



Demande d'autorisation :
Psychiatrie

Zone de santé :

Entité géographique :

Entité juridique :

Récapitulatif du dossier finalisé
Dossier Promoteur

Statut du dossier :
En cours de saisie

1. Informations générales du dossier

1.1. Informations de la structure

Etablissement

Raison sociale ET du site d'implantation de l'autorisation demandée :

Raison sociale EJ :

Appartient au GHT :

Adresse

Numéro et voie :

Code postal :

Commune :

Région / Département :

Téléphone :

1.2. Informations de contact

Représentant légal :

Auteur de la demande :

Promoteur Gestionnaire Attaché à un EJ (Promoteur Gestionnaire)

Adresse courriel de l'auteur de la demande :

Téléphone de l'auteur de la demande :

1.3. Choix de l'activité de soin ou équipement matériel lourd (EML)

ACTIVITÉ DE SOINS / EML :

Psychiatrie

Références juridiques :

- Décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie
- Décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie
- Arrêté du 28 septembre 2022 fixant les modes de prise en charge pouvant être déployés en dehors du site autorisé prévu à l'article R. 6123-174 du code de la santé
- <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.25.sante.pdf>, page 248

DEMANDES D'AUTORISATIONS :

1. Pas de modalité / Psychiatrie de l'adulte

1.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Structures de prise en charge sur le site autorisé & Structures de prise en charge déployées en dehors du site géographique et coordonnées

2. Pas de modalité / Psychiatrie de l'enfant et adolescent

2.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Structures de prise en charge sur le site autorisé & Structures de prise en charge déployées en dehors du site géographique et coordonnées

3. Pas de modalité / Psychiatrie périnatale

3.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Structures de prise en charge sur le site autorisé & Structures de prise en charge déployées en dehors du site géographique et coordonnées

4. Pas de modalité / Soins sans consentement

4.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Structures de prise en charge sur le site autorisé & Structures de prise en charge déployées en dehors du site géographique et coordonnées

Zone de santé concernée :

2. Constitution du dossier

2.1. Tronc commun

Justification de la demande

Descriptif du projet en lien avec l'activité de soins / EML demandé :

-

Liens de la demande avec les objectifs qualitatifs du schéma régional de santé (SRS) et quantitatifs de l'offre de soins (OQOS) :

-

Avis du Comité stratégique du groupement hospitalier de territoire (COSTRAT)

Dépôt du/des avis du COSTRAT :

-

Commentaire concernant l'avis du COSTRAT :

-

Convention(s) ou lettre(s) d'engagement concernant l'activité

Convention(s) :

-

Lettre(s) d'engagement :

-

Dossier financier

Documents du dossier financier :

-

Commentaire concernant le dossier financier :

-

Documents spécifiques à l'activité

Documents spécifiques à l'activité :

-

Formulaire PDF pour l'activité de soins / EML choisi

Formulaire PDF à compléter : Annexe 1

Activité : **Psychiatrie**

Documents spécifiques à l'activité

-
Documents spécifiques à l'activité :

-

Formulaire PDF pour l'activité de soins / EML choisi

Formulaire PDF à compléter : Annexe 1

2.2 Autorisation n°1 - Psychiatrie de l'adulte

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 2

Tableaux des effectifs

Date d'état des lieux des effectifs

-

Médecin responsable ou coordonnateur

-

Effectifs médicaux, pharmacie et physique médicale

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Diplôme(s)
Médecin : Psychiatrie					

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Diplôme(s)
Aucune donnée renseignée					

Effectifs paramédicaux

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aide-soignant (AS)				
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)				

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée				

Autres effectifs affectés à l'activité

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Assistant de service social, conseiller en économie sociale et familiale ou assistant socio-éducatif				
Psychologue				

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée				

Dépôt de pièces jointes propres à la modalité / mention

Environnement et locaux

-

Autres documents

-

Annexes

Annexe 1

Structures déployées sur le site autorisé

Structure(s)	Forme de prise en charge	Nombre	Nombre de lits/places	Commentaire
Aucune donnée renseignée				

Annexe 2

2A. Structures déployées en dehors du site autorisé - Etablissement avec n° FINESS ET

Raison sociale ET	Structure(s)	Forme de prise en charge	Nombre de lits /places	Adresse email	Adresse postale	Téléphone	Commentaire
Aucune donnée renseignée							

2B. Structures déployées en dehors du site autorisé - Etablissement sans n° FINESS ET

Raison sociale ET	Structure(s)	Forme de prise en charge	Nombre de lits /places	Adresse email	Adresse postale	Téléphone	Commentaire
Aucune donnée renseignée							

Mises en œuvre

Date prévisionnelle de mise en œuvre 1.1

Structures de prise en charge sur le site autorisé & Structures de prise en charge déployées en dehors du site géographique et coordonnées

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

2.3 Autorisation n°2 - Psychiatrie de l'enfant et adolescent

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 3

Tableaux des effectifs

Date d'état des lieux des effectifs

-

Médecin responsable ou coordonnateur

-

Effectifs médicaux, pharmacie et physique médicale

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Diplôme(s)
Pédopsychiatrie					

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Diplôme(s)
Aucune donnée renseignée					

Effectifs paramédicaux

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aide-soignant (AS)				
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)				

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée				

Autres effectifs affectés à l'activité

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Assistant de service social, conseiller en économie sociale et familiale ou assistant socio-éducatif				
Educateur de jeunes enfants				
Educateur spécialisé				
Psychologue				

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée				

Dépôt de pièces jointes propres à la modalité / mention

Environnement et locaux

-

Autres documents

-

Annexes

Annexe 1

Structures déployées sur le site autorisé

Structure(s)	Forme de prise en charge	Nombre	Nombre de lits/places	Commentaire
Aucune donnée renseignée				

Annexe 2

2A. Structures déployées en dehors du site autorisé - Etablissement avec n° FINESS ET

Raison sociale ET	Structure(s)	Forme de prise en charge	Nombre de lits /places	Adresse email	Adresse postale	Téléphone	Commentaire
Aucune donnée renseignée							

2B. Structures déployées en dehors du site autorisé - Etablissement sans n° FINESS ET

Raison sociale ET	Structure(s)	Forme de prise en charge	Nombre de lits /places	Adresse email	Adresse postale	Téléphone	Commentaire
Aucune donnée renseignée							

Mises en œuvre

Date prévisionnelle de mise en œuvre 2.1

Structures de prise en charge sur le site autorisé & Structures de prise en charge déployées en dehors du site géographique et coordonnées

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

2.4 Autorisation n°3 - Psychiatrie périnatale

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 4

Tableaux des effectifs

Date d'état des lieux des effectifs

Activité : **Psychiatrie**

Médecin responsable ou coordonnateur

Effectifs médicaux, pharmacie et physique médicale

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Diplôme(s)
Médecin : Psychiatrie					
Pédopsychiatrie					

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Diplôme(s)
Aucune donnée renseignée					

Effectifs paramédicaux

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aide-soignant (AS)				
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)				

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée				

Autres effectifs affectés à l'activité

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Assistant de service social, conseiller en économie sociale et familiale ou assistant socio-éducatif				
Psychologue				

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée				

Dépôt de pièces jointes propres à la modalité / mention

Environnement et locaux

-

Autres documents

-

Annexes

Annexe 1

Structures déployées sur le site autorisé

Structure(s)	Forme de prise en charge	Nombre	Nombre de lits/places	Commentaire
Aucune donnée renseignée				

Annexe 2

2A. Structures déployées en dehors du site autorisé - Etablissement avec n° FINESS ET

Raison sociale ET	Structure(s)	Forme de prise en charge	Nombre de lits /places	Adresse email	Adresse postale	Téléphone	Commentaire
Aucune donnée renseignée							

2B. Structures déployées en dehors du site autorisé - Etablissement sans n° FINESS ET

Raison sociale ET	Structure(s)	Forme de prise en charge	Nombre de lits /places	Adresse email	Adresse postale	Téléphone	Commentaire
Aucune donnée renseignée							

Mises en œuvre

Date prévisionnelle de mise en œuvre 3.1

Structures de prise en charge sur le site autorisé & Structures de prise en charge déployées en dehors du site géographique et coordonnées

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

2.5 Autorisation n°4 - Soins sans consentement

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 5

Tableaux des effectifs

Date d'état des lieux des effectifs

-

Activité : **Psychiatrie**

Médecin responsable ou coordonnateur

-

Effectifs médicaux, pharmacie et physique médicale

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Diplôme(s)
Médecin : Psychiatrie					

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Diplôme(s)
Aucune donnée renseignée					

Effectifs paramédicaux

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aide-soignant (AS)				
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)				

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée				

Autres effectifs affectés à l'activité

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Assistant de service social, conseiller en économie sociale et familiale ou assistant socio-éducatif				
Psychologue				

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée				

Dépôt de pièces jointes propres à la modalité / mention

Environnement et locaux

-

Autres documents

-

Annexes

Annexe 1

Structures déployées sur le site autorisé

Structure(s)	Forme de prise en charge	Nombre	Nombre de lits/places	Commentaire
Aucune donnée renseignée				

Annexe 2

2A. Structures déployées en dehors du site autorisé - Etablissement avec n° FINESS ET

Raison sociale ET	Structure(s)	Forme de prise en charge	Nombre de lits /places	Adresse email	Adresse postale	Téléphone	Commentaire
Aucune donnée renseignée							

2B. Structures déployées en dehors du site autorisé - Etablissement sans n° FINESS ET

Raison sociale ET	Structure(s)	Forme de prise en charge	Nombre de lits /places	Adresse email	Adresse postale	Téléphone	Commentaire
Aucune donnée renseignée							

Mises en œuvre

Date prévisionnelle de mise en œuvre 4.1

Structures de prise en charge sur le site autorisé & Structures de prise en charge déployées en dehors du site géographique et coordonnées

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

3. Engagements du demandeur

Je soussigné(e),
En qualité de

m'engage:

- à la réalisation et au maintien des conditions d'implémentation en application de l'article L.6123-1
- à la réalisation et au maintien des conditions techniques de fonctionnement en application de l'article L. 6124-1
- à respecter le maintien des autres caractéristiques du projet après l'autorisation ou le renouvellement de celle-ci

Activité : **Psychiatrie**

- à procéder à l'évaluation de l'activité de soins prévue à l'article L.6122-5 dans les conditions prévues à l'article R.6122-23, intégrant le cas échéant les indicateurs d'évaluation mentionnés à l'article R.6122-24
- au respect du volume de l'activité liée à la présente demande, et des dépenses à la charge de l'assurance maladie, en application de l'article L.6122-5

Fait à
le

Signature du représentant légal et cachet de l'établissement

Annexe 1

Demande initiale d'autorisation d'Activité de Psychiatrie
Formulaire relatif à l'activité

DEMANDE D'AUTORISATION Psychiatrie

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

Locaux et matériels

Description générale site par site (statut d'occupation, état des locaux, surface, ...)

Environnement

Etes-vous désigné pour assurer la mission de psychiatrie de secteur au titre de l'article L.3221-4 du CSP ?

Oui

Précisez les territoires desservis par chaque secteur :

Non

Précisez l'état d'avancement du conventionnement de partenariat avec l'établissement désigné pour assurer la mission de psychiatrie de secteur (FINESS et nom de l'établissement en question) :

Si par convention, merci de joindre la convention ou la lettre d'engagement à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Indiquez l'articulation avec le PTSM (Article R.6123-177) : citez les actions du PTSM concernées ou les actions inscrites au CTSM.

Précisez l'ancrage territorial de l'activité (partenariats ville-hôpital, coopérations avec ESMS,..)

Réalisez-vous des actes d'électro-convulsivothérapie (ECT) comme défini à l'article D. 6124-254 du CSP ?

Oui, sur site

Si oui sur site, assurez-vous l'accès à une anesthésie et à une surveillance post-interventionnelle dans les conditions définies aux article D.6124-91 à D.6124-103 ?

Et assurez-vous la réalisation de l'acte par un psychiatre justifiant d'une formation ou d'une expérience attestée dans la pratique d'acte ECT ?

Oui, par convention avec (FINESS et nom de l'établissement en question) :

Si par convention, merci de joindre la convention ou la lettre d'engagement à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Non

Permanence des soins

Comment assurez-vous des soins non programmés dans un délai adapté à l'état clinique du patient comme défini à l'article R.6123-178 du CSP :

Sur site

Décrivez l'organisation des soins non programmés, précisez les sites concernés.

Par convention avec (FINESS et nom de l'établissement en question) :

Si par convention, merci de joindre la convention ou la lettre d'engagement à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Comment assurez-vous les soins ambulatoires, programmés et non programmés :

Sur site

Décrivez l'organisation des soins ambulatoires.

Par convention avec (FINESS et nom de l'établissement en question) :

Si par convention, merci de joindre la convention ou la lettre d'engagement à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Comment organisez-vous le dispositif de prévention, d'accueil et de prise en charge de la crise comme défini à l'article R.6123-178 du CSP?

Sur site

Décrivez l'organisation de ce dispositif.

Par convention avec (FINESS et nom de l'établissement en question) :

Si par convention, merci de joindre la convention ou la lettre d'engagement à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

La présence d'un psychiatre est assurée comme défini à l'article D.6124-249 du CSP, précisez :

Sur site

En astreinte dans des délais d'intervention compatibles avec la sécurité des soins.

Décrivez l'organisation de la permanence médicale

Participez-vous à un réseau des urgences comme défini à l'article R.6123-179 du CSP:

Oui

Lequel (*FINESS et nom établissement porteur*) :

En êtes-vous membre ?

Oui

Non



Merci de joindre la convention constitutive du réseau à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)

**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Décrivez votre participation au réseau

Non – Par convention avec (FINESS et nom de l'établissement en question)

Merci de joindre la convention ou la lettre d'engagement à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Prise en charge des patients

1. Comment organisez-vous en interne l'accès aux soins somatiques, quel que soit le mode de prise en charge du patient ?

Sur site

Par convention

Si par convention, merci de joindre la convention à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Décrivez votre organisation pour l'accès aux soins somatiques

2. Comment organisez-vous l'accès à la prise en charge des comorbidités addictives comme défini à l'article R.6123-184 du CSP ?

Sur site

Par convention

Si par convention, merci de joindre la convention ou la lettre d'engagement à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Décrivez votre organisation pour la prise en charge des comorbidités addictives

3. Dans le cadre d'un parcours de soins personnalisé comme défini à l'article R.6123-181 du CSP, organisez-vous :

Des programmes ou des actions d'éducation thérapeutique aux patients et à son entourage ?

Oui

Non

Des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) ?

Oui

Non

4. Assurez-vous l'accès à des soins de réhabilitation psychosociale comme défini à l'article R.6123-182 du CSP ?

Oui

Décrivez l'organisation de ces soins

Non

5. Dans le cadre de l'appui aux professionnels de 1^{er} recours défini à l'article R.6123-185 du CSP, autres établissements de santé, ESSMS, assurez-vous :

Une mobilité des équipes ?

Décrivez les différentes équipes mobiles mises en œuvre.

Des activités de télésanté ?

Précisez les partenaires bénéficiaires et les profils de patients concernés par les actes de télésanté.

ASSURANCE QUALITE ET PERTINENCE DES SOINS

Comment assurez-vous le recueil et l'analyse des données issues des pratiques professionnelles dans une finalité d'amélioration des pratiques et de gestion des risques ?

Décrivez les outils et les dispositifs utilisés

Le cas échéant, merci de joindre la ou les procédures dans la zone dédiée aux autres documents (située dans les informations relatives à l'activité)



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Comment organisez-vous le plan de développement des compétences pluriannuelles des professionnels adapté aux publics pris en charge ?

Décrivez son organisation

Evaluation de l'activité

Décrivez les moyens et la méthodologie mises en place pour évaluer l'activité et la qualité des prises en charge, dont les modalités de participation des personnels médicaux et non médicaux intervenant dans la procédure d'évaluation, ainsi que la procédure et méthodes d'évaluation de la satisfaction des patients

Annexe 2

Demande initiale d'autorisation d'Activité de Psychiatrie
Formulaire relatif à la mention Psychiatrie de l'adulte

DEMANDE D'AUTORISATION Psychiatrie

Mention Psychiatrie de l'adulte

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

Formes de prise en charge

Formes de prise en charge		
	Sur le site objet de la demande	Par convention (préciser le FINESS EJ de l'établissement) *
Séjours à temps complet		FINESS EJ :
Séjours à temps partiel		FINESS EJ :
Soins ambulatoires		FINESS EJ :

**Si par convention, merci de joindre la convention ou la lettre d'engagement à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)*



Prise en charge des patients

Disposez-vous en interne de compétences :

- En psychiatrie de la personne âgée
 - Oui
 - Non. Compétences identifiées hors de l'établissement : *(FINESS et nom de l'établissement en question ou coordonnées des personnes compétentes)*

- En gériatrie
 - Oui
 - Non. Compétences identifiées hors de l'établissement : *(FINESS et nom de l'établissement en question ou coordonnées des personnes compétentes)*

- En neurologie
 - Oui
 - Non. Compétences identifiées hors de l'établissement : *(FINESS et nom de l'établissement en question ou coordonnées des personnes compétentes)*

Parcours des adolescents/ jeunes adultes

➤ *Description de l'organisation de la transition d'une prise en charge en « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » à une prise en charge en « psychiatrie de l'adulte »*

➤ *Disposez-vous d'une unité mixte adolescents/ jeunes adultes ?*

Oui

Si oui, décrivez l'organisation de cette unité :

Non

Disposez-vous de la mention « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » ?

Oui

Non

Si non, merci de joindre la convention avec un titulaire de la mention "psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent" à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)



A déposer dans le
SI-Autorisations

Merci de joindre le protocole général définissant les modalités d'organisation de la transition dans la zone dédiée aux autres documents (située dans les informations relatives à l'activité)



A déposer dans le
SI-Autorisations

Locaux

1. Disposez-vous d'unités d'hospitalisation complète dédiées ?

Oui

Préciser combien :

Non

Unités d'hospitalisation		
Locaux	Nombre	Accessible sur un autre site
Chambres	Individuelles	
	A deux lits	
	A plus de 2 lits	
Chariot d'urgence		
Salle dédiée à la rééducation et à l'activité physique		Oui Non
Espace de convivialité		
Espace permettant les prises en charges collectives		Oui Non
Espace d'accueil de l'entourage		
Espace extérieur sur site		

2. Disposez-vous de locaux dédiés à l'hospitalisation à temps partiel ?

Oui

Non

Annexe 3

Demande initiale d'autorisation d'Activité de Psychiatrie
Formulaire relatif à la mention Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

DEMANDE D'AUTORISATION Psychiatrie

Mention Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

Formes de prise en charge

Formes de prise en charge		
	Sur le site objet de la demande	Par convention (préciser le FINESS EJ de l'établissement) *
Séjours à temps complet		FINESS EJ :
Séjours à temps partiel		FINESS EJ :
Soins ambulatoires		FINESS EJ :



A déposer dans le
SI-Autorisations

**Si par convention, merci de joindre la convention ou la lettre d'engagement à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)*

Prise en charge des patients

Disposez-vous de compétences en pédiatrie :

Oui

Non. Compétences identifiées hors de l'établissement : *(FINESS et nom de l'établissement en question ou coordonnées des personnes compétentes)*

Tranches d'âges des patients pris en charge :

Parcours des adolescents/ jeunes adultes

➤ Description de l'organisation de la transition d'une prise en charge en « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » à une prise en charge en « psychiatrie de l'adulte »

- *Disposez-vous d'une unité mixte adolescents/ jeunes adultes
 Oui. Si oui, description de l'organisation de cette unité :*

Non

- *Disposez-vous de la mention "psychiatrie de l'adulte" ?*

Oui

Non

Si non, merci de joindre la convention avec un titulaire de la mention « psychiatrie de l'adulte » à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)



A déposer dans le
SI-Autorisations

Merci de joindre le protocole général définissant les modalités d'organisation de la transition dans la zone dédiée aux autres documents (située dans les informations relatives à l'activité)



A déposer dans le
SI-Autorisations

Locaux

1. Disposez-vous d'unités d'hospitalisation complète dédiées ?

Oui

Préciser combien :

Non

Unités d'hospitalisation			
Locaux		Nombre	Accessible sur un autre site
Chambres	Individuelles		
	A deux lits		
	A plus de 2 lits		
Chariot d'urgence			
Salle dédiée à la rééducation et à l'activité physique			Oui Non
Espace de convivialité			
Espace permettant les prises en charges collectives			Oui Non
Espace d'accueil de l'entourage			
Espace extérieur sur site			

2. Disposez-vous de locaux dédiés à l'hospitalisation à temps partiel ?

Oui

Non

Annexe 4

Demande initiale d'autorisation d'Activité de Psychiatrie
Formulaire relatif à la mention Psychiatrie périnatale

DEMANDE D'AUTORISATION

Psychiatrie

Mention Psychiatrie périnatale

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

Formes de prise en charge

Formes de prise en charge		
	Sur le site objet de la demande	Par convention (préciser le FINESS EJ de l'établissement) *
Séjours à temps complet		FINESS EJ :
Séjours à temps partiel		FINESS EJ :
Soins ambulatoires		FINESS EJ :

**Si par convention, merci de joindre la convention ou la lettre d'engagement à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)*



Autorisation

Autorisation	Mention Psychiatrie de l'adulte		Mention Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	
	Oui	Non	Oui	Non
Convention	N°FINESS :			

**Si par convention, merci de joindre la convention à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)*



Locaux

Disposez-vous d'unités d'hospitalisation complète dédiées ?

Oui

Si oui, préciser combien :

Non

Disposez-vous d'un dispositif de sécurisation des locaux ?

Oui

Décrivez-le.

Non

Unités d'hospitalisation			
Locaux		Nombre	Accessible sur un autre site
Chambres	Individuelles permettant l'accueil d'au moins un parent		
	Individuelles permettant l'accueil du ou des nourrissons		
	Collectives permettant l'accueil des bébés sans leur parent		
Un local dédié aux soins et activités de puériculture			
Chariot d'urgence			
Salle dédiée à la rééducation et à l'activité physique			Oui Non
Espace de convivialité			
Espace permettant les prises en charges collectives			Oui Non
Espace d'accueil de l'entourage			
Espace extérieur sur site			

Annexe 5

Demande initiale d'autorisation d'Activité de Psychiatrie
Formulaire relatif à la mention Soins sans consentement

DEMANDE D'AUTORISATION Psychiatrie

Mention Soins sans consentement

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

Formes de prise en charge

Formes de prise en charge		
	Sur le site objet de la demande	Par convention (préciser le FINESS EJ de l'établissement) *
Séjours à temps complet		FINESS EJ : _____
Séjours à temps partiel		FINESS EJ : _____
Soins ambulatoires		FINESS EJ : _____

**Si par convention, merci de joindre la convention ou la lettre d'engagement à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)*



A déposer dans le
SI-Autorisations

Autorisation

Autorisation	Mention Psychiatrie de l'adulte		Mention Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	
	Oui	Non	Oui	Non
Convention			N°FINESS EJ :	

**Si par convention, merci de joindre la convention ou la lettre d'engagement à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)*



A déposer dans le
SI-Autorisations

Parcours des adolescents/ jeunes adultes

➤ Si vous ne disposez pas de la mention « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », description de l'organisation de la prise en charge à titre exceptionnel d'un adolescent de plus de 16 ans

Locaux

Disposez-vous d'unités d'hospitalisation complète dédiées ?

Oui

Préciser combien :

Non

L'aménagement des locaux permet-elle la libre circulation des patients entre les différents lieux de soins de l'unité ?

Oui

Non

Unités d'hospitalisation			
Locaux		Nombre	Accessible sur un autre site
Chambres	Individuelles		
	A deux lits		
	A plus de 2 lits		
Salle(s) d'apaisement			
Chambres d'isolement individuelles			
Chariot d'urgence			
Salle dédiée à la rééducation et à l'activité physique			Oui Non
Espace de convivialité			
Espace permettant les prises en charges collectives			Oui Non
Espace d'accueil de l'entourage			
Espace extérieur sécurisé			