

DOSSIER promoteur

demande d'autorisation

d’activité de soins de de suite et de réadaptation

pour des places en hospitalisation à temps partiel de jour

À destination de la prise en charge ambulatoire des patients atteints d’obésité de classe III

**NOM de l’établissement** : ……………………………………………………………………..

**Date du dépôt :** ………/………/ ………..

(fenêtre du dépôt : du 1er au 31 mai 2022 inclus)

*Ce dossier type est une trame type proposée par l’Agence de régulation de l’action sanitaire et sociale et n’est pas opposable. Il est toutefois recommandé aux promoteurs de l’utiliser comme support en vue de faciliter la formalisation de la demande et son instruction.*

*Il est de la responsabilité du promoteur de s’assurer que son dossier est bien complet et conforme à l’arrêté n° 1453 CM du 18 septembre 2020 fixant la procédure d’autorisation en application de la loi du pays n°2020-4 du 16 janvier 2020 relative à l’organisation sanitaire de la Polynésie française.*

🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜

**TABLE des MATIERES**

[Dossier 4](#_Toc74838394)

[a) Modalités de dépôt des dossiers : …4](#_Toc74838395)

[b) Traitement des données : 5](#_Toc74838396)

[Cadre règlementaire 6](#_Toc74838397)

[Préambule 7](#_Toc74838398)

[1 PRESENTATION DE LA DEMANDE 8](#_Toc74838399)

[2 PRESENTATION DE LA STRUCTURE 9](#_Toc74838400)

[2.1 Désignation et implantation de la structure 9](#_Toc74838401)

[2.2 Forme d'exploitation 9](#_Toc74838402)

[2.3 Autorisations détenues par la structure 9](#_Toc74838403)

[2.4 Autorisations détenues par la structure, mention SSR 10](#_Toc74838404)

[2.5 Description de l’activité mention SSR durant l’année N-1 de la demande 10](#_Toc74838405)

[2.6 Filières de soins 11](#_Toc74838406)

[2.7 Réseaux de santé 11](#_Toc74838407)

[2.8 Autres conventions et partenariats 12](#_Toc74838408)

[2.9 Transport des patients 12](#_Toc74838409)

[2.10 Accessibilité, sécurité des personnes, vigilances sanitaires et situations exceptionnelles 13](#_Toc74838410)

[3 PRESENTATION DU PROJET 14](#_Toc74838411)

[3.1 Présentation générale 14](#_Toc74838412)

[3.2 Argumentation 14](#_Toc74838413)

[3.3 Objectifs 14](#_Toc74838414)

[3.4 Délai de réalisation 15](#_Toc74838415)

[3.5 Montée en charge 15](#_Toc74838416)

[3.6 Filières 15](#_Toc74838417)

[3.7 Réseaux 16](#_Toc74838418)

[3.8 Autres conventions et partenariats 16](#_Toc74838419)

[3.9 Transport des patients 17](#_Toc74838420)

[3.10 Tableau récapitulatif « avant - après » 17](#_Toc74838421)

[4 PROJET MEDICAL 18](#_Toc74838422)

[4.1 Méthodologie d’élaboration du projet médical 18](#_Toc74838423)

[4.2 Patients 18](#_Toc74838424)

[4.3 Description de la prise en charge proposée 18](#_Toc74838425)

[4.4 Continuité et permanence des soins 19](#_Toc74838426)

[4.5 Positionnement du projet dans l’offre existante 19](#_Toc74838427)

[5 DOSSIER TECHNIQUE et ADMINISTRATIF 20](#_Toc74838428)

[5.1 Locaux 20](#_Toc74838429)

[5.2 Equipement 21](#_Toc74838430)

[5.3 Personnel 21](#_Toc74838431)

[6 DOSSIER FINANCIER 22](#_Toc74838432)

[6.1 Devis estimatif du coût global de l'opération 22](#_Toc74838433)

[6.2 Si investissement nécessaire 22](#_Toc74838434)

[6.3 Pour les établissements d'hospitalisation sous dotation globale de financement ou délivrant des prestations tarifées : 23](#_Toc74838435)

[6.4 Pour les autres établissements hospitaliers privés, estimation des coûts prévisionnels et des recettes : 23](#_Toc74838436)

[7 EVALUATION 24](#_Toc74838437)

[8 ENGAGEMENTS DU DEMANDEUR 25](#_Toc74838438)

[9 LISTE DES DOCUMENTS JOINTS 26](#_Toc74838439)

# Dossier

Les demandes d'autorisation d’activité de soins sont adressées au directeur de l’Agence de régulation de l’action sanitaire et sociale (ARASS)

Il est conseillé aux demandeurs de déposer leur dossier **complet** le plus rapidement possible après l’ouverture de la fenêtre.

Pour les demandes jugées complètes et recevables, la décision est notifiée au demandeur.

## Modalités de dépôt des dossiers :

Les dossiers de demande d’autorisation ou de renouvellement sont transmis au directeur de l’ARASS **obligatoirement en** **deux (2) exemplaires :**

* **un exemplaire en version papier** adressé :
* soit par lettre recommandée avec accusé réception ;
* soit par remise en main propre à l’ARASS ;
* **ET un exemplaire en version dématérialisée** :
* soit sur clé USB remis avec le dossier papier ;
* soit envoyé par internet, à l’adresse électronique suivante : secretariat@arass.gov.pf;
* soit déposé sur un site internet sécurisé (WeTransfer…).

**Monsieur le Directeur de l’Agence de régulation de l’action sanitaire et sociale**

B.P. 2551

98713 Papeete, TAHITI

63, rue du Commandant Destremau, Immeuble LO, face au Temple Protestant de Paofai  
Tél. : 40 48 82 35 - Fax. : 40 48 82 43 - secretariat@arass.gov.pf

## Traitement des données :

**Fiche d’information à communiquer à l’ensemble des personnels nominativement cités dans le dossier et faisant l’objet d’un traitement de données par l’ARASS.**

|  |
| --- |
| **Informations relatives aux données à caractère personnel**  *Pour permettre l’examen et le suivi des demandes d’autorisation d’activité, l’ARASS procède à un traitement de données personnelles sur le fondement de l’article 6.1. e) du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (Règlement général sur la protection des données, ou RGPD).*  *Les données sont conservées par les services de l’ARASS tout au long de l’existence juridique de la structure titulaire de l’autorisation évaluée, et ne peuvent être communiquées qu’à des destinataires internes à l’ARASS.*  *Conformément aux dispositions de l’article 56 de la loi n° 78-du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi informatique et libertés), vous disposez d’un droit d’accès, de rectification, d’effacement et de portabilité des données vous concernant. Vous pouvez également demander, sous certaines conditions, la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez exercer ces droits, en vous adressant à l’ARASS (cf. coordonnées ci-dessus).*  *Vous disposez également d’un droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL,* [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)*, si vous considérez que le traitement de données à caractère personnel vous concernant constitue une violation de la loi informatique et libertés*.  *Ces dispositions sont également applicables aux professionnels médicaux et paramédicaux dont des données à caractère personnel sont requises dans la partie « dossier des personnels » du présent document.*  *Pour toute question relative à l’utilisation de vos données, vous pouvez contacter la Déléguée à la Protection des Données (DPD).*  **Déléguée à la Protection des Données (DPD)**  DPO  Service de l’informatique  BP 4574, 98713 Papeete, Tahiti  Courriel : [dpo@informatique.gov.pf](mailto:dpo@informatique.gov.pf) |

# Cadre règlementaire

* Schéma d’organisation sanitaire 2016-2021 adopté par la délibération n° 2016-12 AFP du 16 février 2016 ;
* Loi du pays n° 2020-4 du 16 janvier 2020 relative à l’organisation sanitaire de la Polynésie française
* Arrêté n° 1452/CM du 18 septembre 2020 relatif à la carte sanitaire
* Arrêté n° 1453/CM du 18 septembre 2020 fixant la procédure d’autorisation en application de la loi du pays n°2020-4 du 16 janvier 2020 relative à l’organisation sanitaire de la Polynésie française
* Arrêté n° 548/CM du 24 mars 2004 modifié relatif aux critères de qualité et conditions d’organisation, de fonctionnement ainsi que d’évaluation des réseaux de santé
* Arrêté n° 404/CM du 24 mars 2022 relatif au bilan de la carte sanitaire portant sur l’activité de soins de suite et de réadaptation et ouvrant une période de dépôt des demandes d’autorisation la concernant.

# Préambule

L’activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique.

La prévalence du surpoids et de l’obésité sont très élevées en Polynésie française.

Le surpoids et de l’obésité sont définies comme des priorités de santé publique dans les orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé (axe 3.2) et le schéma d’organisation Sanitaire 2016-2021 (axe 4.1).

La chirurgie de l’obésité n’a de bons résultats que s’il elle est accompagnée en amont et en aval d’une prise en charge multidisciplinaire.

Cette prise en charge multidisciplinaire est optimale lorsqu’elle est réalisée en ambulatoire par des services de SSR spécialement dédiés.

Il n’existe actuellement aucune de ces structures de Polynésie française dédiées spécifiquement à la prise en charge de l’obésité.

Par conséquent, en application de l’article LP 18 de la loi du pays n° 2020-4 du 16 janvier 2020 et sans préjudice des autres dispositions de cette même loi du pays, les demandes d’autorisation concernant les 10 places d’hospitalisation ouvertes doivent, conformément à l’arrêté **404**/CM du **24 mars 2022** relatif au bilan de la carte sanitaire portant sur **l’activité de soins** de suite et de réadaptation et ouvrant une période de dépôt des demandes d’autorisation l**a** concernant, **obligatoirement** répondre à **l’ensemble des prescriptions et conditions** spécifiques suivantes :

- avoir pour objet l’exercice d’une activité de soins de suite et de réadaptation ;

- proposer un mode de prise en charge **exclusivement** en hospitalisation à temps partiel de jour ;

- être destinées **exclusivement** à la prise en charge des patients atteints d’obésité de classe III selon les seuils de l’Indice de Masse Corporelle de la classification des corpulences de l’Organisation Mondiale de la Santé (soit un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 40 Kg/m2) ;

- proposer un partenariat garantissant la qualité de la prise en charge.

Les renseignements à produire selon l’arrêté n° 1453/CM du 18 septembre 2020 fixant la procédure d’autorisation en application de la loi du pays n°2020-4 du 16 janvier 2020 relative à l’organisation sanitaire de la Polynésie française, sont mentionnés en rouge dans le formulaire ci-après.

Cependant, le promoteur est invité à remplir la totalité de ce formulaire.

# PRESENTATION DE LA DEMANDE

|  |  |
| --- | --- |
| Objet de la demande | places d’hospitalisation à temps partiel de jour en soins de suite et de réadaptation dédiées à la prise en charge ambulatoire des patients atteints d’obésité de classe III (obésité morbide, IMC ≥ 40 kg/m2) |
| Nombre de places sollicitées |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Auteur de la demande 1 |  |
| Statut juridique du demandeur | □ personne physique □ personne morale |
| Nom ou raison sociale |  |
| Adresse géographique et postale  *(du siège social s’il s’agit d’une personne morale)* |  |
| N° TAHITI |  |
| Nom et coordonnées du représentant légal de la personne morale, auteure de la demande[[1]](#footnote-1) |  |
| Nom, fonction et coordonnées de la personne référente du projet  *(si différente du représentant légal)* |  |

1 :*L’auteur de la demande est la personne physique ou morale, constituée ou en cours de constitution qui demande l’autorisation pour son compte,* *qui assume ou assumera la responsabilité de l’exploitation de l’établissement.*

# PRESENTATION DE LA STRUCTURE

## Désignation et implantation de la structure

|  |  |
| --- | --- |
| Désignation exacte de la structure 1 |  |
| Implantation (île, commune) |  |
| Rue ou lieu-dit |  |
| Adresse postale du lieu d'implantation de l'activité |  |

1 Dans le cas d'un établissement hospitalier public, produire la délibération du conseil d'administration, l'avis de la commission médicale d'établissement et celui du comité technique et le projet d'établissement et adopté par le conseil d'administration.

1 Dans le cas d’un établissement privé, indiquer :

* pour les personnes physiques, les noms, prénoms, profession, nationalité et domicile personnel ;
* pour les personnes morales, la raison sociale et l’adresse ainsi que le nom, la qualité et l’adresse personnelle du représentant de la personne morale, le numéro Tahiti.

## Forme d'exploitation

Cocher la case correspondante :

par un établissement hospitalier public

par une société commerciale (indiquer si celle-ci est distincte de la société civile   
 immobilière)

par un organisme à but non lucratif, association, fondation ou œuvre à caractère   
 philanthropique

par un établissement comportant un budget annexe à celui de la Polynésie française

par toute autre personne morale ou physique, préciser :

………………………………………………………………………………………………………………………………

## Autorisations détenues par la structure

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Domaines** | **Capacités autorisées** | | **Capacités installées** | |
| Lits | Places | Lits | Places |
| Médecine |  |  |  |  |
| Chirurgie |  |  |  |  |
| Gynéco-obstétrique |  |  |  |  |
| Psychiatrie adulte |  |  |  |  |
| Psychiatrie infanto-juvénile |  |  |  |  |
| HAD |  |  |  |  |
| Soins longue durée |  |  |  |  |
| SSR |  |  |  |  |

## Autorisations détenues par la structure, mention SSR

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mentions SSR**  Affections prises en charge | **Capacités autorisées** | | **Capacités installées** | |
| Lits | Places | Lits | Places |
| Polyvalent |  |  |  |  |
| Locomoteur |  |  |  |  |
| Système nerveux |  |  |  |  |
| Cardio-vasculaire |  |  |  |  |
| Respiratoire |  |  |  |  |
| Digestif, métabolique, endocrinien |  |  |  |  |
| Onco-hématologie |  |  |  |  |
| Brûlés |  |  |  |  |
| Addictions |  |  |  |  |
| Personnes Agées |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |

## Description de l’activité mention SSR durant l’année N-1 de la demande

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mentions SSR**  Affections prises en charge | **Période d’observation1** | **Entrées** | **Activités** | **DMS** | **TO** | **Part sur activité totale3** |
| **Nombre d’entrées (patients)** | **Nombre**  **de séances-jours2** | **Durée moyenne** | **Taux d’occupation** |
| Polyvalent |  |  |  |  |  |  |
| Locomoteur |  |  |  |  |  |  |
| Système nerveux |  |  |  |  |  |  |
| Cardio-vasculaire |  |  |  |  |  |  |
| Respiratoire |  |  |  |  |  |  |
| Digestif, métabolique, endocrinien |  |  |  |  |  |  |
| Onco-hématologie |  |  |  |  |  |  |
| Brûlés |  |  |  |  |  |  |
| Addictions |  |  |  |  |  |  |
| Personnes Agées |  |  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |  |  |

1 :indiquer si la période d’observation est l’année entière, le semestre (1 ou 2) ou mensuel (nombre de mois)

2 : indiquer le nombre de séances (venues) ou jours d’HdJ dans chaque mention spécialisée concernée.

3 : indiquer ce que l’activité totale de chaque mention représente sur le total de l’activité de la structure. [Exemple : (séances HDJ SSR système nerveux / (total séances HDJ)

## Filières de soins

Décrivez les filières de soins au moment de la demande (les filières de soins en lien avec la demande seront précisées dans la 3° partie)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | cochez la case : | |
| 1. Existe-t’il une(des) filière(s) de soins déjà mise(s) en place | | | □ oui | □ non |
| 1. Avec qui et dans quel domaine ? | | |  |  |
| Partenaire 1 | ……………………………………. | □ secteur public | □ secteur privé | |
| Partenaire 2 | ……………………………………. | □ secteur public | □ secteur privé | |
| Etc… | ……………………………………. | □ secteur public | □ secteur privé | |
| 1. L’accès au dossier patient y est-il organisé | | | □ oui | □ non |
| 1. Y a-t-il des protocoles communs ? | | | □ oui | □ non |
| 1. Y a-t-il une fiche liaison de sortie ? | | | □ oui | □ non |
| 1. Y a-t-il communication d’un compte rendu d’hospitalisation à la sortie de la prise en charge par votre structure à destination de ce partenaire ? | | | □ oui | □ non |
| 1. Y a-t ’il des formations communes ? | | | □ oui | □ non |
| 1. Si oui, précisez les thématiques et les professionnels concernés | …………………………………… | | | |
| 1. Avez-vous des projets en cours de formalisation au moment de la demande ? | | | □ oui | □ non |

## 

## Réseaux de santé

Décrivez les réseaux de santé au moment de la demande ( les réseaux de santé en lien avec la demande seront précisés dans la 3° partie)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | cochez la case : | |
| 1. Travaillez-vous déjà en réseau de santé ? | | | □ oui | □ non |
| 1. Avec qui et dans quel domaine ? | | |  |  |
| Partenaire 1 | ……………………………………. | □ secteur public | □ secteur privé | |
| Partenaire 2 | ……………………………………. | □ secteur public | □ secteur privé | |
| Etc… | ……………………………………. | □ secteur public | □ secteur privé | |
| 1. Existe-t’il un document d’information à destination des usagers | | | □ oui | □ non |
| 1. Existe-t’il une charte du réseau ? | | | □ oui | □ non |
| 1. Existent-ils des référentiels et des protocoles de prise en charge ? | | | □ oui | □ non |
| 1. Y a-t’il des formations communes ? | | | □ oui | □ non |
| 1. Si oui, précisez les thématiques et les professionnels concernés | …………………………………… | | | |
| 1. Avez-vous des projets en cours de formalisation au moment de la demande ? | | | □ oui | □ non |

## Autres conventions et partenariats

Décrivez les autres conventions et partenariats au moment de la demande (les autres conventions et partenariats en lien avec la demande seront précisés dans la 3° partie)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | cochez la case : | |
| 1. Etes-vous engagé conventionnellement ou avez-vous noué des partenariats ? | | | □ oui | □ non |
| 1. Avec qui et dans quel domaine ? | | |  |  |
| Partenaire 1 | ……………………………………. | □ secteur public | □ secteur privé | |
| Partenaire 2 | ……………………………………. | □ secteur public | □ secteur privé | |
| Etc… | ……………………………………. | □ secteur public | □ secteur privé | |
| 1. Avez-vous des projets en cours de formalisation au moment de la demande ? | | | □ oui | □ non |

## Transport des patients

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. La structure dispose-t’elle d’un système de transports des patients au moment de la demande ? | | □ oui | □ non |
| ↘ Dans l’affirmative : Expliquez | (Préciser) | | |
| 1. Travaillez-vous en lien avec des transporteurs sanitaires agréés au moment de la demande ? | | □ oui | □ non |
| ↘ Dans l’affirmative  Lesquels ? | (Préciser) | | |

## Accessibilité, sécurité des personnes, vigilances sanitaires et situations exceptionnelles

Y a t’il

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| un livret d’accueil ? | □ oui | □ non |
| une conformité avec l’ obligation en matière d’accessibilité ? | □ oui | □ non |
| une garantie de la sécurité des biens et des personnes ? | □ oui | □ non |
| la prévention, le dépistage et la gestion des actes de maltraitance ? | □ oui | □ non |
| la traçabilité des vigilances sanitaires ? | □ oui | □ non |
| la gestion des alertes sanitaires descendantes ? | □ oui | □ non |
| la gestion des alertes sanitaires ascendantes ? | □ oui | □ non |
| la politique de gestion des déchets ? | □ oui | □ non |
| une démarche de développement durable ? | □ oui | □ non |
| un plan blanc de la structure ? | □ oui | □ non |

# PRESENTATION DU PROJET

## Présentation générale

|  |  |
| --- | --- |
| * Description de l’opération | (Préciser) |
| * Précisions sur les types de populations desservies | (Préciser) |
| * Précisions sur les pathologies traitées | (Préciser) |

## Argumentation

|  |  |
| --- | --- |
| * Réponse aux besoins :  - nombre de patients susceptibles d’être traités - population desservie - nombre de malades en cours de traitement - nombre de malades inscrits sur une liste d’attente… | (Préciser) |
| * Cohérence de l'opération avec le SOS 2016-2021 | (Préciser) |

## Objectifs

|  |  |
| --- | --- |
| * Objectif général | (Préciser) |
| * Objectif 1 | (Préciser) |
| * Objectif 2 | (Préciser) |
| * Objectif 3 | (Préciser) |
| * …..1 | (Préciser) |

1 tant que de besoin

## Délai de réalisation

|  |  |
| --- | --- |
| * Date prévisionnelle de début des travaux | (Préciser) |
| * Durée prévisionnelle d’exécution des travaux | (Préciser) |
| * Date prévisionnelle d’installation | (Préciser) |

## Montée en charge

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Année N**  *(Préciser)* | **Année N+1**  *(Préciser)* | **Année N+2**  *(Préciser)* | **Année N+3**  *(Préciser)* |
| Nombre d’entrées |  |  |  |  |
| Nombre de séances (venues) ou jours d’HDJ |  |  |  |  |

## Filières

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Etes-vous déjà inscrit dans une(des) filière(s) dans le cadre de ce projet ? | □ oui | □ non |
| 1. Si oui, décrivez-la(les) filière(s), votre implication (amont, aval, suivi, formalisation) et joignez tout document utile : | | |
| ↘ Décrivez | | |
| 1. Si non, avez-vous des projets en cours de formalisation dans le cadre de ce projet ou souhaitez-vous en développer ? | | |
| ↘ Décrivez | | |

## Réseaux

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Etes-vous déjà intégrés dans un(des) réseau(x) dans le cadre de ce projet ? | □ oui | □ non |
| 1. Si oui, décrivez le(les) réseau(x), votre implication et joignez tout document utile :   (formalisation) | | |
| ↘ Décrivez | | |
| 1. Si non, avez-vous des projets en cours de formalisation dans le cadre de ce projet ou souhaitez-vous en développer ? | | |
| ↘ Décrivez | | |

## Autres conventions et partenariats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Etes-vous déjà noué un(des) partenariat(s) dans le cadre de ce projet ? | □ oui | □ non |
| 1. Si oui, décrivez le(les) partenariat(s) et joignez tout document utile (convention…) | | |
| ↘ Décrivez | | |
| 1. Si non, avez-vous des projets en cours de formalisation dans le cadre de ce projet ou souhaitez-vous en développer ? | | |
| ↘ Décrivez | | |

## Transport des patients

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Les transports sont-ils inclus dans le cadre de ce projet ? | □ oui | □ non |
| 1. Si oui, cochez la case correspondante : | | |
| par le système de transport de la structure  par un transporteur sanitaire agréé  autres : précisez……………………….. | | |

## Tableau récapitulatif « avant - après »

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Installation ou activité de soins SSR obésité | Capacité installée  **avant** la demande | Capacité installée  **après la** demande |
| Nombre de places |  |  |

# PROJET MEDICAL

## Méthodologie d’élaboration du projet médical

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Le projet est-il en cohérence avec le projet médical d’établissement en cours de validité ? | □ oui | □ non |

## Patients

Profils des patients : modalités de recrutement des patients et adaptation de l’organisation à une montée en charge de l’activité.

|  |  |
| --- | --- |
| Quelle(s) pathologie(s) ? | (Préciser) |
| Quel recrutement ?  (interne – Externe) | (Préciser) |
| Durée de séjour envisagée ? | (Préciser) |

## Description de la prise en charge proposée

|  |  |
| --- | --- |
| * Précisez les programmes de rééducation, réadaptation, réinsertion, éducation thérapeutique dans ses quatre axes (santé, alimentation, activités physiques et mouvement, connaissance et développement de soi) proposés aux patients | (à détailler) |

## Continuité et permanence des soins

Dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d’assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement hosipitalier accueillant en hospitalisation à temps complet des patients.

↘ Décrivez

## Positionnement du projet dans l’offre existante

|  |
| --- |
| ↘ Décrivez |

# DOSSIER TECHNIQUE et ADMINISTRATIF

## Locaux

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Les locaux sont existants | | □ oui | □ non |
| 1. Les locaux nécessitent un aménagement architectural | | □ oui | □ non |
| 1. Les locaux sont à construire | | □ oui | □ non |
| 1. Si oui, dans quel délai : | Précisez : | | |

* Description par étage ou niveau et par service de l’opération envisagée
* apporter des précisions sur :

|  |  |
| --- | --- |
| * Respect des normes en vigueur | Précisez : |
| * Situation et organisation des places dans locaux existants (si aménagement d’un bâtiment existant) ou dans locaux à créer (si construction neuve) | Précisez : |
| * Situation et organisation des services administratifs, techniques et généraux dans locaux existants (si aménagement d’un bâtiment existant) ou dans locaux à créer (si construction neuve) | Précisez : |

* Joindre en tant que de besoin :
* Plans des locaux
* Plan de situation ;
* Plan de masse de l'établissement ;
* Plan détaillé par niveau (bâti à modifier).

*Les plans doivent être orientés et comporter l'indication de l'échelle à laquelle ils sont dressés*

## Equipement

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Matériels disponibles | Précisez : |
| 1. Matériels à acquérir | Précisez les matériels et leurs caractéristiques : |
| 1. dans quel délai : | Précisez : |

## Personnel

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Catégorie | Personnel en poste | | Personnel à recruter dans le cadre de la présente demande | |
| Nombre  (total) | ETP  (total) | Nombre  (total) | ETP  (total) |
| Direction |  |  |  |  |
| Personnel administratif |  |  |  |  |
| Secrétaires médicales |  |  |  |  |
| Médecins généralistes |  |  |  |  |
| Médecins spécialité (à préciser) |  |  |  |  |
| Médecins spécialité (à préciser) |  |  |  |  |
| Pharmaciens |  |  |  |  |
| Cadres de santé |  |  |  |  |
| IDE |  |  |  |  |
| Aides-soignantes |  |  |  |  |
| Ergothérapeutes |  |  |  |  |
| Psychologues |  |  |  |  |
| Diététicien |  |  |  |  |
| Assistant social |  |  |  |  |
| Educateurs sportifs/APA |  |  |  |  |
| Agents de surface |  |  |  |  |
| brancardiers |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

*Une ligne par catégorie en tant que de besoin (supprimer les lignes inutiles)*

Nom et prénom du médecin coordonnateur : ……………………………………………

Qualité (spécialité) : ……………………………………………………………………..

# DOSSIER FINANCIER

**Le promoteur est invité à détailler et justifier, en tant que de besoin, les montants annoncés.**

## Devis estimatif du coût global de l'opération

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Montant XPF |
| Coût global de l’opération | : |  |

## Si investissement nécessaire

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Montant XPF |
| Types d’investissement : |  |  |
| RH | : |  |
| Immobilier | : |  |
| Equipements | : |  |
| Autres  (précisez) | : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Montant XPF |
| Modalités d’investissement : |  |  |
| Capitaux propres | : |  |
| Autofinancement | : |  |
| Emprunts | : |  |
| Indiquer leur durée | : |  |
| Indiquer leur taux | : |  |
| Location-vente  (autorisée uniquement pour les établissements hospitaliers privés) | : |  |
| Indiquer sa durée |  | * : |
| Subventions éventuelles demandées | : |  |
| Autres modalités de financement |  |  |

## Pour les établissements d'hospitalisation sous dotation globale de financement ou délivrant des prestations tarifées :

- Budget d'exploitation prévisionnel et les modalités de compensation des surcoûts relatifs à l'opération (frais financiers, de personnels, fournitures médicales, consommables, amortissements, maintenance, logistique) ;

- Analyse pluriannuelle des investissements à 5 ans et de leurs surcoûts induits en investissement et exploitation.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nature des charges | N (installation) | N + 1 | N + 2 | N + 3 | N + 4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Nature des compensations  (préciser la nature et le montant) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

## Pour les autres établissements hospitaliers privés, estimation des coûts prévisionnels et des recettes :

* Charges, recettes, équilibre global de l’opération
* Montant des dépenses à la charge des régimes de protection sociale

# EVALUATION

|  |  |
| --- | --- |
| * Énoncé des objectifs proposés, visant à mettre en œuvre les objectifs du schéma d’organisation sanitaire (SOS) plus particulièrement au regard de l’accessibilité et de la qualité/sécurité des soins, de la continuité et de la globalité de prise en charge du patient |  |
| * Si vous bénéficiez d’un COM/CPS : énoncé des objectifs proposés, visant à mettre en œuvre les objectifs du COM |  |
| * Description des indicateurs envisagés pour apprécier la réalisation des objectifs proposés. *Exemples :  - le nombre de patients accueillis* * - le type de pathologie prises en charge * - le volume des actes par nature et par degré de complexité * - les données nécessaires à la surveillance des risques nosocomiaux et iatrogènes… |  |
| * Modalités de recueil et de traitement de ces indicateurs |  |
| * Modalités d’information et de participation des professionnels médicaux et non médicaux impliqués dans la procédure d’évaluation |  |
| * Procédures et méthodes d’évaluation de la satisfaction des patients |  |

# ENGAGEMENTS DU DEMANDEUR

Je soussigné, □ M □ Mme …………………………………………………………………………………

Directeur de …………………………………………………………………………………………………..

m’engage  :

|  |  |
| --- | --- |
| □ | à réaliser et à maintenir les conditions d’implantation de l’activité de soins prévue dans la demande |
| □ | à respecter et à ne pas modifier les caractéristiques du projet tel qu’il aura été autorisé |
| □ | à respecter les conditions techniques de fonctionnement concernant les locaux et le matériel ; |
| □ | à respecter les effectifs et qualifications du personnel prévus dans la demande ; |
| □ | à mettre en œuvre le suivi des indicateurs définis dans le présent dossier ainsi que l’évaluation telle qu’elle est prévue à l’article LP 37 de la loi du pays n° 2020-4 du 16 janvier 2020 et à en communiquer les résultats aux tutelles ; |
| □ | à me conformer aux conditions légales et réglementaires ; |
| □ | à informer l’Agence de régulation de l’action sanitaire et sociale de toute modification relative au statut juridique de la structure autorisée et à transmettre, sur demande de l’agence de régulation de l’action sanitaire et sociale, les informations relatives aux moyens de fonctionnement et à l’activité de l’activité de soins |
| □ | à informer l’Agence de régulation sanitaire et sociale de toute fermeture ou interruption, temporaire ou définitive de l’activité de soins autorisée |
| □ | à respecter le montant des dépenses *(à préciser)* à la charge des régimes de protection sociale ou le volume d’activité *(à exprimer en fonction de la NGAP et des tarifs retenus par les régimes de protection sociale) ;* |

Fait à ………………………………, le ……..…/…………./………..

Signature

# LISTE DES DOCUMENTS JOINTS

La Liste est à établir par le demandeur :

Arrêté d’autorisation initial

Statuts de la société ou de l’association

Inscription de l’association au JOPF

Conventions entre établissements

Diplôme des personnels en cas de création

Plan de situation et plan de masse de l’établissement

Esquisse des travaux ou avant-projet sommaire

Plannings prévisionnels en cas de création ou en cas de demande modifiant l’existant

Orientations du projet médical et d’établissement

Rapport activité des années précédentes

Projet de charte de fonctionnement de la structure précisant notamment :

- l’organisation de la structure en ce qui concerne le personnel, les horaires d’ouverture, l’organisation des soins et le fonctionnement médical et paramédical,

- les indicateurs de suivi de l’activité et de la qualité des soins

- les conditions de désignation et la qualification du médecin coordonnateur

- l’organisation générales des présences et de la continuité des soins assurée par le personnel,

- les formations nécessaires en raison notamment du processus et de l’organisation spécifiques de la structure.

………

………

1. Tout contact courriel concernant l’instruction de ce dossier se fera via cette adresse. [↑](#footnote-ref-1)