

Circulaire DHOS/F3/02 n° 2005-553 du 15 décembre 2005 précisant certaines modalités de mise en oeuvre de l'arrêté du 31 janvier 2005 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même code

15/12/2005

Date d'application : immédiate.

Références :

Code de la santé publique, notamment les articles L. 3221-1 et suivants et R. 3221-1 et suivants ;

Code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-22-1, R. 162-41-1 et suivants ;

Décret n° 2005-65 du 28 janvier 2005 pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ;

relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décret en conseil d'Etat) et le code de l'action sociale et des familles (deuxième partie : partie réglementaire) ;

Arrêté du 31 janvier 2005 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 ;

Arrêté du 8 juin 2005 pris en application des articles L. 6121-2, L. 6114-2 et L. 6122-8 du code de la santé publique et du décret no 2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L. 6121-2 du code de la santé publique ;

Arrêté du 15 juin 2005 fixant les éléments tarifaires mentionnés aux 1o à 3o du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale pour l'année 2005 ;

Circulaire DHOS/O/2005 n° 254 du 27 mai 2005 relative à l'élaboration des objectifs quantifiés de l'offre de soins.

Annexe : modèle de cahier des charges contractualisé.

Le ministre de la santé et des solidarités à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation.

Dans le cadre de la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, de nouvelles prestations d'hospitalisation, spécifiques au financement de l'activité réalisée dans les places d'hospitalisation à temps partiel en psychiatrie, ont été mises en oeuvre.

Ces nouvelles prestations sont définies par l'arrêté du 31 janvier 2005 susvisé, qui distingue :

- l'hospitalisation de jour, graduée en fonction de la durée de la prise en charge du patient, du caractère individuel ou collectif de cette prise en charge et du nombre d'intervenants présents ;
- l'accueil et le suivi du patient à l'occasion d'une sismothérapie ;
- et l'hospitalisation de nuit.

Un modèle de cahier des charges, rappelé en annexe de la présente circulaire, avait alors été élaboré dans le cadre d'un groupe de travail composé de représentants des établissements de santé privés, des ARH et de la DHOS. Il a vocation à vous aider à élaborer le cahier des charges de l'organisation des soins propre à chaque établissement, qui doit accompagner la mise en oeuvre financière des nouvelles prestations et la contractualisation avec les établissements de santé.

L'arrêté du 31 janvier 2005 a été complété par un arrêté tarifaire national qui a fixé, pour la première année de leur mise en oeuvre, les tarifs des nouvelles prestations, sur la base desquels les établissements de santé privés financés sous objectif quantifié national doivent facturer leur activité d'hospitalisation à temps partiel.

Toutefois, la déclinaison de l'ensemble de ce dispositif a suscité des interrogations sur lesquelles la présente circulaire a pour objet de vous apporter les précisions utiles à la mise en oeuvre de ces nouvelles prestations.

1. Définition de l'hospitalisation à temps partiel de jour et de nuit en psychiatrie

L'hospitalisation de jour constitue une alternative à l'hospitalisation complète et se caractérise, à cet égard, par des soins polyvalents et intensifs prodigués dans la journée, le cas échéant mis en oeuvre à temps partiel, par exemple sur une partie de la journée ou par séquences de un ou quelques jours par semaine. A l'appui de projets individualisés de prise en charge, des activités polyvalentes et collectives sont privilégiées alors que les temps de prises en charges individuelles, qui doivent rester minoritaires, doivent permettre notamment une réévaluation périodique de la prise en charge du patient, afin d'éviter toute chronicisation et d'introduire, dès que possible, les éléments de préparation à la sortie et à la réinsertion.

En tout état de cause, ces missions différencient l'hospitalisation de jour d'autres formes d'alternatives à l'hospitalisation ou de prises en charge ambulatoires. L'objet du cahier des charges découlant de l'arrêté du 31 janvier 2005 et des prestations d'hospitalisation créées par ce dernier ne visent donc en aucun cas par exemple :

- les activités de consultations ;
- les visites ou l'hospitalisation à domicile ;
- les appartements thérapeutiques ;
- les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP), ces derniers se distinguant de l'hôpital de jour quant à la nature de la prise en charge, à sa durée et à son intensité. La prise en charge délivrée en CATTP est généralement moins régulière, plus ponctuelle que dans un hôpital de jour.

Les différentes formes d'alternatives et de prises en charge ambulatoires précitées restent, en outre, strictement réservées à une mise en oeuvre par des établissements de santé organisés en secteurs, mentionnés au 1^o de l'article L. 3221-1 du code de la santé publique. Le mode de tarification créé par l'arrêté du 31 janvier 2005 n'a donc, en aucun cas, vocation à ignorer ou dépasser ce cadre juridique.

L'hospitalisation de nuit doit donner lieu, quant à elle, à de réelles prises en charge thérapeutiques de fin de journée et à une surveillance soignante de nuit. Le caractère thérapeutique de ces prises en charge en fait une réelle alternative à l'hospitalisation complète, justifiant un encadrement soignant adapté.

2. Un dispositif tarifaire sous-tendu par des exigences en termes d'offre de soins

2.1. Sur le plan de la composition des équipes

Afin de garantir la dimension thérapeutique des prestations définies ci-dessus, le dispositif tarifaire créé par l'arrêté du 31 janvier 2005 met l'accent sur l'encadrement « paramédical », en cohérence avec le projet thérapeutique formalisé de la structure, qui constitue un des éléments du cahier des charges. Cette notion doit être entendue comme relevant de la catégorie des auxiliaires médicaux, listée au livre III de la partie IV du code de santé publique. Il s'agit notamment des infirmiers diplômés d'Etat, des ergothérapeutes, des psychomotriciens et des orthophonistes. La dimension soignante sera également utilement garantie par la présence de psychologues diplômés bien qu'ils n'appartiennent pas à cette catégorie légale.

Les séances prévues par l'arrêté du 31 janvier 2005 impliquant la participation d'un seul intervenant ne peuvent donc pas être assurées par des professionnels autres que ceux relevant de la catégorie des « auxiliaires médicaux » ou par des psychologues.

Cette exigence minimum sera également valable dans le cas de prises en charge impliquant plusieurs intervenants. Toutefois, dans ces situations, la présence soignante pourra être complétée par des compétences diversifiées (assistante sociale, moniteur de sport, éducateurs, musico-thérapeutes...) cohérentes avec le projet thérapeutique.

2.2. Sur le plan de la nature des prises en charge

Bien que l'arrêté du 31 janvier ouvre la possibilité de distinguer des prises en charge individuelles et des prises en charge collectives, les objectifs et la définition de l'hospitalisation à temps partiel de jour, décrits ci-dessus, doivent donner lieu majoritairement à des prises en charge collectives. Le préambule du modèle de cahier des charges rappelle d'ailleurs cette exigence, sans pour autant quantifier explicitement les parts respectives de chacune de ces activités.

Toutefois, à l'occasion de la contractualisation et de l'adaptation du modèle de cahier des charges par établissement, vous avez la possibilité, si vous le jugez utile, de prévoir que les séances individuelles doivent être réalisées en nombre inférieur à un seuil, formulé par exemple en pourcentage de l'ensemble des prises en charges et/ou en nombre moyen de séances

par patient et par séjour, qu'il vous appartient de définir en fonction du projet médical de l'établissement.

3. Le financement des places d'hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie

Pour promouvoir le développement de l'hospitalisation à temps partiel en psychiatrie, la mise en oeuvre des nouvelles prestations a été accompagnée financièrement, en 2005, par une enveloppe spécifique de 3,5 millions d'euros, exclusivement réservée à cet effet.

Sur le plan tarifaire, les montants des nouvelles prestations ont été calculés sur la base de coûts construits qui prennent en compte les coûts de personnel, de fonctionnement et de structures, nécessaires à la prise en charge des patients en fonction du nombre d'intervenants ou du caractère individuel ou collectif de cette prise en charge.

Ainsi, pour les tarifs des prestations d'hospitalisation de jour à temps partiel, il a été identifié :

- un temps d'accueil du patient, estimé à un quart d'heure ;
- un temps réservé au petit-déjeuner, à la collation ou au déjeuner, en cas de prise en charge sur la journée entière, qui nécessite la présence effective de personnel paramédical dans la mesure où ce temps fait partie intégrante de la prise en charge thérapeutique ;
- le temps de soins intensifs prodigués au patient, dont la durée a été fixée à 2 heures et demies par demi-journée ;
- le temps de coordination entre professionnels de santé, évalué à 30 minutes par demi-journée ;
- et les frais de fonctionnement de l'établissement.

Pour les prises en charge collectives, les tarifs ont été calculés sur la base d'une prise en charge simultanée de 6 patients.

S'agissant de l'hospitalisation de nuit, il a été identifié :

- un temps d'accueil des patients, estimé à une demi-heure ;
- un temps réservé au dîner et au petit-déjeuner du lendemain matin ;
- un temps de surveillance soignante, qui a été fixé à 10 heures et demi ;
- un temps de coordination entre professionnels de santé d'une demi-heure ;
- ainsi que des frais de blanchisserie et des frais de fonctionnement de l'établissement.

Cette construction tarifaire a été établie par référence à une organisation type d'une structure d'hospitalisation à temps partiel, qui ne préjuge en rien des organisations propres à chaque établissement, dans la mesure où un équilibre entre le niveau de prise en charge requis et le cadre tarifaire créé est respecté. A titre d'exemple, un établissement peut prévoir des temps de coordination hebdomadaires et non journaliers, ce qui augmente nécessairement le temps de coordination réalisé en une seule fois pour l'ensemble des patients pris en charge.

Ainsi, eu égard à la nature même des prises en charge rappelée au 1 de la présente circulaire et aux modalités de construction tarifaire et de facturation habituelles prévues par l'arrêté du 31 janvier susvisé, il n'est pas possible de financer par ce biais des prestations telles que les interventions au domicile du patient ou les transports du domicile vers la structure de prise en charge. Par ailleurs, la dispensation des médicaments qui est intrinsèquement liée à la prise en charge est incluse dans les tarifs et ne peut être facturée en sus, à l'exception des cas où les médicaments dispensés le sont dans le cadre d'une pathologie intercurrente non directement liée au motif de l'hospitalisation.

La première année de leur mise en oeuvre, conformément aux dispositions du 3o de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale, les tarifs des prestations nouvellement créées sont fixés au niveau national et s'appliquent sans modulation aux établissements concernés. C'est à partir de la campagne tarifaire suivante que ces tarifs pourront être modulés, dans le respect du taux de l'évolution moyenne dans la région des tarifs des prestations et selon la procédure prévue aux articles R. 162-41-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Pour pouvoir être facturés à l'assurance maladie, les tarifs doivent être fixés dans le cadre de l'avenant tarifaire au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Parmi les 9 tarifs des prestations créés, l'ARH n'ouvre donc que les tarifs des prestations qui correspondent aux prises en charge que l'établissement va réaliser, conformément à son dossier de demande d'autorisation et à ses engagements contractuels relatifs à la mise en oeuvre de cette autorisation. Lorsque l'établissement souhaitera faire évoluer ses modes de prise en charge, l'avenant tarifaire et le cahier des charges seront révisés en tant que de besoin pour ouvrir ou fermer les prestations correspondantes.

En termes de facturation, depuis l'arrêté du 6 septembre 2005 modifiant l'arrêté du 31 janvier 2005 susvisé, les établissements peuvent cumuler le même jour, pour un même patient, la facturation de deux forfaits correspondant à une

prise en charge de demi-journée, l'une en séance individuelle et l'autre en séance collective. Cette dérogation à la règle du non-cumul permet ainsi d'adapter le modèle de facturation pour qu'un même patient puisse être pris en charge sur une journée entière en individuel et en collectif. Dans les autres cas, le cumul de la facturation des forfaits n'est pas autorisé, seul le forfait le plus élevé faisant alors l'objet d'une facturation. Il convient de rappeler que cette possibilité de cumul ne peut s'entendre que sous les réserves exposées plus haut, portant sur le caractère limité des indications de prise en charge individuelle et qu'il ne s'agit pas de permettre le développement d'une modalité de prise en charge pour un même patient ayant vocation à se généraliser tout au long de sa thérapie.

4. Un dispositif transitoire

En tout état de cause, le dispositif créé par l'arrêté du 31 janvier 2005 constitue donc un instrument à vocation strictement tarifaire, en complément duquel le cahier des charges associé tend à préciser un minimum requis sur le plan de l'organisation des soins. En effet, les dispositions réglementaires prévues par les décrets de 1992 sur les alternatives à l'hospitalisation, bien que s'appliquant à la psychiatrie, ne s'avèrent pas parfaitement adaptées à l'exercice de cette activité de soins.

C'est pourquoi, dans l'attente d'une refonte complète du corpus juridique relatif à la psychiatrie, le cahier des charges associé à l'arrêté du 31 janvier doit vous permettre, à titre transitoire, d'appréhender les normes définies aux articles D. 6124-301 à D. 6124-310 du code de la santé publique, avec pragmatisme et souplesse, à l'occasion notamment des visites de conformité liées à des autorisations récentes.

Enfin, la création de ce dispositif tarifaire s'inscrit également dans un contexte général de transition du point de vue du dispositif d'autorisations et de l'évolution des modalités d'organisation régionale des soins, suite à l'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003. Cette dernière, en supprimant immédiatement l'opposabilité de la carte sanitaire notamment pour l'hospitalisation à temps partiel de jour et de nuit en psychiatrie, visait le développement des alternatives à l'hospitalisation qui constitue également une des priorités de la circulaire du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration des volets psychiatrie et santé mentale des SROS 3 et du plan psychiatrie et santé mentale.

A l'issue de la phase transitoire ouverte par la publication de l'ordonnance et à l'occasion de l'élaboration et de la mise en oeuvre des SROS 3 (au plus tard le 31 mars 2006), j'insiste sur la nécessité de mobiliser deux outils complémentaires de régulation de cette offre de soins, en amont du dispositif tarifaire :

- le SROS et son annexe qui vous permettront de quantifier, par territoire de santé, des objectifs en nombre d'implantations et en volume d'activité (nombre de places) pour l'hospitalisation de jour et de nuit. Vous vous reporterez utilement aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2005 relatif aux objectifs quantifiés et de la circulaire DHOS/O/2005 n° 254 du 27 mai 2005, qui définissent notamment l'activité annuelle maximale pour une place d'hospitalisation de jour ;
- la déclinaison de cette double dimension d'organisation des soins et de tarification dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens que vous conclurez avec les établissements concernés.

Vous voudrez bien me tenir informé sous le présent timbre des difficultés que vous pourriez rencontrer lors de la mise en oeuvre de la présente circulaire.

ANNEXE

MODÈLE DE CAHIER DES CHARGES CONTRACTUALISÉ

Les établissements de santé privés ont, depuis le décret du 2 octobre 1992, la possibilité réglementaire de créer des places d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit. Mais jusqu'à présent, aucun dispositif tarifaire approprié au financement de ces places n'a été défini au niveau national, ce qui a freiné le développement de ce mode de prise en charge dans le secteur privé. Pour combler cette carence et répondre aux préconisations du plan « Hôpital 2007 », ainsi qu'aux engagements pris dans l'accord OQN 2003, une concertation a été engagée en 2003 afin d'élaborer des forfaits de soins appropriés.

Cette concertation a abouti à la publication de l'arrêté du 31 janvier 2005 fixant la classification des prestations d'hospitalisation des activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie exercées par les établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. Cet arrêté définit huit forfaits d'accueil et de soins dans le cadre d'une prise en charge de jour, différents selon la durée de la prise en charge, le caractère individuel ou collectif de cette prise en charge et le nombre d'intervenants, un forfait pour la prise en charge de nuit en structure de soins alternative à l'hospitalisation complète et un autre relatif à l'accueil et au suivi du patient dans le cadre d'une sismothérapie en ambulatoire.

Au-delà de ces éléments sur le contexte de la réforme, il convient de faire un rappel préalable sur les modalités d'autorisation applicables à ces alternatives à l'hospitalisation. En effet, l'[ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003](https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosf302-n-2005-553-du-15-decembre-2005-precisant-certaines-modalites-de-mise-en-oeuvre-de-larrete-du-31-janvier-2005-modifie-relatif-a-la-classification-et-a-la-prise-en-c/) <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosf302-n-2005-553-du-15-decembre-2005-precisant-certaines-modalites-de-mise-en-oeuvre-de-larrete-du-31-janvier-2005-modifie-relatif-a-la-classification-et-a-la-prise-en-c/>

portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé prévoit, dans son article 12, que, dès sa publication, la carte sanitaire n'est plus opposable à l'hospitalisation à temps partiel et donc, en psychiatrie, à l'hospitalisation de jour et de nuit.

Pour autant, cette disposition ne dispense pas les promoteurs de projets de ce type d'une procédure d'autorisation « classique » (dépôt de dossier dans une fenêtre déterminée, examen devant le comité régional de l'organisation sanitaire puis délibération de la commission exécutive de l'ARH). Dans ce cadre, et dans l'attente de la publication des nouveaux schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) intégrant obligatoirement un volet santé mentale et au plus tard le 31 mars 2006, et à l'exception de l'opposabilité de la carte sanitaire, l'ensemble des conditions d'autorisation mentionnées à l'article L. 6122-2 du code de la santé publique reste applicable, en particulier la compatibilité avec les objectifs du SROS et de son annexe.

Il convient enfin de rappeler que, à l'échéance de la période transitoire liée au délai nécessaire à la révision des SROS actuels, une nouvelle procédure d'autorisation (quel que soit le type d'équipement concerné) entrera en vigueur, donnant lieu alors à la distinction entre une autorisation d'activité de soins (de psychiatrie en l'occurrence) et une procédure de « quantification contractuelle » de cette autorisation au travers du contrat d'objectif et de moyens.

S'agissant du nouveau dispositif tarifaire, la structure d'hospitalisation à temps partiel peut ne pas mettre en oeuvre l'ensemble des forfaits de soins définis par l'arrêté « prestations », mais, si son projet médical propose des programmes d'évaluation ou de diagnostic, ceux-ci doivent donner lieu à une activité proportionnellement faible au regard de l'activité des autres programmes mis en oeuvre.

En effet, il convient de préciser que les prises en charge individuelles correspondant à des bilans d'évaluation ou de diagnostic n'ont pas vocation à se répéter pour un même patient pour une même période de soins car, de par leur définition, elles ont pour objet d'établir et/ou de confirmer un diagnostic dans le but d'orienter le patient vers une réponse thérapeutique adaptée.

Par ailleurs, les objectifs et modalités de coopération entre la structure et les autres acteurs participant à la lutte contre les maladies mentales, désignés notamment à l'article L. 3221-1 du code de la santé publique, doivent être définis par l'ARH en fonction en particulier des objectifs du SROS et de son annexe et faire l'objet d'une formalisation, entre les établissements et dans les contrats d'objectifs et de moyens des établissements concernés.

1. Organisation de la structure

Les heures et les jours d'ouverture de l'unité doivent être déterminés en cohérence avec le projet thérapeutique annoncé et clairement indiqués.

L'unité doit être aisément identifiable pour les usagers et fait l'objet d'une organisation spécifique, notamment sur le plan des locaux et des effectifs.

Elle dispose de moyens en locaux, en matériel et en personnel suffisants en qualité et en quantité pour permettre, en fonction du type et du volume des programmes d'assurer :

1. L'accueil et la prise en charge des patients et de ceux qui les accompagnent ;
2. L'organisation et la mise en oeuvre optimale des programmes thérapeutiques adaptés à l'état de chaque patient.

Pendant la durée de la prise en charge en hospitalisation de jour ou de nuit, les locaux, le matériel et les personnels sont affectés exclusivement à cette activité et ne peuvent être utilisés simultanément pour aucune autre activité ou prise en charge.

Afin de garantir une organisation lisible de la structure pour les patients et leur entourage, les modalités d'organisation et de prise en charge sont formalisées à travers le règlement intérieur et le livret d'accueil :

- le règlement intérieur précise les principes généraux de l'organisation médicale : modalités d'admission et de sortie, identification des intervenants, notamment médicaux et des types d'activités proposées, horaires d'ouverture, planning des activités et organisation de la permanence des soins ;
- le livret d'accueil indique notamment les horaires d'ouverture, les modalités d'admission et de sortie, l'identification des intervenants médicaux et paramédicaux ainsi que les activités thérapeutiques proposées.

2. Permanence et continuité des soins

L'établissement en charge d'une structure ambulatoire est tenu d'organiser la permanence et la continuité des soins en

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosf302-n-2005-553-du-15-decembre-2005-precisant-certaines-modalites-de-mise-en-oeuvre-de-larrete-du-31-janvier-2005-modifie-relatif-a-la-classification-et-a-la-prise-en-c/>

dehors de ses heures d'ouverture. Il se dote à cet effet d'un dispositif d'orientation immédiate des patients.

Par ailleurs, l'établissement prévoit et formalise les modalités permettant de répondre sans délai à une complication médicale éventuelle, notamment sur le plan somatique.

Cette continuité peut être assurée par l'établissement d'hospitalisation temps plein lorsque la structure est attenante.

3. Organisation de la prise en charge

La prise en charge au titre de l'hospitalisation de jour s'effectue de façon individuelle ou collective.

Le nombre et la qualification des personnels exerçant dans la structure sont fixés en fonction des besoins des patients pris en charge, du projet médical de la structure, de la nature et du volume d'activité, de la fréquence des prestations délivrées et de leurs caractéristiques techniques.

Le personnel doit être en nombre suffisant et avoir une qualification correspondant aux thérapeutiques mises en oeuvre par l'établissement.

Il est souhaitable qu'un psychiatre soit désigné par la conférence médicale d'établissement en tant que coordonnateur de la structure et en charge de son animation.

Au-delà de cette démarche attachée au fonctionnement général de l'unité, la prise en charge individuelle est formalisée par un projet thérapeutique :

- individualisé et élaboré avec chaque patient ;
- donnant lieu à un échéancier et à une réévaluation et une réactualisation périodique par l'ensemble de l'équipe avec le patient de façon à éviter toute chronicisation, à introduire dès que possible les éléments de préparation à la sortie et à la réinsertion dans le milieu de vie, et à prévoir le relais par d'autres formes de soins si nécessaire.

4. Pour la sismothérapie

Sans préjudice des dispositions qui précèdent, lorsque la structure de soins met en oeuvre des programmes correspondant à une prise en charge de sismothérapie ambulatoire, elle doit respecter toutes les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie.

L'activité de sismothérapie ambulatoire se comptabilise dans le quota des places d'hospitalisation à temps partiel autorisées de l'établissement.

5. Evaluation de la structure

Chaque année, la direction de l'établissement adresse un rapport d'évaluation sur l'activité et le fonctionnement de la structure. Ce rapport est adressé à l'agence régionale d'hospitalisation après avoir été soumis pour avis à la conférence médicale d'établissement.

Ce rapport d'évaluation consiste à renseigner a minima les items suivants :

Nombre de séances totales par an :	xx
Nombre de patients n'ayant jamais séjourné en hospitalisation complète en psychiatrie préalablement :	xx
Volume de la file active en hospitalisation complète si l'établissement propose les deux modes de prise en charge :	xx
Volume de la file active en hospitalisation à temps partiel :	xx

Durée moyenne de prise en charge en hospitalisation à temps partiel, si nécessaire par tranche de durée (0 à 3 mois, 3 à 6 mois, plus de 6 mois) :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nombre moyen de venues associées à une consultation par un psychiatre (globalement et par type de forfait d'accueil et de soins) :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pourcentage de réadmission dans l'établissement en hospitalisation complète dans les six mois suivants la fin de la prise en charge en hospitalisation à temps partiel :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pourcentage de réadmission dans l'établissement en hospitalisation à temps partiel dans les six mois suivant la fin de la prise en charge de ce type :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DMS en hospitalisation complète (n - 2, n - 1, n) :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DMS par patient et par an en hospitalisation complète (n - 2, n - 1, n) :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Provenance du patient (en pourcentage) sur l'exercice en cours : - établissement lui-même après une hospitalisation complète ; - praticien exerçant en ville (généraliste ou psychiatre) ; - autre établissement public psychiatrique ; - autre établissement privé psychiatrique ; - autre établissement public MCO ; - autre établissement privé MCO ; - autre établissement public SSR ; - autre établissement privé SSR ; - Autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>