instruction (L.131-1 code de l’éducation) |  |  |  |

A noter que les mentions « personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance » ainsi que « affections onco-hématologiques » **ne contiennent pas d’équipement obligatoire autre que celui indiqué dans le socle commun.**

Equipements minimaux souhaitables (Circulaire / Cahier des charges)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipements Socle commun** | **Sur site** | **GCS** | **convention** |
| Plateau de kinésithérapie, ergothérapie |  |  |  |
| Equipements de psychomotricité |  |  |  |
| Plateau technique d’exploration fonctionnelle et de rééducation spécialisée |  |  |  |
| Atelier fauteuil-roulant |  |  |  |
| Espaces de circulation équipés de main courante et de couloirs de déambulation |  |  |  |
| **Equipements mention affections de l’appareil locomoteur** |  |  |  |
| Plateau de kiné avec appareils spécifiques (isocinétisme, physiothérapie, équipement de rééducation de l’équilibre de la marche, réentrainement à l’effort…) |  |  |  |
| Plateau d’ergo avec équipements pour la rééducation analytique et globale du geste et de la fonction, la réalisation de petits appareillages et la réadaptation au milieu familial et éventuellement professionnel |  |  |  |
| Salle de sport |  |  |  |
| Accès à un EMG |  |  |  |
| **Equipements mention affections de l’appareil neurologique** |  |  |  |
| Plateau de kiné avec appareils spécifiques (isocinétisme, physiothérapie, équipement de rééducation de l’équilibre de la marche, réentrainement à l’effort…) |  |  |  |
| Plateau d’ergo avec équipements pour la rééducation analytique et globale du geste et de la fonction, la réalisation de petits appareillages et la réadaptation au milieu familial et éventuellement professionnel |  |  |  |
| Plateau d’orthophonie et neuropsychologie avec matériel de rééducation neuropsychologique, du langage, de la communication (support informatique) |  |  |  |
| Atelier appareillage et/ou ajustement d’aide(s) technique(s) ou technologique(s) |  |  |  |
| Salle de sport |  |  |  |
| Accès à un atelier fauteuil roulant |  |  |  |
| Accès à une unité de réanimation médicale ou de soins intensifs |  |  |  |
| **Equipements mention affections du système digestif, métabolique et endocrinien** |  |  |  |
| Cuisine éducative |  |  |  |
| Locaux, mobiliers et salle de réadaptation adaptés au poids des patients |  |  |  |
| Salle d’éducation de groupe |  |  |  |
| Pompes de nutrition entérale ou parentérale |  |  |  |
| Salle de sport |  |  |  |
| Parcours de marche extérieur |  |  |  |
| **Equipements mention affections respiratoires** |  |  |  |
| Test de marche de six minutes |  |  |  |
| Pléthysmographe |  |  |  |
| Salle de sport |  |  |  |
| Equipement pour oxygénothérapie continue et déambulation |  |  |  |
| **Equipements mention affections cardio-vasculaires** |  |  |  |
| Plateaux de reconditionnement à l’effort |  |  |  |
| Fluides médicaux en salle d’épreuve d’effort et de rééducation |  |  |  |
| Système d’épreuve cardio-respiratoire avec analyse de la consommation d’oxygène |  |  |  |
| Saturomètre |  |  |  |
| Système de surveillance électrocardiographique ambulatoire continue avec mémorisation des événements |  |  |  |
| Cardio-fréquencemètres |  |  |  |
| Salle de sport |  |  |  |
| **Equipements mention affections des brûlés** |  |  |  |
| Douche filiforme |  |  |  |
| Salles de soins individuels |  |  |  |
| Equipement pour la verticalisation |  |  |  |
| Equipement pour la récupération d’amplitude articulaire |  |  |  |
| Equipement pour le réentrainement à l’effort |  |  |  |
| Matériel de massothérapie |  |  |  |
| Matériel de physiothérapie |  |  |  |
| Locaux spécifiques (individuels, communs, ateliers…) à l’ergothérapie |  |  |  |
| Equipement pour la rééducation analytique et globale de la préhension |  |  |  |
| Equipement pour la rééducation du geste et de la fonction |  |  |  |
| Equipement pour la réalisation d’appareillages |  |  |  |
| Réadaptation au milieu socio-familial et professionnel |  |  |  |
| Atelier de couture (confection de vêtement progressif) |  |  |  |
| Chambres individuelles ou d’isolement |  |  |  |
| Salle de psychomotricité |  |  |  |
| Salle dédiée à l’orthophonie |  |  |  |
| Salle dédiée au maquillage esthétique |  |  |  |
| Salle de réadaptation à l'effort, salle de musculation ou salle de sport |  |  |  |

A noter que les mentions « personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance », « affections onco-hématologiques » et « addictologie »**ne contiennent pas d’équipement minimum souhaitable autre que celui indiqué dans le socle commun.**

**Si votre établissement est équipé de lits bariatriques, précisez le nombre :**

**Focus sur les établissements associés en cancérologie**

**Souhaitez-vous - poursuivre cette activité ? : OUI / NON - devenir candidat ? OUI / NON**

Type de reconnaissance obtenue et description

Avec chimiothérapie : OUI / NON

Etablissement(s) autorisé(s) en cancérologie avec le(s)quel(s) l’unité SSR est associée :

Une convention\* a-t-elle été formalisée ? : OUI/ NON

Conventions et partenariats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Organisation des soins** | **OUI / NON** | **Lesquels ?***(Précisions / Observations)* |
| Adhésion à un 3C *(Centre de Coordination des soins en cancérologie)* |  |  |
| Adhésion à un réseau régional de cancérologie |  |  |
| Adhésion à Réseau territorial de cancérologie ou à un réseau pluridisciplinaire avec valence cancérologique |  |  |
| Autres |  |  |

Missions et prises en charge spécifiques

|  |  |
| --- | --- |
| **Missions / Prises en charge** | **O / N** |
| Poursuite de chimiothérapie ou inter-cures de chimio nécessitant surveillance (dénutrition, douleurs, complications infectieuses, nutrition parentérale, transfusions, traitement de douleurs complexes…) |  |
| Suite de greffes de moelle |  |
| Aplasie |  |
| Suite de chirurgie carcinologique lourde (stomies, trachéotomie, …)  |  |

Consommations

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Produits/ Années | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de culots globulaires transfusés |  |  |  |
| Nombre de concentrés plaquettaires transfusés |  |  |  |
| Nombre d’aiguilles d’Huber commandées par le service |  |  |  |
| Nombre d’UCD d’antibiotiques IV à large spectre consommés |  |  |  |

Equipements spécifiques

|  |  |
| --- | --- |
| **Equipements**  | **Nombre** |
| Nombre de pompes à perfusion dans le service |  |
| Nombre de pompes de nutrition entérale |  |
| Nombre de PCA dans le service |  |

**Focus sur l’ambulatoire**

Si vous êtes autorisés en hospitalisation à temps partiel dans plusieurs mentions différentes, les locaux d’HDJ sont-ils regroupés ? OUI/NON

Si oui, pourquoi ?

Quelle est le mode d’organisation ? (transmission de la charte de fonctionnement le cas échéant)

Existe-t-il un médecin coordonnateur unique ou par spécialité ?

Provenance des patients

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3/Provenance des patients pris en charge** | **2016** | **2017** | **2018** |
| Domicile |  |  |  |
| MCO |  |  |  |
| SSR |  |  |  |
| Médico-social |  |  |  |
| Autres |  |  |  |

**Quelle est la part des séjours programmés et non programmés ?**

Autres évolutions vers l’ambulatoire

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Modes d’organisation en ambulatoire** | **Porteur****OUI/NON** | **Collaboration****OUI/NON** | **Si collaboration, avec quel(s) établissement(s) ?** |
| Consultations externes |  |  |  |
| Equipes mobiles |  |  |  |
| HAD-R |  |  |  |
| Autres |  |  |  |

**RENOUVELLEMENT DES ENGAGEMENTS PREVUS A L’ARTICLE L.6122-5 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE**

Le demandeur s’engage à :

* Maintenir les conditions d’implantation des activités de soins et les conditions techniques de fonctionnement ;
* Respecter les effectifs et la qualification des personnels prévus dans la demande ;
* Respecter le montant des dépenses d’assurance-maladie et le volume d’activité ;
* Mettre en œuvre une évaluation des autorisations.

Date Signature