

**DOSSIER D’EVALUATION**

Autorisation d’activité de

Soins de Longue Durée

Les dossiers d’évaluation sont adressés en **2 exemplaires** par lettre recommandée avec accusé de réception à la Délégation Territoriale du département dans laquelle l’activité de soins est exercée. Une version dématérialisée est également transmise, soit sur le support idoine (clé USB…), soit par envoi mail à la Délégation territoriale compétente.

***Le renouvellement de l’autorisation porte sur l’ensemble des unités de soins de longue durée de l’établissement et l’ensemble des implantations géographiques***



Nom de l’établissement

**Rappels réglementaires :**

**Article L. 6122-10 du code de la santé publique**

Le renouvellement de l’autorisation est subordonné au respect des conditions prévues à l’article
L. 6122-2 et L. 6122-5 et aux résultats de l’évaluation appréciés selon les modalités arrêtées par le ministre chargé de la santé.

Il peut également être subordonné aux conditions mentionnées au deuxième alinéa de [l'article L. 6122-7](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle%09%09%09%09%09%09%09%09.do;jsessionid=579700AD70D6D5DD91DE9580041C7C38.tpdjo07v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690821&dateTexte=&categorieLien=cid)

« Le titulaire de l’autorisation adresse les résultats de l’évaluation à l’agence régionale de santé au plus tard quatorze mois avant l’échéance de l’autorisation.

Au vu de ce document et de la compatibilité de l’autorisation avec le schéma régional ou interrégional de santé, l’agence régionale de santé peut enjoindre au titulaire de déposer un dossier de renouvellement dans les conditions fixées à l’article L. 6122-9.

A défaut d’injonction un an avant l’échéance de l’autorisation, et par dérogation aux dispositions de l’article L. 6122-9, celle-ci est tacitement renouvelée. L’avis de la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l’autonomie compétente pour le secteur sanitaire n’est alors pas requis. »

**Article R. 6122-23 du code de la santé publique**

Le titulaire de l'autorisation procède, dans les conditions prévues par la présente section, à l'évaluation mentionnée à [l'article L. 6122-5](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690818&dateTexte=&categorieLien=cid).

Cette évaluation a pour objet de vérifier que la mise en œuvre de l'autorisation a permis :

* la réalisation des objectifs du schéma régional ou interrégional de santé ;
* la réalisation des objectifs et des engagements pris dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à [l'article L. 6114-1](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690721&dateTexte=&categorieLien=cid)pour cette activité de soins ou cet équipement matériel lourd ;
* le cas échéant, le respect des conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique en application de [l'article L. 6122-7](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690821&dateTexte=&categorieLien=cid) ou le respect des engagements mentionnés au même article.

Cette évaluation porte sur une période qui ne peut être inférieure à cinq ans. Toutefois, lorsqu'il s'agit du premier renouvellement d'autorisation, l'évaluation porte sur une période qui ne peut être inférieure à quarante mois

**Précisions (arrêté du 12 mai 2006) :**

Le fonctionnement des USLD est précisé par un arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation des coupes PATHOS dans les USLD en vue de la partition EHPAD/USLD.

Une USLD accueille et prend en « charge des personnes présentant une pathologie chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d’épisodes répétés de décompensation et pouvant aggraver une perte d’autonomie ». Ces situations « requièrent un suivi médical rapproché des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l’accès à un plateau technique ». Le rapport IGAS stipule que la durée moyenne de séjour en USLD est de 18 mois.

Elle participe à la filière gériatrique et assure la prise en charge de patients, soit en post hospitalisation (courts séjour, SSR), soit directement du domicile ou d’un EHPAD.

Une USLD a une capacité d’environ 30 lits, une permanence infirmière et soignante est assurée en continue, une permanence médicale est organisée sous forme de garde ou d’astreinte.

Table des matières

1. Description de la demande4

1.1. Présentation du demandeur4

1.2. Présentation de l’autorisation5

2. Présentation de l’unité 5

2.1. Prises en charge spécifiques 5

2.2. Environnement de l’USLD 6

3. Indicateurs d’activités6

3.1. Indicateurs quantitatifs6

3.2. Autres Indicateurs 6

3.3. Tranches d’âge7

4. Conditions techniques de fonctionnement 7

4.1. Locaux de prise en charge 7

4.2. Effectifs affectés à l’USLD 8

4.3. Fonctionnement de l’USLD 9

4.4. Ressources humaines9

4.5. Inscription dans une filière de prise en charge10

4.6. Qualité de la prise en charge11

**5. Réalisation des objectifs et des engagements dans la convention tripartite11**

5.1. Rappels des objectifs 11

5.2. Etats de réalisation des objectifs11

5.3. Réalisation des conditions particulières dont peut être assortie l’autorisation en application de l’article L 6122-7 11

**6. Engagements du promoteur (prévus à l’article L 6122-5)** **11**

1. **Description de la demande**
	1. **Présentation du demandeur**

|  |  |
| --- | --- |
| DemandeurRaison sociale du demandeur |  |
| Numéro Finess juridique |  |
| Statut du demandeur |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Lieu d’implantationRaison sociale de l’établissement |  |
| Numéro Finess géographique |  |
|  Zone d’implantation |  |

* 1. **Présentation de l’autorisation**

Renouvellement d’autorisation d’une activité de soins ou renouvellement autorisation d’un EML (hors remplacement de l’équipement qui nécessite un dossier CSOS)

Nature de l’autorisation détenue :

* Activité de soins (Article R6122-25) : **Activité de soins de longue durée**
* Modalités particulières (UHR) :
* Forme(s) d’exercice :

|  |  |
| --- | --- |
| Rappels sur l’autorisation détenue : Date de décision (délibération ARH ou décision ARS) |  |
| Date d’effet de l’autorisation |  |
| Date d’échéance de l’autorisation |  |
| Date de la dernière visite de conformité  |  |
| Date du dernier PMP et date de validation |  |
| Date du dernier GMP et date de validation |  |
| Capacité autorisée |  |
| Capacité installée |  |

Date de la dernière certification HAS :

Résultat de la certification :

1. **Présentation de l’unité**
	1. **Prises en charge spécifiques**

Prise en charge des patients Alzheimer et maladies apparentées :

* Existence d’une unité individualisée au sein de l’USLD [ ]  Oui [ ]  Non
* Date d’ouverture :

Nombre de lits installés :

Si OUI : Existence d’une unité d’hébergement renforcé  (UHR) : [ ]  [ ]  Oui [ ]  Non

* Date d’ouverture :
* Nombre de lits installés :
* Existence d’une unité de vie protégée (UVP) : [ ]  Oui [ ]  Non
* Date d’ouverture :
* Nombre de lits :

Prises en charge psycho-gériatriques :

* Existence d’une unité individualisée au sein de l’USLD : [ ]  Oui [ ]  Non

 Date d’ouverture :

 Nombre de lits installés :

Patients de moins de 60 ans :

* Nombre de patients :
* Existence d’une unité individualisée au sein de l’USLD : [ ]  Oui [ ]  Non

 Date d’ouverture :

 Nombre de lits installés :

* 1. **Environnement de l’USLD**

Présence sur le site géographique de l’USLD :

* d’un court séjour gériatrique : [ ]  Oui [ ]  Non
* d’un ou plusieurs SSR gériatrique(s) : [ ]  Oui [ ]  Non
* d’un EHPAD : [ ]  Oui [ ]  Non
* d’une unité Alzheimer au sein de l’EHPAD : [ ]  Oui [ ]  Non
1. **Indicateurs d’activité**
	1. **Indicateurs quantitatifs**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| U S L D | N-2 | N-1 | A la date du dossier |
| Nombre d’entrées |  |  |  |
| File active |  |  |  |
| Durée moyenne de séjour |  |  |  |

* 1. **Autres indicateurs**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mode d’entrées | N-2 | N-1 |
| Domicile  |  |  |
| Court séjour |  |  |
| Soins de suite |  |  |
| EHPAD |  |  |
| Autre USLD |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mode de sorties (en nombre et en %) | N-2  | N-1  | A la date du dossier |
| Retour au domicile  |  |  |  |
| Transfert ou mutation en structure médico-sociale (EHPAD …) |  |  |  |
| Transfert vers une autre USLD |  |  |  |
| Décès |  |  |  |
| Nombre d’hospitalisation  | N-2  | N-1  | A la date du dossier |
| En urgence |  |  |  |
| Pour bilan |  |  |  |
| Nombre de Refus d’admission | N-2  | N-1  | A la date du dossier |
| Demande d’admission inadaptée |  |  |  |
| Troubles du comportement |  |  |  |
| Manque de lits |  |  |  |
| Autre |  |  |  |

* 1. **Tranches d’âge**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | N-2  | N-1  | A la date du dossier |
| Moins de 60 ans  |  |  |  |
| De 60 à 74 ans |  |  |  |
| De 75 à 80 ans |  |  |  |
| De 81 à 85 ans |  |  |  |
| De 86 ans et plus |  |  |  |

1. **Conditions techniques de fonctionnement**
	1. **Locaux de prise en charge**

Les espaces de circulation sont tous équipés de main courante : [ ]  Oui [ ]  Non

Nombre de chambres à :

1 lit :

* 2 lits :
* Plus de 2 lits :

Equipements :

* Nombre de chambres disposant d’un cabinet de toilette avec WC :

dont : individuel :

 commun à deux chambres contiguës :

* Nombre de chambres disposant d’une douche avec siphon de sol et accessibles aux personnes en fauteuil roulant

dont : individuelle :

 commune à deux chambres contiguës :

Les chambres sont toutes équipées:

* de fluides médicaux (oxygène et vide) : [ ]  Oui [ ]  Non
* de lits à hauteur variable : [ ]  Oui [ ]  Non
* de systèmes de transferts : [ ]  Oui [ ]  Non

Il existe :

* Un lieu de réception des familles : [ ]  Oui [ ]  Non
* Des lieux de convivialité (salon, salle à manger…) : [ ]  Oui [ ]  Non
* Des espaces extérieurs accessibles aux résidents : [ ]  Oui [ ]  Non
* Une salle de soins propre à l’unité [ ]  Oui [ ]  Non
	1. **Effectifs affectés à l’USLD**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Qualité** | **Nombre dans l’établissement** | **ETP affectés à l’USLD** | **Préciser si exercice libéral** |
| Médecin gériatre |  |  |  |
| Médecin généraliste \* |  |  |  |
| Médecins autres disciplines \* |  |  |  |
| Infirmière  |  |  |  |
| Aide-soignante  |  |  |  |
| Kinésithérapeute \* |  |  |  |
| Aide médico-psychologique |  |  |  |
| Ergothérapeute \* |  |  |  |
| Orthophoniste \* |  |  |  |
| Psychologue : \*pour les résidents 🞏oui 🞏 nonpour les aidants🞏oui 🞏 nonpour les équipes 🞏oui 🞏 non |  |  |  |
| Psychomotricien \* |  |  |  |
| Diététicien \* |  |  |  |
| Podologue \* |  |  |  |
| Animateur |  |  |  |
| Autres (préciser) :Assistante sociale….. |  |  |  |

*\*\**

*\* Préciser si exercice en libéral*

* 1. **Fonctionnement de l’USLD**

Organisation de la présence soignante

* Présence infirmière 24H/24H, dédiée à l’USLD : [ ]  Oui [ ]  Non
* Si NON : précisez l’organisation :
* Présence d’aide-soignante 24H/24H, dédiée à l’USLD : [ ]  Oui [ ]  Non
* Si NON : précisez l’organisation :
* Planning cible :

|  |
| --- |
| **Planning cible de présence des personnels non médicaux de l'USLD**  |
|   | Semaine  | Week-end et jours fériés |
| Matin | Après-midi  | Nuit(\*)  | Matin | Après-midi  | Nuit(\*)  |
| IDE |   |   |   |   |   |   |
| AS |   |   |   |   |   |   |
|  | *(\*): préciser si personnel partagé avec un autre service; si oui lequel*  |

Organisation de la couverture médicale :

* Organisation de la présence médicale : à décrire
* Organisation de la continuité et permanence médicale : à décrire
	1. **Ressources humaines**

Avez-vous organisé des formations du personnel soignant de l’USLD ? [ ]  Oui [ ]  Non

Préciser les dates

Si oui, combien de personnes ont été formées parmi le personnel soignant actuel :

* à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie d’Alzheimer et apparentés :
* aux techniques de soins et de communication adaptés aux patients atteints de la maladie d’Alzheimer et apparentés :
* à la prise en charge en fin de vie :

Des formations du personnel soignant sont-elles prévues en 2020 ? [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, lesquelles ?

La coordination est-elle assurée par un médecin formé en gériatrie : [ ]  Oui [ ]  Non

* 1. **Inscription dans une filière de prise en charge**

Disposez-vous de conventions pour articuler la prise en charge avec d’autres structures de soins ou médico-sociales disposant de :

|  |  |
| --- | --- |
| Type d’activité | Citer la ou les structures signataires d’une convention |
| court séjour : [ ]  Oui [ ]  Non |  |
| SSR hors UCC [ ]  Oui [ ]  Non |  |
| EHPAD :  [ ]  Oui [ ]  Non |  |
| Structure des urgences [ ]  Oui [ ]  Non |  |
| Unité cognitivo-comportementale : [ ]  Oui [ ]  Non |  |

Disposez-vous en propre, ou par convention avec un établissement de référence :

|  |  |
| --- | --- |
|  | Si l’accès se fait par convention, préciser l’établissement ou la structure : |
|  Consultations spécialisées : Sur site [ ]  Par convention [ ]  |  |
| Consultations de psychiatrie : Sur site [ ]  Par convention [ ]  |  |
| Accès aux électrocardiographies : Sur site [ ]  Par convention [ ]  |  |
| Accès aux radiographies standards sans préparation : Sur site [ ]  Par convention [ ]  |  |
| Accès à des examens de biologie standard : Sur site [ ]  Par convention [ ]  |  |
| Accès à d’autres types d’explorations fonctionnelles :Sur site [ ]  Par convention [ ]  |  |
| Accès aux soins dentaires : Sur site [ ]  Par convention [ ]  |  |
| Equipe mobile de soins palliatifs : Sur site [ ]  Par convention [ ]  |  |
| Réseau de soins palliatifs : Oui [ ]  Non [ ]  |  |

* 1. **Qualité de la prise en charge**

 Projet de soins et de vie individualisé :

Chaque patient bénéficie d’un projet de soins individualisé : [ ]  Oui [ ]  Non

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

Projet de soins et de vie élaboré en équipe pluridisciplinaire : [ ]  Oui [ ]  Non

Est-il réactualisé ? Si oui, à quelle fréquence :

Le résident bénéficie-t-il à l’admission :

* D’un entretien d’accueil : [ ]  Oui [ ]  Non
* D’une évaluation gérontologique : [ ]  Oui [ ]  Non

Qualité des soins

Avez-vous une procédure de traitement des évènements indésirables ? [ ]  Oui [ ]  Non

Avez-vous une charte de non sanction ou charte de confiance pour les personnels en cas de signalement des évènements indésirables ? [ ]  Oui [ ]  Non

Avez-vous une procédure de gestion des urgences ? [ ]  Oui [ ]  Non

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Année | N - 2 | N - 1 | A la date du dossier |
| Nombre d’EIG |  |  |  |
| Nombre de réclamations |  |  |  |

1. **Réalisation des objectifs et des engagements dans la convention tripartite**
	1. **Rappels des objectifs**
	2. **Etats de réalisation des objectifs**
	3. **Réalisation des conditions particulières dont peut être assortie l’autorisation en application de l’article L. 6122-7**

**6. Engagements du promoteur (renouvellement des engagements prévus à l’article L. 6122-5 du CSP)**

|  |
| --- |
| Je soussigné : M’engage à poursuivre l’évaluation telle que prévue par le code de la santé publique et le présent dossier et * A respecter un volume d’activité ou de dépenses à la charge de l’assurance maladie ;
* A ne pas modifier les caractéristiques de l’activité autorisée sous ses différentes modalités ;
* A respecter les effectifs et la qualification des personnels, notamment médicaux, nécessaires à la mise en œuvre de l’activité autorisée sous ses différentes modalités ;
* A réaliser l’évaluation prévue par l’article L. 6122-5 du code de la santé publique
* A respecter les qualifications des personnels et notamment des personnels médicaux

Date et signature du demandeur  |

**ANNEXES A JOINDRE AU DOSSIER :**

* Plannings de présence (avec légende) de jour et de nuit des infirmières des 3 derniers mois
* Plannings de présence (avec légende) de jour et de nuit des aides-soignantes des 3 derniers mois
* Liste nominative des praticiens intervenant dans l’USLD avec les qualifications
* Planning de garde ou astreinte médicale des 3 derniers mois
* Plan de formation des personnels pour les années N - 1 et par catégorie de personne