

**Ministère de l'économie et des finances
Ministère des affaires sociales et de la santé
Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social**

**Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Bureau des établissements de santé**

BES/13/128

décembre 2013

Statistique annuelle des établissements de santé

SAE 2013

Aide au remplissage

Définitions - Consignes

Accès internet sur le site de collecte :
<https://www.sae-collecte.sante.gouv.fr>

lien « informations ou aide au remplissage de la SAE »

ou par simple clic au niveau de chaque bordereau
au moment du remplissage en ligne

Table des matières

Page

Présentation générale		5
Une collecte SAE 2013 refondue		7
Mode d'interrogation		9
Identification, organisation et filtre		
ID1	Identification de l'entité interrogée	13
ID2	Complément d'identification	15
STB	Structure de l'interrogation en psychiatrie	18
ORG	Organisation et coopération	20
PN	Suivi de politiques nationales et missions de service public	24
FILTRE	Filtre déclenchant la suite du questionnaire	31
Synthèse des activités de soins par discipline		
	Personnel dans les bordereaux d'activités de soins	35
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique	38
PSY	Psychiatrie	45
SSR	Soins de suite et réadaptation	53
USLD	Unités de soins de longue durée	56
HAD	Hospitalisation à domicile	59
Équipements et plateaux techniques		
BLOCS	Sites opératoires et salles d'intervention	63
IMAGES	Imagerie médicale	69
PHARMA	Pharmacie	74
BIO	Biologie médicale et anatomo-cytopathologie	78
TELEMED	Télémédecine	82
INFOMED	Information médicale	85
Activités de soins soumises à autorisation		
PERINAT	Périnatalité	89
NEUROCHIR	Neurochirurgie et activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie	93
CHIRCAR	Activités interventionnelles en cardiologie et chirurgie cardiaque	97
BRULES	Traitement des grands brûlés	101
PALIA	Soins palliatifs	105
DIALYSE	Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale	109
CANCERO	Traitement du cancer	114
URGENCES	Structure des urgences	120
SMURSAMU	SMUR et SAMU	125
REA	Réanimation, surveillance continue et soins intensifs	129
Effectifs et équivalent temps plein des personnels médicaux et non médicaux		
Q20	Personnels médicaux (hors internes) des établissements sanitaires par spécialité exercée : Effectifs et ETP moyens annuels rémunérés	137
Q21	Personnels médicaux (hors internes) des établissements sanitaires par groupes de discipline d'équipement : ETP moyens annuels rémunérés	143
Q22	Internes et faisant fonction d'internes : Effectifs	147
Q23	Sages-femmes et personnels non médicaux des établissements sanitaires : Effectifs et ETP moyen annuels rémunérés	150
Q24	Sages-femmes et personnels non médicaux des établissements sanitaires par groupes de disciplines d'équipement : ETP moyens annuels rémunérés	153
Q25	Emplois aidés	157
Q26	Personnel non rémunéré directement par l'établissement (intérim ou mise à disposition)	159
Fiches de synthèse		161

- Pour les regroupements de disciplines et de grades de personnels, voir le document « Nomenclatures de la SAE ».

Présentation générale

La statistique annuelle des établissements de santé est une enquête administrative et obligatoire réalisée auprès de tous les établissements de santé publics et privés installés en France (y compris dans les DOM). La SAE recueille pour chaque établissement des données sur sa structure, ses capacités, ses équipements, son activité et ses personnels.

L'enquête est réalisée par la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les modalités de l'enquête sont définies dans l'arrêté du 9 septembre 2010, publié au Bulletin Officiel du ministère de la Santé du 15 octobre 2010.

La Statistique Annuelle des Établissements : un recensement des établissements et de leurs facteurs de production

Actualisée tous les ans depuis 1974 elle recueille, pour chaque établissement de santé, des données sur les facteurs de production qu'il met en œuvre pour réaliser son activité : les structures (maternités, urgences...), les capacités (lits et places), les équipements (plateaux techniques), le personnel (praticiens salariés et libéraux par spécialité exercée). Elle décrit également l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.), quelles que soient les disciplines (court-séjour, moyen séjour, long séjour et psychiatrie) et permet ainsi de calculer des taux d'occupation par discipline.

La Statistique Annuelle des Établissements : une alimentation de nombreux indicateurs et tableaux de bord

L'enquête SAE fournit des éléments de cadrage indispensables et un panorama complet de l'offre de soins existante pour l'ensemble du secteur sanitaire, toutes disciplines confondues.

Elle produit ainsi des indicateurs pour le suivi des politiques nationales (plans urgence, Alzheimer) et régionales et alimente de nombreux tableaux de bord (tableaux de bord des infections nosocomiales, de contractualisation État / UNCAM, CPOM ARS, indicateurs PQE, Hospidag, Scope-santé...).

Elle permet ainsi de rendre compte des mutations des établissements et de l'organisation des soins.

- **Le site internet de collecte**

L'adresse du site internet de collecte est la suivante : <https://www.sae-collecte.gouv.fr>

La navigation sur le site de collecte ainsi que les fonctionnalités d'aides et de contrôles en ligne sont décrites dans le manuel utilisateur.

L'aide au remplissage est accessible à tous sur internet et en ligne au niveau de chaque bordereau pour les personnes qui ont accès au site sécurisé de collecte.

- **Diffusion des données collectées**

Courant septembre, les données de votre établissement, ainsi que les données de synthèse sont diffusées, une fois validées, via le site Internet de diffusion : <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>.

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter le Bureau des Établissements de Santé à la DREES :

mel : drees-sae@sante.gouv.fr

Les documents sont également disponibles sur :

<http://www.drees.sante.gouv.fr> rubrique enquête / établissements de santé, sociaux et médico-sociaux

Une collecte SAE 2013 refondue

La collecte des données 2013 évolue dans un nouveau format et différera largement de la collecte des années précédentes. Cette refonte vise une plus grande cohérence du système d'information sur les établissements pour les utilisateurs, en s'appuyant sur les autres recueils (notamment le PMSI) et une simplification du recueil des données pour les établissements.

- **Collecter au bon niveau, la bonne information**

- **Une interrogation localisée**

Le recueil de la SAE s'effectuera au niveau de l'établissement géographique, pour le secteur public comme pour le secteur privé (exception faite de la psychiatrie), alors que les niveaux de recueils sont différents actuellement entre public et privé.

Ce mode d'interrogation permettra une analyse localisée de l'offre de soins pour répondre aux besoins de connaissance sur l'accès aux soins et supprimera les interrogations en double entre l'entité juridique et l'entité géographique.

Cette évolution nécessitera une bonne immatriculation de tous les établissements géographiques.

- **Un questionnaire plus fluide et paramétrable**

Le questionnaire sera modulable, en fonction d'un bordereau filtre initial qui aura pour but de définir les modules de questionnement devant être soumis à chaque établissement.

Toutes les questions sur les autorisations seront pré-remplies à partir du répertoire FINESS (lui-même alimenté par ARHGOS) mais pourront être modifiées si besoin.

- **Un pré-remplissage des principales données d'activité des PMSI MCO et HAD**

La convergence entre les deux systèmes d'information SAE et PMSI sera amplifiée par un pré-remplissage dans la SAE des données d'activité issues du PMSI.

L'import sera réalisé, en cours de collecte, par la DREES et l'ATIH dès que les fichiers PMSI du mois de décembre seront validés par l'ARS. Pour cette année, les imports seront réalisés entre fin février et fin mars par lot d'établissements. En tant qu'établissement de santé, vous transmettez vos fichiers PMSI comme à l'accoutumée, sans changement. Vous ne serez donc pas en charge de l'import, mais vos services devront s'assurer de la cohérence entre les données calculées via le PMSI et les données SAE que vous fournissiez auparavant. Pour vous y aider, vous disposerez du détail des spécifications permettant le calcul des variables, disponible sur le site.

Dans le questionnaire SAE, ces données seront de deux statuts différents :

- Données non modifiables. Une erreur flagrante (ex : répartition MCO non faite sur l'ensemble de l'année 2013) sera à signaler à la hotline (hotlinesae@ipsos.com)
- Données modifiables par l'établissement sur le site de collecte, soit en raison d'un problème d'identification (HAD), de couverture du champ (dialyse, radiothérapie). Les données calculées à partir des actes peuvent également être modifiées par l'établissement, notamment pour enlever les prestations inter-établissement non réalisées dans l'établissement, mais présentes dans le PMSI dans le séjour du patient hospitalisé.

Légende code couleur :

Pré-remplissage de données PMSI –
modifiable par l'établissement



Pré-remplissage de données PMSI -
non modifiable



- **Répondre aux besoins des utilisateurs**

- **Un questionnement médical adapté**

Le questionnaire sera rénové pour tenir compte des nouvelles formes de prises en charge, des nouvelles organisations et des nouvelles technologies. La terminologie et la déclinaison des spécialités suivront au plus près la loi HPST, les schémas régionaux d'organisation des soins et les prises en charge ciblées.

- **De nouveaux produits de diffusion**

Des fiches de synthèse porteront sur l'offre de soins, l'organisation de la permanence des soins en établissements de santé, ou les principaux indicateurs SROS. Ces fiches pourront être déclinées par établissement et par région afin de répondre aux besoins des établissements, des ARS et des acteurs nationaux.

Mode d'interrogation

A. CHAMP

La SAE concerne tous les établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et DOM), y compris les structures qui ne font qu'un seul type d'hospitalisation (exemple : hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile,...) ou qui ont une autorisation pour une activité de soins. Sont également inclus, les services pénitentiaires des établissements de santé et les secteurs militaires des établissements de santé.

Définition du champ :

Entrent dans le champ tous les établissements suivants, publics ou privés, ayant eu une activité au cours l'année d'exercice :

- Établissements de l'agrégat de catégorie niveau 2 égal à 1100 (établissements hospitaliers)
- Établissements de l'agrégat de catégorie niveau 2 égal à 1200 (Autres établissements relevant de la loi hospitalière), sauf catégorie 126 (établissement thermal),
- Établissements de catégorie égale à 433 (établissement sanitaire des prisons), 114 (Hôpital des armées) ou 115 (établissement de soins du service de santé des armées)
- Établissements de catégorie 426 Syndicat Inter Hospitalier (SIH), 698 Autre Établissement Loi Hospitalière, 699 Entité ayant Autorisation et établissements publics : à condition qu'ils aient une autorisation pour les activités de soins en médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique et néonatalogie et réanimation néonatale, psychiatrie, soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelle, soins de longue durée et activités spécifiques de court séjour soumises à autorisation (dont traitement du cancer, accueil et traitement des urgences, dialyse...).

L'année d'exercice n concerne tous les établissements du champ ayant eu une activité au cours de l'année n, y compris ceux créés ou fermés au cours de l'année.

B. ENTITÉ INTERROGÉE

La nature de l'entité interrogée (établissement géographique ou entité juridique) dépend du statut et de la catégorie de l'établissement. On distingue 10 groupes d'entités interrogées, et 3 groupes d'entités qui ne sont pas interrogées directement.

- SECTEUR PUBLIC (statut juridique < 40)

Principe général : Les établissements géographiques sont interrogés.

Les établissements se répartissent en 5 groupes :

Groupe 03 : établissements des trois AP (entités juridiques 750712184 : APHP, 690781810 : HCL et 130786049 : APHM)

Groupe 13 : établissements du Service de santé des armées (EJ 750821092)

Groupe 04 : autres établissements publics des EJ

Groupe 10 : Établissements sanitaires publics non rattachés à une entité juridique publique sanitaire

Groupe 14 : Établissements de santé mentale publics

Les ET de santé mentale font l'objet d'une interrogation groupée. Chacun des établissements « principaux » (hors structures ambulatoires, CMP et CATTP) est interrogé (en groupe 03 ou 04 14) et répond alors pour l'ensemble des structures listées et situées dans son département. Le bordereau STB fournit la liste des structures pour lesquelles répond chaque établissement principal. Les établissements pour lesquels répondent les ET constituent un groupe informatif différent, le groupe 24.

- SECTEUR PRIVE (code statut juridique >= 40)

1. Principe général

L'entité interrogée est l'établissement géographique (un questionnaire par numéro FINESS). Les établissements privés interrogés directement, hors cas particuliers décrits ci-dessous, constituent le groupe 09.

2. Cas particuliers

a. Radiothérapie

C'est l'établissement géographique dans lequel est implanté l'équipement qui répond directement pour son activité de radiothérapie.

S'il n'a qu'une activité de radiothérapie, il fait partie du groupe 18.

S'il a une autre activité décrite dans SAE. Il fait alors partie du groupe 09.

Remarque :

Un même établissement géographique ne peut pas figurer dans plusieurs groupes.

b. Établissements privés de santé mentale

Il s'agit des établissements privés de l'agrégat de catégorie 1111 (catégories 156, 161, 366, 412, 415, 425, 430, 444) ou de la catégorie 292.

On interroge :

L'EJ, lorsqu'elle a plusieurs établissements de santé mentale, tous situés dans le même département (hors structures ambulatoires, CMP et CATTP). Elle remplit un seul questionnaire pour l'ensemble de ses établissements de santé mentale. Ces EJ constituent le groupe 05.

Le bordereau STB indique pour chaque EJ de santé mentale (groupe 05), la liste des établissements pour lesquels elle est interrogée. Ces établissements pour lesquels répondent les EJ du groupe 05 constituent un groupe informatif, le groupe 25.

L'ET, lorsque l'EJ n'a qu'un seul établissement de santé mentale. Il fait partie du groupe 15.

Un ET principal par département, lorsque l'EJ a plusieurs établissements de santé mentale, qui ne sont pas tous situés dans le même département (hors structures ambulatoires, CMP et CATTP). L'établissement principal interrogé fait partie du groupe 15.

Chacun des établissements « principaux » répond alors pour l'ensemble des structures situées dans son département. Le bordereau STB fournit la liste des structures pour lesquelles répond chaque établissement principal. Les établissements pour lesquels répondent les ET du groupe 15 constituent un groupe informatif différent, le groupe 35.

c. Dialyse

On interroge les établissements de dialyse (catégories 138, 139, 140, 141, 146, ou 422 avec une autorisation de l'agrégat de discipline d'équipement 0311).

Chaque centre de dialyse remplit un questionnaire sous son propre numéro FINESS. Les centres de dialyse constituent le groupe 07.

IDENTIFICATION, ORGANISATION ET FILTRE

ID1 – Identification de l'entité interrogée.....	13
ID2 - Complément d'identification.....	15
STB – Structure de l'interrogation en psychiatrie - radiothérapie.....	18
ORG - Organisation et coopération	20
PN - Suivi des politiques nationales et missions de service public	24
FILTRE	31

ID1 - IDENTIFICATION DE L'ENTITE INTERROGEE

Identification de l'entité interrogée

Téléphone :

A0

A1

- ☐ Entité juridique
- ☐ Etablissement

N° FINESS
de l'entité interrogée :

B1

N° Siren ou N° Siret :

C1

N° FINESS de
l'Entité juridique :

D1

Raison sociale de l'entité interrogée :

A2

Complément de raison sociale :

A3

Complément de distribution :

A4

Adresse

N° Voie

Type voie

Nom de la voie :

A5

B5

C5

Lieu-dit ou Boîte Postale :

A6

Code postal :

A7

Libellé commune :

B7

Commune INSEE

A8

B8

Département

A9

B9

Région

A10

B10

Statut juridique

A12

B12

Catégorie

A13

B13

L'entité juridique de rattachement de l'établissement a-t-elle changé par rapport à la précédente enquête ?

A14

oui

☐

non

☐

Si oui, indiquer le FINESS de l'entité juridique précédente :

A15

Réserve aux établissements privés

L'entité juridique de rattachement de l'établissement interrogé est-elle filiale d'un groupe ?

A16

oui

☐

non

☐

Si oui, Numéro SIREN de la tête de groupe :

A17

Raison sociale : A18

A19

Qualité d'ESPIC

(Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif)

- ☐ ESPIC (non lucratif)
- ☐ non ESPIC (non lucratif)
- ☐ non concerné

A20

Mode de fixation de tarif

- ☐ Dotation globale
- ☐ Etablissement de santé sous OQN
- ☐ Tarif d'autorité
- ☐ Autres

A21

Convention collective de rattachement des personnels non médicaux

- ☐ 31 octobre 1951 (FEHAP)
- ☐ 29 juin 1998 (FNCLCC)
- ☐ Croix-Rouge (1986)
- ☐ 8 février 1957 (UCANSS)
- ☐ 18 avril 2002 (FHP)
- ☐ 26 février 1987 (MGEM)
- ☐ 12 juin 1975 (FNEMEA)
- ☐ Autres
- ☐ Sans

Veillez confirmer votre statut ESPIC dans la case ci-dessous :

A19B

Qualité d'ESPIC

(Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif)

- ☐ ESPIC (non lucratif)
- ☐ non ESPIC (non lucratif)
- ☐ non concerné

A20B

Mode de fixation de tarif (hors MCO)

- ☐ Dotation globale
- ☐ Etablissement de santé sous OQN
- ☐ Tarif d'autorité
- ☐ Autres

ID1 – Identification de l'entité interrogée

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau est pré-rempli à partir des informations recueillies dans le répertoire FINESS. Pour les modifications intervenues dans l'établissement, porter les corrections dans les cases ouvertes à la saisie.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques

Identification de l'entité interrogée

A0 : Numéro de téléphone

C1: Numéro SIREN (pour l'entreprise) ou SIRET (pour l'établissement) : numéro d'identification au répertoire d'immatriculation des entreprises SIRENE

D1: Numéro FINESS de l'entité juridique

A2. A3. A4: Raison sociale de l'entité interrogée

A14 : préciser si l'entité juridique de rattachement de l'établissement a changé

A15 : Si oui, indiquer le numéro FINESS de l'entité juridique précédente

A19 et A20: non ouverts à la saisie et non modifiables

A19B : Exécution du service public hospitalier

A20B : Mode de fixation de tarif (hors MCO). A remplir pour modifier la case A20 par le mode de financement des activités hors court séjour uniquement.

Établissements privés

A16 : préciser si l'entité juridique de rattachement de l'établissement est une filiale d'un groupe

A17 : Si oui, indiquer le numéro SIREN de la tête de groupe

A18 : Raison sociale

A19 et A19B : **Qualité d'ESPIC** (Établissement d'hospitalisation de Santé Privé d'Intérêt Collectif)

(articles L. 6161-5 et L. 6161-8, articles D. 6161-2 à D. 6161-4 du code de la santé publique).

La catégorie des ESPIC est une catégorie créée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, dite « loi HPST ». Seuls les établissements privés non lucratifs peuvent bénéficier du statut ESPIC. Les centres de lutte contre le cancer (CLCC) sont de fait des ESPIC. Les établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à date de publication de la loi ont pris la qualification d'ESPIC, sauf opposition expresse de leur part. Les établissements privés sans but lucratif non PSPH au moment de la promulgation de la loi HPST ont pu faire une procédure de déclaration de la qualité d'ESPIC auprès de l'agence régionale de santé (ARS).

A20 et 20B : Mode de fixation des tarifs

Tarification à l'activité

La tarification à l'activité est le mode de financement des disciplines MCO pour tous les établissements de santé visés par l'article L162-22-6 du code de la Sécurité sociale. Ne sont pas concernés les hôpitaux locaux, le service de santé des armées, etc. La case A20 est initialisée dans le bordereau ID avec le mode de financement présent dans le répertoire FINESS, qui ne prend pas encore en compte ce système.

OQN : objectif quantifié national

ID2 - COMPLEMENT D'IDENTIFICATION

Autres structures installées dans l'établissement et dont les actes concernent les patients hospitalisés

(N° FINESS à renseigner s'il existe)

N° FINESS :	A1	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Raison sociale :	B1	<input style="width: 100%;" type="text"/>
N° FINESS :	A2	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Raison sociale :	B2	<input style="width: 100%;" type="text"/>
N° FINESS :	A3	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Raison sociale :	B3	<input style="width: 100%;" type="text"/>
N° FINESS :	A4	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Raison sociale :	B4	<input style="width: 100%;" type="text"/>
N° FINESS :	A5	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Raison sociale :	B5	<input style="width: 100%;" type="text"/>
N° FINESS :	A6	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Raison sociale :	B6	<input style="width: 100%;" type="text"/>
N° FINESS :	A7	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Raison sociale :	B7	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Responsable SAE

A8 ☐ M. B8 Nom

☐ Mme

☐ Melle

n° téléphone : A9 N° de poste : B9

n° Fax : A10

e_mail : A11

Modification de l'entité juridique

Y-a-t-il eu, pendant l'exercice, une modification de l'entité juridique, par rapport à l'exercice précédent ?

A12 oui ☐ non ☐

- Si oui, quel est le type d'opération à l'origine de la modification ?

création A13 ☐

fusion A14 ☐

scission A15 ☐

- Indiquer les FINESS des établissements concernés (remplissage en ligne)

pour une fusion A16 B10 C5

pour une scission A17 B11 C6

Déclaration annuelle de données sociales (DADS)

Lors de votre déclaration annuelle de données sociales 2013, quel(s) identifiant(s) avez-vous utilisé(s) ?

N° Siren :	C1	<input style="width: 100%;" type="text"/>
N° Siret :	C2	<input style="width: 100%;" type="text"/>
N° Siret :	C3	<input style="width: 100%;" type="text"/>
N° Siret :	C4	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Avez-vous utilisé plus de 3 numéros Siret?

D1 oui ☐ non ☐

ID2 - Complément d'identification

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques

Les établissements de santé qui gèrent un équipement installé sur leur site dans le cadre d'un GIP, inscrivent ici le numéro FINESS du GIP et la raison sociale de celui-ci.

- **Autres structures installées dans l'établissement et dont les actes concernent les patients hospitalisés.**

On identifie les références des personnes morales différentes de celles de l'entité enquêtée, qui gèrent des équipements (imagerie, radiothérapie, lithotriporteur, etc.) ou un laboratoire d'analyses médicales, installés au sein de l'établissement et dont l'activité concerne, notamment, les patients hospitalisés dans celui-ci. Lorsqu'il s'agit d'une structure titulaire d'une autorisation, inscrire son numéro FINESS. Sinon, n'inscrire que la raison sociale : ainsi les cabinets de radiologie installés dans la clinique, même s'ils n'ont pas de numéro FINESS, doivent figurer dans ce bordereau avec leur raison sociale. Ceci permet de caractériser le plateau technique à disposition des patients hospitalisés même si la clinique n'en est pas propriétaire.

Par contre, les médecins libéraux et le personnel de ces structures ne doivent être recensés dans aucun des bordereaux (ni dans les bordereaux relatifs au plateau technique, ni dans les bordereaux Q20 à Q24).

- **Responsable SAE : droit d'accès aux informations nominatives.**

La DREES est en charge du traitement relatif à la gestion des responsables de la SAE en établissement. Les informations recueillies sont : la civilité, le nom, le prénom, les numéros de téléphone, fax et e-mail professionnels. Le traitement est destiné à faciliter les contacts dans les établissements de santé (orientation des courriers et colis d'enquête) et de partager ces coordonnées entre gestionnaires de l'enquête. Les destinataires des données sont les gestionnaires de l'enquête (à la DREES, dans les ARS concernées).

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des données qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez consulter le site de collecte ou le Bureau Établissements de Santé de la DREES.

- **Déclaration annuelle de données sociales (DADS)**

Pour préparer la simplification des bordereaux de personnel (partie salariée), il vous est demandé de renseigner le numéro SIREN et les numéros SIRET (SIREN + NIC) utilisés pour les DADS 2013. Attention, les numéros SIRET des établissements médico-sociaux (maison de retraite, EPHAD...) rattachés aux entités sanitaires interrogées ne doivent pas être renseignés. Veuillez inscrire le numéro SIRET ou SIREN (le cas échéant) utilisé lors de la déclaration des DADS 2013.

- **Modification de l'entité juridique**

La question concerne les modifications de l'entité juridique liées à des opérations de fusions, de création, de scission. Elle est destinée à permettre de suivre d'une année à l'autre l'historique des entités interrogées. Il peut exister des modifications de la structure interrogée qui ne sont pas uniquement liées à des modifications juridiques, par exemple le transfert d'activité entre établissements de l'entité juridique. Ces modifications pourront être notées en commentaire sur le site de saisie.

La rubrique « création » ne concerne que les créations « ex nihilo » et non celles résultant de fusions.

Les numéros FINESS à inscrire en cas de fusion sont les numéros FINESS des établissements existant antérieurement à cette fusion et utilisés dans SAE de l'année précédente. En cas d'absorption d'une entité par

une autre, celle-ci conservant le numéro FINESS antérieur mais changeant de « périmètre », remplir le numéro FINESS de l'établissement absorbé (tel qu'il était renseigné dans la précédente SAE) dans la ligne « fusion » ainsi que celui de l'établissement initial qui se maintient.

Pour la rubrique « scission », indiquer le numéro FINESS de l'établissement d'origine en premier (B2), en prenant soin de conserver le numéro utilisé dans l'exercice précédent, puis dans la seconde et troisième case (C2, D2), les numéros des autres établissements (en dehors de l'entité répondant) créés à l'occasion de cette scission.

Si la modification de l'EJ ne résulte ni d'une création (A13), ni d'une fusion (A14), ni d'une scission (A15), indiquer oui à A12 et ne rien cocher ensuite.

- **Principe général de traitement des mouvements de structure**

La SAE est destinée à rendre compte de la situation de l'offre de soins des établissements en fin de d'année d'exercice. En conséquence, en cas de fusion de deux établissements, la SAE sera remplie par l'entité résultant de celle-ci et les données résulteront de la consolidation de la fusion sur l'année. De même, une scission sera considérée comme ayant eu lieu en début d'année et la situation de chacun des établissements issus de la scission sera à établir dans des questionnaires distincts. Pour un établissement fermé définitivement en cours d'année, les questionnaires relatifs à l'activité réalisée avant la fermeture doivent être transmis dans la mesure du possible.

STB - STRUCTURE DE L'INTERROGATION EN PSYCHIATRIE

Etablissement (ou entité juridique)

	N° FINESS de l'établissement interrogé (ou de l'entité juridique)	A1
	Raison sociale	B1

Observations

Liste des établissements dont l'activité doit être incluse dans la réponse de l'établissement (ou de l'entité juridique) enquêté(e) :

A2	N° FINESS	Raison sociale	B2
A3	N° FINESS	Raison sociale	B3
A4	N° FINESS	Raison sociale	B4

STB – Structure de l'interrogation en psychiatrie

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau, en « consultation » sur le site internet ou pré-rempli dans sa version papier du questionnaire, indique la liste de tous les établissements pour lesquels l'entité interrogée doit répondre, ceux-ci n'étant pas directement interrogés dans la SAE.

N° FINESS de l'établissement interrogé(e) (ou de l'entité juridique) (case A1) et raison sociale (case B1) :
C'est l'identification de l'entité interrogée qu'il s'agisse d'un établissement géographique ou d'une entité juridique. Elle est identique à celle figurant dans le bordereau ID.

Liste des établissements (n° FINESS et raison sociale) dont l'activité doit être incluse dans la réponse de l'établissement (ou de l'entité juridique) interrogé(e) :

Deux cas se présentent :

1. Interrogation d'un établissement de santé mentale

Un établissement principal est désigné pour répondre pour un ensemble de structures de santé mentale. Le bordereau STB fournit la liste des structures pour lesquelles il répond. L'établissement qui répond apparaît lui-même dans cette liste.

Remarque : La liste des établissements de ce bordereau n'est pas directement modifiable, mais si elle s'avérait incomplète ou comportait des établissements n'ayant plus à y figurer, merci d'en avertir votre correspondant régional pour SAE (en ARS) afin qu'il fasse procéder à la mise à jour du bordereau.

2. Interrogation d'une entité juridique privée de santé mentale

Les entités juridiques privées dont dépendent plusieurs établissements de santé mentale, tous situés dans le même département, répondent pour l'ensemble de leurs établissements. Le bordereau STB fournit la liste des structures pour lesquelles l'entité est interrogée. Un seul questionnaire est rempli pour l'ensemble de ces structures.

Organisation des services logistiques

Situation en décembre de l'année

(*)		Réalisé en interne	Participe à un SIH	Sous-traité à l'extérieur	Prestataire pour l'extérieur	Autre	
		A	B	C	D	E	
Restauration (ou distribution des repas)	1	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blanchisserie	2	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nettoyage	3	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Informatique	4	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(*) cocher, plusieurs réponses possibles pour chaque fonction

Modalités de coopération

- Accord d'association entre établissements publics et privés (L 6161-8) :

Accord 1 : Thème ⁽¹⁾

Accord 2 : Thème ⁽¹⁾

Accord 3 : Thème ⁽¹⁾

B15 ☐

B16 ☐

B17 ☐

- Fédération médicale inter-hospitalière :

Nombre de fédérations :

A16 ☐

(1) inscrire le thème principal; voir l'aide au remplissage (liste de codes)

Groupement de coopération sanitaire (GCS)

Votre (vos) établissement(s) apparten(en)t-il(s) juridiquement à un (plusieurs) GCS pour les activités de soins ?

A18 ☐ oui ☐ non ☐

Indiquer les FINESS de l'EJ-GCS puis des autres établissements du GCS
(remplissage en ligne)

		A EJ-GCS	B ET1	C ET2	D ET3	E ET4	F ET5
GCS 1	19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GCS 2	20	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GCS 3	21	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GCS 4	22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GCS 5	23	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sinon, êtes-vous situé sur un même site géographique qu'un établissement relevant d'un GCS ?

A24 ☐ oui ☐ non ☐

ORG - Organisation et coopération

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques

ORGANISATION DES SERVICES LOGISTIQUES

« Sous-traité à l'extérieur » signifie qu'une autre personne morale réalise l'activité pour l'entité.

« Prestataire pour l'extérieur » signifie que l'entité réalise une activité au profit d'une autre entité.

Dans le cas du secteur public, on considère comme interne toute activité réalisée au sein de l'entité juridique. La réponse peut donc être identique pour tous les établissements de l'entité.

Il peut y avoir plusieurs réponses sur une même ligne.

Ce qui compte, ce n'est pas le lieu de la prestation mais le personnel qui l'a effectuée.

Exemple : si la restauration est réalisée par une société extérieure à l'intérieur de l'établissement, il faut cocher la case C4 (sous-traité à l'extérieur).

MODES DE COOPÉRATION

Ne sont concernées que les questions sur les accords entre établissements publics et privés, et le décompte des fédérations médicales inter-hospitalières.

- **Accord d'association**

Un accord d'association est un mode de coopération conclu entre un établissement public de santé et un établissement privé de santé n'assurant pas le service public hospitalier pour la réalisation d'un ou plusieurs objectifs, notamment coordonner les activités de soins des établissements contractants, utiliser en commun les équipements de chacun des établissements, assurer en commun la formation des personnels.

L'établissement privé doit préalablement avoir signé une convention avec des organismes d'assurance maladie.

Pour mémoire, les accords de coopération sont à renseigner dans les cas cités dans la loi HPST :

Art. L. 6161-8. : Les établissements de santé privés d'intérêt collectif peuvent conclure, pour un ou plusieurs objectifs déterminés, soit avec un établissement public de santé, soit avec une communauté hospitalière de territoire, des accords en vue de leur association à la réalisation des missions de service public. Ces accords sont conclus sur la base du projet régional de santé défini à l'article L. 1434-1, notamment du schéma régional d'organisation des soins défini aux articles L.1434-7 et L. 1434-9 ou du schéma interrégional défini à l'article L. 1434-10. Ils sont approuvés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

Si l'établissement a plus de trois accords d'association, seuls les trois plus importants sont à mentionner.

Le nombre d'établissements est celui qui compose l'accord d'association.

Les thèmes figurent dans la nomenclature comme rappelée ci-dessous.

ACCORD D'ASSOCIATION

Liste des thèmes

CODE	LIBELLÉ
A	Autre
C	Cardiologie
D	Traitement de la douleur et soins palliatifs
E	Personnes démunies
I	Insuffisance rénale chronique
K	Cancérologie
L	Logistique
O	Obstétrique et néonatalogie
P	Personnes âgées
S	Soins de suite et de réadaptation
U	Urgence
Z	Social

• GCS

Le groupement de coopération sanitaire (GCS) a été institué par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Le GCS devenait une forme nouvelle de coopération entre les établissements de santé puisqu'il permettait aux établissements de santé publics et aux établissements de santé privés de coopérer.

La loi HPST est venue clarifier les règles de droit et consacrer la possibilité pour un GCS de délivrer des soins, via le décret n°2010-862 du 23 juillet 2010.

La définition et les modalités de financement des GCS sont précisées dans les articles L6133-1 à L6133-9 du code de la santé publique et L162-22-13 du code de la sécurité sociale.

La SAE s'appuie sur les règles d'enregistrement des groupements de coopération sanitaire dans le répertoire FINESS qui sont précisées dans la circulaire N° DREES/DGOS/2011/87 du 4 mai 2011 fixant la création et l'enregistrement FINESS des GCS.

A18. Il est demandé si votre établissement appartient juridiquement à un (ou plusieurs) GCS titulaires d'autorisations d'activités de soins.

A24. Il est possible que votre établissement se situe sur le même site géographique qu'un établissement dépendant d'un GCS ayant autorisation de soins. L'activité est alors partagée entre vous et cet autre établissement, alors que vous occupez les mêmes locaux.

SUIVI DES POLITIQUES NATIONALES ET MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

1 - Lutte contre les infections nosocomiales (inclure les unités dites d'hygiène hospitalière)

Personnel dont l'activité est spécifiquement consacrée à la lutte contre les infections nosocomiales :

Personnel non médical (en ETP) :

Médecins et Pharmaciens hors internes (en ETP) :

A1	
A2	

2 - Prise en charge des personnes en situation de précarité (Etablissements publics et PSPH)

Part des séjours CMU/CMUC/AME en court séjour :

Avez-vous une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement ?

Si oui, Nombre d'ETP dédiés à la (les) PASS :

Nombre de personnes différentes reçues au moins une fois dans l'année (file active) par la (les) PASS :

Un accès aux soins bucco-dentaires est-il organisé dans le cadre de la PASS ?

Existence d'une équipe mobile précarité en psychiatrie :

A3	
A4	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A5	
A6	
A7	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A8	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

3 - Mission particulière au titre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues

L'établissement hospitalier a-t-il une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) ?

Si oui, Capacité du(des) établissements pénitentiaires correspondant :

Nombre de consultations de médecine générale effectuées dans l'année par l'UCSA :

Nombre de consultations médicales de spécialités (autres que la médecine générale et la psychiatrie) effectuées dans l'année par l'UCSA :

Nombre de consultations de psychiatrie effectuées dans l'année par l'UCSA :

Nombre de consultations dentaires effectuées dans l'année par l'UCSA :

Nombre de patients différents vus au moins une fois dans l'année (file active) :

Si l'établissement hospitalier a, dans un service de soins somatiques, une ou des chambres sécurisées pour l'hospitalisation des personnes détenues, **indiquer ici leur nombre**

L'établissement hospitalier a-t-il une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) ?

Si oui, Nombre de séjours en UHSI :

Nombre de journées en UHSI :

A9	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A10	
A11	
A12	
A13	
A14	
A15	
A16	
A17	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A18	PMSI
A19	PMSI

4 - Prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Avez-vous un centre mémoire de ressources et de recherche ?

Si oui, File active (nombre de patients différents vus au moins une fois dans l'année) pour l'activité de recours :

Dont nombre de nouveaux patients pour l'activité de recours :

Avez-vous une consultation mémoire (CM) dans votre ou vos établissement(s) ?

Si oui, Combien avez-vous de consultations mémoire ?

La consultation est-elle labellisée ?

File active (nombre de patients différents vus au moins une fois dans l'année) :

Dont nombre de nouveaux patients :

Existe-t-il un groupe de parole destiné aux aidants ?

Délai moyen d'obtention d'un premier rendez vous (= nombre de jours ouvrés séparant la demande et le premier rendez-vous proposé), observé sur les demandes formulées au mois d'octobre (entre le 1er et 31) :

A20	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A21	
A22	
A23	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A24	
A25	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A26	
A27	
A28	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A29	

Date labellisation* :

B25	
-----	--

* format (jj/mm/aaaa)

Personnel des centres (CMRR) et des consultations mémoire	Code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels
			A	B	C
Personnel médical (hors internes)	1000	30			
dont gériatres	1320	31			
dont neurologues	1120	32			
Personnel non médical		33			
dont psychologues	2700	34			

Disposez-vous d'une unité de réhabilitation cognitivo-comportementale (UCC) identifiée en SSR ?

Si oui, Nombre de lits identifiés :
Nombre d'admissions :
Nombre de journées réalisées :

A35	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A36	
A37	
A38	

Disposez-vous d'une unité d'hébergement renforcé (UHR) identifiée en USLD ?

Si oui, Nombre de lits identifiés :
Nombre d'admissions :
Nombre de journées réalisées :

A39	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A40	
A41	
A42	

5 - Prise en charge des personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel (EVC-EPR)

L'établissement dispose-t-il d'une unité de soins dédiée pour personnes en EVC-EPR ?

Si oui, Nombre de lits de l'unité :
Nombre de nouveaux patients entrés dans l'unité, dans l'année :
Cette unité est-elle adossée à un service de SSR ?

A43	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A44	
A45	
A46	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

6 - Existence de consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

Si oui, Nombre d'heures d'ouverture dans la semaine :
Nombre de consultations réalisées dans l'année :

A47	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A48	
A49	

7 - Prise en charge des pathologies cancéreuses

Existence d'une équipe dédiée au centre de coordination en cancérologie (3C) ?

Si oui, Nombre d'ETP annuel (hors internes) :

A50	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A51	

8 - Existence d'une équipe de liaison en addictologie

Si oui, Nombre d'ETP annuel (hors internes) :
Nombre de patients pour lesquels l'équipe a été sollicitée dans l'année :
Dont nombre de patients vus aux urgences :

A53	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A54	
A55	
A56	

9 - Existence de consultations d'addictologie

Si oui, Nombre de consultations individuelles réalisées dans l'année :
Nombre de personnes différentes reçues au moins une fois dans l'année (file active) :
Délai d'obtention d'un premier rendez vous (= nombre de jours ouvrés séparant la demande et le premier rendez vous proposé), observé sur les demandes formulées au mois d'octobre (entre le 1er et 31) :
Nombre d'ETP (annuel) dédiés à ces consultations (hors internes) :

A57	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A58	
A59	
A60	
A61	

10 - Existence de consultations de génétique

Si oui, Nombre de consultations réalisées dans l'année :
Dont nombre de consultations avancées (réalisées dans un autre établissement) :
Nombre d'ETP (annuel) participant à ces consultations (hors internes) :
Dont ETP (annuel) de généticiens (hors internes) :

A62	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A63	
A64	
A65	
A66	

PRINCIPES DU BORDEREAU

Les missions de service public ayant trait à des prises en charge de populations particulières sont retracées, de manière à rendre compte du degré de couverture des besoins sur un territoire (« inventaire » prévu dans le cadre du SROS). C'est le cas par exemple de la lutte contre l'exclusion, de la prise en charge des soins palliatifs (existence d'unités et de moyens dédiés), des soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire ou en milieu hospitalier, etc. Des activités assurées par certains établissements, sont éligibles à une dotation au titre des missions d'intérêt général (MIG).

Les points communs de ces diverses missions sont, d'une part d'être inscrits dans les contrats d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements concernés, d'autre part la difficulté ou l'impossibilité de les financer par des tarifs dans le cadre du modèle de tarification actuel.

N'ont été retenues que les missions relatives aux soins hospitaliers concernant un nombre significatif d'établissements et/ou correspondant à une activité complémentaire d'une autorisation décrite par ailleurs.

Enfin, ce bordereau n'est pas le seul dans SAE à rendre compte de missions de service public assurées par l'établissement. Ainsi, les gardes et astreintes effectuées dans le cadre de la permanence des soins en établissements de santé font l'objet de questions dans de nombreux bordereaux. Les soins palliatifs et le traitement de la douleur chronique sont traités dans deux bordereaux spécifiques (en alternance une année sur deux). Enfin, d'autres informations sont réparties dans les bordereaux thématiques (par exemple l'existence d'un centre périnatal de proximité ou de lactariums, des interrogations sur la télémedecine, ou sur les équipes spécialisées en psychiatrie).

Les objectifs du bordereau sont :

- faciliter l'inventaire des établissements assurant les missions de service public, et l'évaluation des besoins couverts, au sein des territoires,
 - documenter les moyens qui leur sont spécifiquement dédiés et leur activité,
 - faciliter le suivi des contrats d'objectifs et de moyens relatifs à ces missions,
 - mais aussi, pour chaque mission décrite, permettre des comparaisons de situations entre régions.
-

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Le bordereau PN et missions de service public rassemble quelques éléments de l'ancien bordereau de même intitulé (infections nosocomiales, précarité, soins aux détenus, etc.). Cependant, certains thèmes sont traités maintenant par des bordereaux spécifiques : c'est le cas de l'information médicale mais aussi des soins palliatifs et du traitement de la douleur chronique.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques.

Compte tenu de l'absence de système d'information de ces activités en lien avec la tarification, l'ensemble des informations attendues dans ce bordereau nécessite la collaboration avec les équipes chargées d'assurer ces missions et l'équipe administrative gestionnaire de la SAE.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Article L. 6112 du Code de la santé publique

Article L162-22-13 et D 162-6 du code de la sécurité sociale

Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS et, notamment, les éléments relatifs aux missions de service public (www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_SROS.pdf)

QUESTIONNEMENT

1. LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (POUR TOUS LES ÉTABLISSEMENTS)

A1 et A2 : Désormais, le recueil des principales données d'activité et de résultats des établissements en matière de lutte contre les infections nosocomiales, fait l'objet de recueils spécifiques. Le questionnement SAE se centre sur les seuls moyens en personnel de l'établissement, dédiés à la lutte contre les infections nosocomiales, exprimés en équivalents temps plein (ETP).

Il s'agit de personnels identifiés clairement au sein de l'établissement comme référent(s) ou faisant partie de l'équipe d'hygiène hospitalière, ou encore des personnels d'une antenne régionale de C-CLIN, si l'établissement en accueille (à l'exclusion des cinq C-CLIN qui ont une activité moins directement liée aux patients).

Sont à distinguer le personnel non médical (personnel infirmier, cadres de santé, secrétaires et techniciens bio hygiénistes), des médecins et pharmaciens (hors internes).

Les ETP sont calculés en moyenne annuelle. Pour les personnels éventuellement partagés avec d'autres services (comme les infirmières ou les pharmaciens), l'ETP sera calculé en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de l'équipe dédiée à la lutte contre les infections nosocomiales. On compte ici le temps travaillé et non le temps rémunéré.

2. LUTTE CONTRE L'EXCLUSION SOCIALE ET PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SITUATION PRÉCAIRE.

A3 : L'accueil de personnes en situation de précarité dans le cadre des soins hospitaliers se mesure à travers la part des séjours CMU/CMUC/AME.

A4 : Les permanences d'accès aux soins de santé comprennent des permanences « adaptées aux personnes en situation de précarité, visent à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits », en application de l'article L.6112-6 du code de la santé publique.

A5 : Comme pour toutes les missions de service public, un établissement n'est considéré comme assurant la mission que s'il est doté de moyens et d'une organisation le permettant, c'est pourquoi il est demandé le nombre d'ETP dédiés au fonctionnement de la PASS.

Les ETP sont calculés en moyenne annuelle. Pour les personnels éventuellement partagés avec d'autres services (comme les infirmières ou les assistantes de service social), l'ETP sera calculé en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de la PASS. Ce qui importe, c'est le temps travaillé et non le temps rémunéré

A6 : Nombre de personnes différentes reçues au moins une fois dans l'année (file active).

A7 : L'accès aux soins bucco-dentaires pour les patients en situation de précarité est une préoccupation de santé publique.

A8 : Existence ou non d'équipes mobiles en psychiatrie assurant le suivi et les soins de personnes en situation d'exclusion dans leur lieu de vie.

3. LES SOINS DISPENSÉS AUX DÉTENUS EN MILIEU PÉNITENTIAIRE ET, SI NÉCESSAIRE, EN MILIEU HOSPITALIER (sauf les informations sur les SMPR incluses dans le bordereau psychiatrie)

A9 : Existence d'une Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA)

L'UCSA est constituée par une équipe hospitalière pluridisciplinaire et comporte des équipements médicaux et non médicaux mis en place par l'établissement de santé. Elle est installée, en détention, à l'intérieur de locaux spécifiques aménagés par l'administration pénitentiaire, qui en assure la maintenance. Des consultations spécialisées sont organisées au sein de l'établissement pénitentiaire. L'objectif est d'assurer sur place le maximum de consultations spécialisées, afin de limiter les difficultés inhérentes aux déplacements des personnes détenues à l'extérieur, du fait notamment de la nécessité de mobiliser des personnels pour assurer la sécurité.

Pour répondre OUI, l'établissement ne doit pas seulement participer au fonctionnement de l'UCSA d'un autre centre hospitalier, mais être lui-même celui qui en assure le fonctionnement, et notamment celui des consultations somatiques.

A10 : Un des éléments déterminants de l'activité et des moyens nécessaires est, bien entendu, la capacité des établissements pénitentiaires desservis.

De A11 à A15 : sont demandées le nombre de consultations médicales effectuées au cours de l'année écoulée, selon les spécialités (médecine générale, autres spécialités hormis la psychiatrie, et psychiatrie), le nombre de consultations dentaires ainsi que le nombre de patients différents vus au moins une fois en consultation au cours de l'année (file active).

A16. Nombre de chambres sécurisées : «L'hospitalisation de courte durée prévisionnelle ou en urgence des personnes détenues s'opère en principe au sein de l'établissement de santé de rattachement de l'UCSA. Cette hospitalisation est réalisée dans une chambre sécurisée et à la condition que l'état de santé de la personne détenue ne requiert pas une hospitalisation dans un service spécialisé (réanimation par exemple). Les chambres sécurisées répondent à un cahier des charges fixé en annexe de la circulaire du 13 mars 2006 ».

A17. Existence ou non d'une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI). «Les hospitalisations excédant la très courte durée ou réclamant un plateau technique très spécialisé sont réalisées dans des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) définies par l'arrêté du 24 août 2000.»

A18 et A19. Nombre de séjours et journées en UHSI : Cellules préremplies par les données PMSI (séjours identifiés dans les unités médicales typées en 26)

4. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET APPARENTÉS

Une des mesures du plan de santé publique 2008-2012 consacré à ces pathologies est de parachever le maillage territorial des consultations mémoire (CM) et des centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR), destinés à améliorer l'accès au diagnostic précoce. D'autres dispositifs sont prévus pour améliorer l'accueil en établissement de santé (création d'unités de réhabilitation cognitivo-comportementale en SSR et unités d'hébergement renforcé en USLD).

A20. Existence d'un centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR)

Les CMRR ont un rôle de recours pour les diagnostics complexes, une activité de recherche clinique, de formation et de réflexion éthique, assurent les missions d'une consultation mémoire pour le secteur géographique et animent le dispositif régional et interrégional en partenariat avec les consultations mémoire (voir annexe 5 de la circulaire du 30 mars 2005 relative à l'application du plan. Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007). La labellisation de ces centres est effectuée par les ARS.

A21. File active : nombre de patients différents vus au moins une fois en consultation dans l'année, pour l'activité de recours (diagnostics complexes)

A22. Dont nombre de nouveaux patients (patients n'ayant jamais consulté avant)

A23. Existence d'une consultation mémoire (CM) dans l'établissement (dispositif)

Les consultations mémoire créées par le premier plan Alzheimer 2001-2004 sont des consultations pluridisciplinaires dont les missions principales consistent à diagnostiquer le trouble amnésique, diagnostiquer avec fiabilité un syndrome démentiel et le type de démence et proposer un suivi aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Leurs missions sont décrites dans un cahier des charges annexé à la circulaire de 2011.

Si l'établissement n'a qu'une CMRR, sans autre consultation mémoire, répondre non.

A24. Si oui, combien avez-vous de Consultations mémoire (CM) ?

Il s'agit ici de renseigner un nombre d'unités, et non un nombre de consultations.

A25. La consultation mémoire est elle labellisée ?

Pour être labellisée par l'ARS, une consultation mémoire doit disposer d'une équipe pluridisciplinaire composée de neurologue ou gériatre, de psychologue ou orthophoniste et d'un temps de secrétariat et une file active supérieure à 200 patients (voir annexe circulaire relative à l'application du plan Alzheimer du 30 mars 2005).

B25. Si la réponse est oui, inscrire ici la date de la labellisation

A26. File active : nombre de patients différents vus au moins une fois en consultation dans l'année

A27. Dont nombre de nouveaux patients (patients n'ayant jamais consulté avant)

A 28. Existence d'un groupe de parole destiné aux aidants

Il peut s'agir d'initiatives conduites avec l'aide d'associations concernées (type France Alzheimer), comportant des cycles de formation et des échanges.

A29. Délai moyen d'obtention d'un premier rendez vous, mesuré sur les demandes formulées au mois d'octobre

Le délai d'obtention du premier rendez-vous conditionne l'accès des patients à un diagnostic précoce au sein d'un territoire ou d'une région. Son allongement peut témoigner d'une « offre » insuffisante (nombre de plages de consultations, ressources humaines). Il s'agit ici de compter, pour chaque première consultation demandée entre le 1er et le 30 octobre, le nombre de jours ouvrés séparant la date de la demande formulée par le patient, sa famille ou son médecin, de celle du premier rendez-vous proposé. Calculer ensuite la moyenne obtenue sur le total des consultations demandées sur cette même période.

A30 à C34. Personnels des centres et des consultations mémoire

Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle.

Les salariés éventuellement partagés avec d'autres services (comme les psychologues) sont à compter dans les effectifs, comme ceux qui sont propres aux centres ou aux consultations ; par contre, leurs ETP seront calculés en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité des CMRR et CM. Pour les ETP, on comptera ici le temps travaillé et non le temps rémunéré.

A35 à A37. Existence d'une Unité cognitivo-comportementale en Soins de Suite et Réadaptation (SSR), sa capacité en lits et son activité en nombre d'admissions et de journées

Les unités cognitivo-comportementales sont identifiées dans des services existants de SSR et comportent entre 10 et 12 lits. Elles doivent être identifiées sous forme d'unité fonctionnelle et d'unité médicale (voir circulaire DHOS/O1/O2/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012).

A39 à A42. Existence d'une unité d'hébergement renforcée identifiée en USLD, sa capacité en lits et son activité en nombre d'admissions et de journées

L'unité d'hébergement renforcée (UHR), d'une capacité de 12 à 14 résidents dans les EHPAD médico-sociaux, est un lieu de vie et de soins qui fonctionne nuit et jour. Il propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères.

5. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN ETAT VEGETATIF CHRONIQUE OU EN ETAT PAUCI-RELATIONNEL (EVC-EPR)

A43 à A46 :

Existence de petites unités d'accueil au long cours des personnes en EVC ou en EPR, de 6 à 8 lits. (Voir la circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS n° 2002-288 du 3 mai 2002 relative à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel).

6. EXISTENCE DE CONSULTATIONS DE DEPISTAGE ANONYME ET GRATUIT (CDAG)

A47 : Les consultations de dépistage anonyme et gratuit font partie intégrante du dispositif de lutte contre le VIH et les hépatites virales. Dans chaque département, le représentant de l'État agréé au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés. Ces consultations peuvent également être habilitées par le représentant de l'État à participer dans les mêmes conditions à la lutte contre

les hépatites virales C et B. Le renouvellement de l'agrément se fait tous les trois ans. Toutes les prestations sont gratuites et anonymes.

Ces CDAG assurent principalement les fonctions suivantes : accueil et information, évaluation des risques d'exposition, examen clinique et biologique de dépistage, conseil personnalisé, accompagnement vers une prise en charge médicale, psychologique et sociale adaptée.

Elles développent, en dehors des temps de consultation, des démarches de prévention hors leurs murs. Les CDAG peuvent intervenir dans les maisons d'arrêt.

A48 : nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire

A49 : nombre de consultations réalisées (un consultant génère au moins deux consultations)

7. EXISTENCE D'UNE EQUIPE DEDIEE AU CENTRE DE COORDINATION EN CANCEROLOGIE (3C)

A50 :

Les « 3C », qui doivent être labellisés par l'ARS, ont pour missions :

- de mettre à disposition des médecins et des soignants les référentiels, thésaurus et protocoles validés actualisés par le réseau régional ou l'INCa et de mettre en place l'audit interne de leur utilisation,
- de mettre en œuvre la pluridisciplinarité (Réunions de Concertation Pluridisciplinaires),
- de s'assurer de la mise en place du dispositif d'annonce au sein des établissements autorisés en matière de traitement du cancer et de la remise à chaque patient du programme personnalisé de soins,
- d'informer et d'orienter les patients,
- de produire des informations sur les activités cancérologiques.

A51.

Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle. Les ETP des salariés éventuellement partagés avec d'autres services (comme les secrétaires) seront calculés en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité du centre de coordination en cancérologie. On comptera ici le temps travaillé et non le temps rémunéré.

8. EXISTENCE D'UNE EQUIPE DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE- (ELSA ou ECIMUD à l'AP-HP)

A53.

Les établissements de santé doivent s'organiser pour mieux prendre en charge la problématique des personnes présentant une conduite d'usage nocif d'une ou de plusieurs drogues, se présentant aux urgences, ou en hospitalisation, et notamment les jeunes et les femmes enceintes et à ce titre développer les activités de liaison au sein de leur structure.

Le travail de liaison repose sur le principe de rapprochement des équipes dotées de compétences d'alcoologie, de toxicomanie, et de tabacologie, troubles des conduites alimentaires, addictions sans produit.

Les équipes de liaison en addictologie ont pour mission de former et assister les personnels soignants, élaborer les protocoles de soins et de prise en charge, intervenir aux urgences et auprès des personnes hospitalisées en fonction de la demande du service, développer le lien avec le dispositif de prise en charge permettant un suivi médico-psycho-social des patients, mener des actions de prévention, d'information et de sensibilisation au sein de l'établissement, participer au recueil d'information et à la mise en place d'indicateurs.

A54 à A56 :

Les indicateurs demandés sont tirés du rapport d'activité standardisé demandé par la circulaire DHOS du 14 juin 2004.

Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle. Les ETP des salariés éventuellement partagés avec d'autres services (comme les psychologues) seront calculés en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de l'ELSA. On comptera ici le temps travaillé et non le temps rémunéré.

9. EXISTENCE DE CONSULTATIONS EN ADDICTOLOGIE

A57 à A59 : Il s'agit de rendre compte de l'activité de consultation sur rendez-vous de patients non hospitalisés, par l'équipe soignante en addictologie. Si, en fonction du bassin de population et de la taille de l'hôpital, cette équipe soignante peut n'être pas séparée de l'équipe d'addictologie de liaison, l'activité de liaison, elle, ne comprend pas de consultations externes (cf les missions spécifiques citées plus haut). Il conviendra donc de la distinguer et de répartir les ETP entre les deux missions.

A60. Délai moyen d'obtention d'un premier rendez-vous, mesuré sur les demandes formulées au mois d'octobre.

Le délai d'obtention du premier rendez-vous conditionne l'accès des patients à une prise en charge précoce. Son allongement peut témoigner d'une « offre » insuffisante (nombre de plages de consultations, ressources humaines). Il s'agit donc de compter, pour chaque première consultation demandée entre le 1er et le 30 octobre, le nombre de jours ouvrés séparant la date de la demande formulée par le patient, sa famille ou son médecin, de celle du premier rendez-vous proposé. Calculer ensuite la moyenne obtenue sur le total des consultations demandées sur cette même période.

A61.

Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle. Les ETP des salariés éventuellement partagés avec d'autres services (comme les psychologues) ou avec l'ELSA seront calculés en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de consultation externe.

10. EXISTENCE DE CONSULTATIONS DE GENETIQUE

A62

La génétique médicale est une spécialité clinique récente (à ne pas confondre avec les biologistes spécialisés en génétique moléculaire) encore peu présente au sein des établissements de santé. Cependant la demande est croissante, en particulier pour le diagnostic et la prise en charge précoce de maladies génétiques (ou oncogénétique).

Aussi, l'accent est mis sur le développement de consultations hospitalières de génétique. Il s'agit de consultations médicales externes spécialisées qui ont pour objet l'accompagnement des parents et l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré et post natale d'une maladie ou d'une malformation. Pour améliorer l'accès à cette prestation, l'équipe d'un établissement peut effectuer « des consultations avancées (dans d'autres établissements) ».

Les indicateurs demandés ont trait au nombre total de consultations médicales effectuées (**A63**), en indiquant, le cas échéant, le nombre de celles qui ont été effectuées dans un autre établissement (**A64**), et au nombre total d'ETP participant à ces consultations **A65** (des psychologues et des secrétaires sont généralement impliquées), dont ceux de médecins généticiens **A66**.

Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle. Les ETP des salariés éventuellement partagés avec d'autres services (comme les psychologues) seront calculés en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de consultation hospitalière de génétique. On comptera ici le temps travaillé et non le temps rémunéré.

BORDEREAU FILTRE

L'objectif de ce bordereau est de caractériser précisément l'offre de soins disponible et accessible cette année dans votre établissement et de déterminer ainsi les parties de questionnaire qui vous concernent. Il s'agit de lister toutes les activités et tous les équipements disponibles sur le site de votre établissement, quelles que soient les organisations juridiques associées. Les activités et équipements présents dans l'année doivent être déclarés, même s'ils ont fermé en cours d'année.

Description globale de l'offre de soins de l'année

	Valeur modifiable	Filtres	Pour information, valeur initiale (préremplie via les autorisations)
Quelles activités cliniques avec hébergement (1) dispense votre établissement ?			
Médecine	A1	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui Bloc A + bordereau MCO
Chirurgie	A2	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui Bloc A + bordereau MCO + bordereau blocs et sites opératoires
Périnatalité (Obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale, IVG)	A3	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui Bloc A + bordereau MCO + bordereau périnatalité
Psychiatrie	A4	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau psychiatrie
Soins de suite et de réadaptation	A5	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau SSR
Soins de longue durée	A6	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau USLD
Quelles activités cliniques sans hébergement (dans l'établissement) dispense votre établissement ?			
Chirurgie ambulatoire	A7	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau MCO + bordereau blocs et sites opératoires
Psychiatrie	A8	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau psychiatrie
Radiothérapie ou curiethérapie	A9	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau traitement du cancer
Chimiothérapie (autorisé ou associé)	A10	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau traitement du cancer
Dialyse (techniques d'épuration extra-rénale)	A11	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Dialyse
IVG ou AMP clinique ou lactarium	A12	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau MCO + bordereau périnatalité
Centre périnatal de proximité	A13	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau périnatalité
HAD	A14	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau HAD
Rééducation fonctionnelle (hors SSR)	A15	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Disposez-vous d'une structure autorisée des urgences (générales ou pédiatriques) au sein de votre établissement ?			
	A16	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau MCO + bordereau urgences
Disposez-vous d'un SAMU ou d'un SMUR (ou d'une antenne SMUR) au sein de votre établissement ?			
	A17	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau SAMU/SMUR
Disposez-vous d'un plateau technique au sein de votre établissement comprenant de façon spécifique?			
des activités de bloc opératoire	A18	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau blocs et sites opératoires
une activité d'imagerie	A19	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau imagerie
une production de biologie médicale ou d'anatomopathologie	A20	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau biologie médicale et anatomopathologie
des activités d'explorations fonctionnelles (actes non invasifs)	A21	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau blocs et sites opératoires
des salles dédiées à d'autres activités sous anesthésie (ex : électroconvulsivothérapie)	A22	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau blocs et sites opératoires
Prenez-vous en charge d'autres activités médico-techniques ?			
Organisation du circuit du médicament	A23	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau pharmacie
Stérilisation des dispositifs médicaux	A24	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau pharmacie
Information médicale	A25	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau information médicale
Développez-vous une activité de télémedecine, en lien avec un autre établissement de santé (que ce soit en tant que demandeur ou sollicité)?			
	A26	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau télémedecine
Disposez-vous ?			
d'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)?	A27	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau soins palliatifs
d'une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (centre ou consultation)?	A28	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Dispensez-vous des activités médico-sociales et sociales ?			
	A29	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

Bloc A

Quelles activités de soins soumises à autorisation, précisément ?

Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	A30	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Chirurgie cardiaque + bordereau blocs et sites opératoires
Réanimation, soins intensifs, surveillance continue	A31	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Réanimation
Chirurgie des cancers	A32	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau traitement du cancer + bordereau blocs et sites opératoires
Neurochirurgie	A33	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Neurochirurgie + bordereau blocs et sites opératoires
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en neuroradiologie	A34	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Neurochirurgie + bordereau blocs et sites opératoires
Transplantations d'organes et greffes de moelle osseuse	A35	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau blocs et sites opératoires
Traitement des grands brûlés	A36	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Traitement grands brûlés
Chirurgie cardiaque	A37	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Chirurgie cardiaque + bordereau blocs et sites opératoires
Soins palliatifs (LISP, USP)	A38	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau soins palliatifs

(1) Les activités avec hébergement concernent les soins avec une hospitalisation du patient pour une durée plus ou moins longue. Elles se différencient des soins ambulatoires (séances, chirurgie ambulatoire, consultations). Source : HAS

FILTRE

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau est la première étape primordiale du remplissage du questionnaire. Le principe du bordereau 'filtre' est de lister toutes les activités et tous les équipements disponibles sur le site de votre établissement, quelles que soient les organisations juridiques associées. Le bordereau FILTRE permet de simplifier la saisie de l'établissement, en adaptant la liste des bordereaux au cas de chaque établissement.

Avant de commencer le remplissage des bordereaux proprement dits, l'établissement doit vérifier et éventuellement compléter le FILTRE, selon le périmètre de ses activités: il doit être rempli et validé pour déclencher l'ensemble du questionnaire car la liste se réduit en effet aux bordereaux pour lesquels il dispose d'une autorisation connue à l'ouverture de l'enquête.

- Pour les activités de soins soumises à autorisations, les questions sont pré-initialisées à partir des autorisations figurant dans le répertoire ARHGOS via FINESS. Si ces autorisations ne correspondent pas à l'activité qui est réalisée dans l'établissement, vous pouvez corriger la valeur située en **colonne A**. La valeur initiale reste affichée en **colonne B**, pour information.
- Pour les équipements et activités médico-techniques ou de plateau technique, vous devez renseigner si l'activité est présente ou non ; celle-ci n'étant pas pré-remplie.

Toute activité ayant eu lieu dans l'année doit être déclarée, même si elle a fermé en cours d'année.

Le bloc A concerne des activités de soins soumises à autorisation. Le bloc s'ouvre dès que l'établissement a une activité de MCO avec hébergement (cases A1, A2 ou A3).

Sur le bordereau filtre, on peut effectuer deux types d'actions : l'enregistrer, ou le valider. Si on l'enregistre, on sauvegarde les cellules remplies, mais on ne déclenche pas le questionnaire avec l'ensemble des bordereaux accessibles ; seule la validation rend l'ensemble des questionnaires saisissables.

Au terme de sa vérification, l'établissement doit valider le FILTRE afin de fixer le contenu du questionnaire à remplir, et notamment de pouvoir accéder aux bordereaux qui étaient initialement grisés. Seuls les bordereaux pour lesquels les questions du FILTRE sont remplies à 'oui', figurent dans la liste. Le FILTRE ne peut être validé que s'il ne comporte aucune erreur bloquante.

Vous pouvez modifier le bordereau filtre à tout moment de la collecte et revenir en arrière sur le FILTRE déjà validé. Attention, si vous enlevez un équipement ou une activité présente (en passant à « non » ou vide, une question préalablement à « oui », permettant l'accès à un bordereau), il faut savoir que les données, préalablement saisies, qui figurent sur ce bordereau sont définitivement effacés.

Attention ! Vous pouvez être amenés à revoir le filtre suite à l'import des données PMSI (MCO et HAD).

En effet, celles-ci peuvent alors ouvrir un bordereau non accessible jusque là et les réponses au filtre peuvent être modifiées. Par exemple, des données de réanimation sont importées, alors que la case A31 correspondante du filtre est mise à 'non'. Lors de l'import, les données du bordereau réanimation sont importées et la case A31 du filtre est « forcée » à oui.

Après l'import, il vous appartiendra alors de re-contrôler le filtre, de décider de garder ce bordereau ou non et de revalider le filtre en conséquence.

Modalités de pré remplissage du bordereau filtre

Case	Libellé	Pré remplissage
A1	Médecine avec hébergement	autorisation de médecine en hospitalisation complète
A2	Chirurgie avec hébergement	autorisation de chirurgie en hospitalisation complète
A3	Périnatalité avec hébergement	autorisation de gynécologie-obstétrique en hospitalisation complète, ou néonatalogie, ou de réanimation néonatale
A4	Psychiatrie avec hébergement	autorisation de psychiatrie générale ou infanto-juvénile en hospitalisation complète, d'appartement thérapeutique), ou avec une catégorie de CHS-292, maison de santé pour maladies mentales-161, appartement thérapeutique-412, ou de centre de crise ou d'accueil permanent-444
A5	Soins de suite et de réadaptation	autorisation de soins de suite et réadaptation
A6	Soins de longue durée	autorisation de soins de longue durée
A7	Chirurgie ambulatoire	autorisation de chirurgie ambulatoire
A8	Psychiatrie sans hébergement	autorisation de psychiatrie générale ou infanto-juvénile en hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit ou en hospitalisation à domicile, de placement familial thérapeutique, ou avec une catégorie de CMP-156, atelier thérapeutique-366, SMPR-415, CATTP-425 ou de centre de post-cure pour malades mentaux-430-444
A9	Radiothérapie	autorisation de radiothérapie externe ou de curiethérapie
A10	Chimiothérapie	autorisation de chimiothérapie, ou établissement associé
A11	Dialyse	autorisation de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ou établissement de catégories (138, 139, 140, 141, 146 ,422)
A12	Périnatalité sans hébergement	autorisation de gynécologie-obstétrique en hospitalisation à temps partiel
A13	Centre périnatal de proximité	autorisation de centre périnatal
A14	Hospitalisation à domicile	autorisation de médecine, de gynécologie-obstétrique ou de SSR en hospitalisation à domicile
A16	Structure autorisée des urgences	autorisation de structure des urgences (générales ou pédiatriques)
A17	SAMU ou SMUR	autorisation de SAMU ou de SMUR (y.c. antennes SMUR)
A18	Activités de bloc opératoire	pré alimenté si chirurgie
A30	Activités interventionnelles en cardiologie	autorisation d'activités interventionnelles en cardiologie
A31	Réanimation	autorisation de réanimation
A32	Chirurgie des cancers	autorisation de chirurgie des cancers
A33	Neurochirurgie	autorisation de neurochirurgie
A34	Activités interventionnelles en neuroradiologie	autorisation d'activités interventionnelles en neuroradiologie
A35	Transplantation d'organes et greffes de moelle osseuse	autorisation de greffe
A36	Traitement des grands brûlés	autorisation de grands brûlés
A37	Chirurgie cardiaque	autorisation de chirurgie cardiaque

SYNTHESE DES ACTIVITES DE SOINS PAR DISCIPLINE

Personnel dans les bordereaux d'activités de soins	35
MCO – Médecine-Chirurgie-Obstétrique	38
PSY - Psychiatrie.....	45
SSR – Soins de suite et réadaptation.....	53
USLD – Unités de soins de longue durée.....	56
HAD - Hospitalisation à domicile	59

PERSONNEL DANS LES BORDEREAUX D'ACTIVITÉS DE SOINS

Dans ces bordereaux, doit être dénombré **le personnel qui contribue à l'activité décrite dans le bordereau**, celui qui concourt effectivement à produire les prestations d'hospitalisation, au bénéfice des patients d'un établissement géographique donné.

Ce personnel peut être salarié (quelque soit celui qui le rémunère) ou libéral. Cette vision du personnel diffère de celle des bordereaux Q20 à Q25, qui concernent le personnel rémunéré par l'entité. Ici, le personnel salarié mis à disposition doit être renseigné par le ou les établissements dans lequel il exerce, en effectif comme en ETP.

Les salariés éventuellement **partagés avec d'autres services** (comme les psychologues ou les masseurs kinésithérapeutes) sont à compter dans les effectifs, comme ceux qui sont propres aux unités. Ceux-ci pourront être comptabilisés dans des bordereaux différents en effectif. Par contre, leurs ETP seront calculés en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité dans chaque service.

Les **pharmaciens, odontologistes** et médecins spécialisés en **biologie médicale** doivent être comptabilisés avec le **personnel médical**.

Le personnel médical est dénombré **hors internes et FFI**, le personnel non médical **hors les élèves en formation**.

- **Effectif au 31 décembre**

Pour le **personnel salarié**, il s'agit du nombre de personnes physiques sous contrat au 31 décembre, qu'ils soient ou non présents dans l'établissement à cette date-là (c'est-à-dire même s'ils sont en congés simples).

Pour les **médecins libéraux**, on approxime les effectifs au 31 décembre en comptant les libéraux qui sont intervenus dans l'établissement au mois de décembre, car on ne souhaite pas avoir un biais lié aux vacances de fin d'année.

- **Temps plein / temps partiel**

Dans ce cadre, est considéré comme un temps plein toute personne qui exerce à temps plein quel que soit son statut. Par exemple, un attaché qui effectue 10 vacations par semaine figurera comme temps plein. Les praticiens hospitalo-universitaires et les assistants chefs de clinique travaillent à temps plein, même si leur valence hospitalière est à mi-temps. Doit être comptabilisé comme temps partiel, toute personne à temps partiel, quel que soit son statut et sa quotité de travail (50 %, 80 %, etc.).

- **ETP moyens annuels travaillés**

Cette notion d'ETP moyens annuels correspond aussi à la moyenne des ETP moyens mensuels. Elle fait référence à la fois à la durée de la période de travail dans l'année, et à la quotité de travail dans la semaine.

Un salarié qui travaille toute l'année à temps plein compte pour 1 ETP.

Un salarié qui travaille du 01 juillet au 31 décembre à temps plein compte pour 0,5 ETP.

Un salarié qui travaille à mi-temps toute l'année compte pour 0,5 ETP.

Un salarié qui travaille à mi-temps du 01 juillet au 31 décembre compte pour 0,25 ETP.

L'ETP d'un salarié est au plus égal à 1, même si la durée du travail est supérieure à la durée légale.

Par convention, 1 ETP = 10 demi-journées par semaine.

La mesure concerne les **ETP travaillés**, c'est-à-dire selon le temps de présence effectif, quel que soit le taux de rémunération. On doit donc retrancher aux ETP le temps passé en congé longue durée, en longue formation. En revanche, les congés annuels et les congés maladie ordinaires n'ont pas à être retranchés.

Par exemple :

- Une personne en mi-temps thérapeutique (donc travaillant à mi-temps pour un salaire à 100%) compte pour 0,5 ETP.
- Une personne à 80% payée 86 % comptera pour 0,80 en ETP.
- Une personne en congés longue durée durant toute l'année, payée à 50 % comptera pour 0 ETP.

Les ETP des libéraux doivent être estimés par rapport aux demi-journées effectuées, la référence étant de 10 demi-journées par semaine. Avant on estimait le volume de travail des libéraux à partir des effectifs exclusifs (temps plein et temps partiel) et non exclusifs. S'il est délicat de calculer les ETP des libéraux, il est possible d'utiliser l'ancienne méthode de calcul : libéraux exclusifs temps plein : 1 ETP, exclusifs temps partiel : 0,5 ETP et non exclusifs : 0,2 ETP.

MEDECINE CHIRURGIE OBSTETRIQUE
(hors HAD, psychiatrie, SSR et SLD)

Description des capacités et des activités

			Médecine	Chirurgie	Gynécologie Obstétrique	Total MCO (calculé)
			2110	2120	2130	2100
Hospitalisation complète (dont hospitalisation de semaine)			A	B	C	D
Hospitalisation complète	Lits installés au 31/12	1				
	Journées exploitables	2				
	Séjours	3	PMSI	PMSI	PMSI	
	dont séjours de 0 jour	4	PMSI	PMSI	PMSI	
	Journées	5	PMSI	PMSI	PMSI	
Hospitalisation à temps partiel						
Hospitalisation partielle ou ambulatoire	Places	6				
	Séjours	7	PMSI	PMSI	PMSI	
dont hospitalisation de nuit	Places	8				
	Séjours	9				
Séances (CM 28)*	Nb séances	10	PMSI			

* séances déclarées dans le PMSI-MCO, hors cabinets privés de radiothérapie, établissements de dialyse qui déclarent un RSF

ACTIVITE EXTERNE (hôpitaux publics et ESPIC uniquement)		Présence	Délai moyen d'obtention d'un RV hors urgence en octobre (en jours ouvrés)
Spécialités concernées		A	B
Cardiologie et maladies vasculaires	11	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Dermatologie	12	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Endocrinologie maladies métaboliques	13	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Gastro-entérologie hépatologie	14	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Neurologie	15	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Pédiatrie	16	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Pneumologie	17	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Rhumatologie	18	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Ophtalmologie	19	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

Données d'activité externe

Consultations, soins externes (médecins seulement)	20	
Activités du personnel non médical* =soins techniques et consultations	21	
Consultations et soins dentaires	22	

* Sages femmes exclues

Populations ciblées (pédiatrique, gériatrique, unité neurovasculaire)

A - UNITE DE COURT SEJOUR PEDIATRIQUE

Existe t-il un (ou plusieurs) service(s) ou une unité de court séjour pédiatrique dans l'établissement ?

Existe t-il un accueil pédiatrique spécifique aux urgences ?

A23	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A24	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Si oui, description du(des) service(s) ou de l'unité de court-séjour pédiatrique

		Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle
		A	B
Nombre de lits installés /places	25		
Nombre de séjours	26	PMSI	PMSI
Nombre de journées	27	PMSI	

Personnels concourant à l'activité (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)	Code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	Existence d'une garde senior 24h/24 ?	Existence d'une astreinte senior 24h/24 ?
			A	B	C	D	E
Personnel médical hors internes	1000	28				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
dont pédiatres	1140	29				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Infirmiers non spécialisés	2210	30					
Puéricultrices	2340	31					
Auxiliaires de puériculture	2530	32					
Masseurs kinésithérapeutes	2410	33					
Psychologues	2710	34					
Autre personnel non médical		35					

B – MEDECINE GERIATRIQUE

Existe t-il une équipe mobile gériatrique dans l'établissement ?

A36	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

Si oui, Nombre d'évaluations intra hospitalières réalisées :
Nombre d'évaluations extrahospitalières réalisées :
File active (nombre de patients différents vus au moins une fois dans l'année) :
Nombre d'ETP (annuel) dans l'équipe :

A37	
A38	
A39	
A40	

Existe t-il un (ou plusieurs) service(s) ou une unité de médecine gériatrique dans l'établissement ?

A41	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

Si oui, description du(des) service(s) ou de l'unité de médecine gériatrique

		Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle
		A	B
Nombre de lits installés /places	42		
Nombre de séjours	43	PMSI	PMSI
Nombre de journées	44	PMSI	

Personnels concourant à l'activité (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)	Code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	Existence d'une garde senior 24h/24 ?	Existence d'une astreinte senior 24h/24 ?
			A	B	C	D	E
Personnel médical hors internes	1000	45				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
dont gériatres	1320	46				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Infirmiers	2210	47					
Aides-soignants	2510	48					
Ergothérapeutes	2460	49					
Psychomotriciens	2470	50					
Autre personnel non médical		51					

C - ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX (AVC)

Existe-t-il une unité neurovasculaire (UNV) dans l'établissement ?

A52	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

Si oui, Nombre de lits de l'UNV (yc ceux de soins intensifs qui seront à isoler dans le bordereau Réa – SI)
Nombre de séjours
Nombre de journées

A53	
A54	PMSI
A55	PMSI

Personnels concourant à l'activité (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)	Code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	Existence d'une garde senior 24h/24 ?	Existence d'une astreinte senior 24h/24 ?
			A	B	C	D	E
Personnel médical hors internes	1000	56				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
dont neurologues	1120	57				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Personnel non médical		58					

Médecine, Chirurgie, Gynécologie-Obstétrique

ET populations cibles (court-séjour pédiatrique, médecine gériatrique et unité neuro-vasculaire)

PRINCIPES DU BORDEREAU

Le bordereau décrit les capacités d'accueil et l'activité de médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique, selon les différentes modalités de prise en charge offertes par l'établissement, y compris les alternatives à l'hospitalisation.

L'hospitalisation à domicile ne rentre pas dans le champ de ce bordereau et fait l'objet d'un bordereau spécifique. L'odontologie est présente, via les consultations dentaires.

Compte tenu du rôle que peuvent jouer les consultations hospitalières spécialisées dans l'accès aux soins sur un territoire, les hôpitaux publics et les ESPIC sont interrogés sur celles qui concernent quelques spécialités impliquées dans la prise en charge d'affections fréquentes (obésité, diabète, AVC, alzheimer, parkinson) mais peu présentes dans le secteur libéral ou mal réparties (pédiatrie, ophtalmologie).

Enfin, le bordereau s'intéresse à la prise en charge de populations ciblées selon l'âge ou la pathologie : les unités dédiées de court-séjour pédiatrique, de médecine gériatrique et neurovasculaire.

Les objectifs du nouveau bordereau sont :

- Simplifier l'interrogation et continuer, simultanément, à décrire l'offre de soins de médecine, en particulier celle dédiée aux enfants, aux personnes âgées et à la prise en charge initiale des accidents vasculaires cérébraux, y compris en termes de permanence des spécialistes impliqués.
- Objectiver les inégalités territoriales d'accès à certaines spécialités médicales au travers des délais d'obtention de rendez-vous.
- Rendre compte des activités spécifiques et autonomes de certains professionnels de santé non médecins délivrées au profit de patients externes (soins techniques et consultations ; exemples : diététiciens, psychologues, infirmières cliniciennes, etc.) et, pour ce faire, distinguer leur activité propre, des consultations des médecins ainsi que des consultations et soins dentaires.

Les données d'activité d'hospitalisation sont désormais obtenues à partir d'extractions des données PMSI des unités médicales concernées.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Le bordereau MCO et populations cibles correspond pour l'essentiel à la partie MCO des anciens bordereaux de synthèse Q01, Q02A et au bordereau Q08.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques, qui ont une activité autorisée de médecine, chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

L'ensemble des informations attendues dans ce bordereau nécessite la collaboration entre les pôles d'activité cliniques et médicot techniques, le DIM et l'équipe administrative gestionnaire de la SAE.

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du filtre A1, A2, A3 (médecine, chirurgie et périnatalité avec hébergement), A7 (Chirurgie ambulatoire), A12 (IVG, AMP clinique ou lactarium), A14 (struct. autorisée des urgences).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Articles R6122-25 et R6123-32-7 relatifs aux activités soumises à autorisation et à la prise en charge des enfants dans une structure des urgences.

Circulaires DHOS/DGS/DGAS du 3 novembre 2003 et DHOS/04/2007 du 22 mars 2007 relatives à la prise en charge des AVC et à la place des unités neuro-vasculaires.

Circulaire DHOS/DGS/DGAS n°2004-517 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent.

Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS et, notamment, les éléments relatifs à la permanence des soins en établissement de santé (PDES) (www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_SROS.pdf)

DESCRIPTION DES CAPACITES ET DES ACTIVITES

- **Lits d'hospitalisation selon la discipline (ligne 1)**

Le nombre de lits installés (y compris berceaux, couveuses) au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits (y compris berceaux, couveuses agréées) en état d'accueillir des malades et du nombre de lits fermés temporairement pour cause de travaux, désinfection. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence. Le nombre de lits correspond aux lits intégrés au sein de services d'hospitalisation complète, y compris l'hospitalisation de semaine.

Cette capacité demandée correspond à une capacité réelle d'accueil et non à une capacité autorisée ou de type objectifs quantifiés (ex OQOS).

Important : Les berceaux et couveuses sont ceux qui accueillent les enfants hospitalisés par opposition aux enfants en bonne santé. Les berceaux installés dans les maternités et les couveuses non agréées, obligatoires en équipement technique, ne sont pas comptabilisés.

Les capacités de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des structures d'accueil des urgences sont comptées dans ce bordereau en médecine et en hospitalisation complète.

- **Journées exploitables (ligne 2)**

Le nombre de journées exploitables sur l'année est égal, pour un grand groupe de disciplines, à la somme des lits en état d'accueillir des malades de chaque journée de l'exercice. Un lit exploitable pendant toute une année fournira 365 (ou 366 les années bissextiles) "journées-lits exploitables". Les exceptions sont définies strictement : travaux ou désinfection. Ainsi, un lit dont l'exploitation aura été suspendue pour cause de travaux pendant 45 jours ne fournira que 320 (ou 321) "journées-lits exploitables" dans l'année. Les fermetures pour congés, jours fériés, vacances et samedi/dimanche ne seront pas déduites, à l'exception du cas de l'hospitalisation de semaine. Dans ce cas, les journées exploitables sont calculées sur la base des journées réelles d'ouverture des unités, en déduisant les journées de week-end et jours fériés.

En cas de modification du nombre de lits et places en cours d'année (déménagement, restructuration, etc.), il convient de décrire la réalité en découplant le calcul par période. Par exemple, pour un déménagement le 6 juillet : nombre de lits avant déménagement x 191 jours + nombre de lits après déménagement x 174 jours.

- **Places (lignes 6 et 8)**

Le nombre de places installées au 31 décembre de l'année est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps.

Cellules préremplies (extraction ciblée à partir du PMSI) :

Le séjour, même multi-RUM, n'est comptabilisé qu'une seule fois (par établissement géographique)

Ligne 3, sont dénombrés les séjours en hospitalisation complète dans les unités médicales de médecine, de chirurgie et de gynécologie obstétrique, c'est à dire ayant comporté, au cours du séjour, au moins un passage dans une unité en hospitalisation complète (au sens Résumé d'Unité Médicale, RUM pour le PMSI) ou dans une unité « mixte avec une durée de séjour partielle correspondante non nulle (au moins une nuit). La discipline (médecine, chirurgie ou gynécologie obstétrique) à laquelle est rattachée le séjour est définie par la discipline de l'unité dans laquelle le passage est le plus long. La discipline correspond à la discipline de rattachement figurant dans le fichier des unités médicales. Elle reflète l'organisation et la structure de l'établissement et est donc volontairement différente de celle fondée sur le type de prise en charge (ASO ou CAS). Les disciplines d'urgences et la dialyse seront affectées en médecine.

Lignes 4 et 5, sont comptabilisés les nombres de journées de présence passées dans les UM rattachées à cette discipline correspondant à ces séjours ainsi que les séjours de 0 jour correspondants.

Ligne 7, sont dénombrés les séjours en hospitalisation partielle dans les unités médicales de médecine, de chirurgie et de gynécologie obstétrique, c'est-à-dire les séjours pour lesquels toutes les unités médicales fréquentées sont des unités d'hospitalisation partielle ou des unités dites « mixtes » avec des durées de séjour correspondantes nulles.

Le nombre de séances est comptabilisé ligne 10. On les compte toutes, y compris celles ayant lieu lors de séjours hors CMD 28. Certains séjours donnant lieu à plusieurs séances, on utilise la variable "nombre de séances" du RSA.

- **Séjours d'hospitalisation de nuit (ligne 9)**

Si l'établissement a une hospitalisation de nuit, il est lui demandé d'indiquer les séjours en hospitalisation de nuit, au sein des séjours en hospitalisation partielle.

ACTIVITES EXTERNES (hôpitaux publics et ESPIC uniquement)

- **Lignes 11 à 19**, pour les établissements publics et ESPIC uniquement, préciser si les spécialités citées assurent des consultations pour les patients externes. Ne répondre oui que si les médecins impliqués sont des seniors (hors internes) qualifiés pour la spécialité.
- **Colonne B lignes 13, 15, 16 et 19** : Pour les spécialités d'endocrinologie, de pédiatrie, de neurologie et d'ophtalmologie, il est demandé un délai moyen d'obtention des rendez-vous hors urgence. Il s'agit de compter, pour chaque consultation non urgente demandée entre le 1er et le 30 octobre, le nombre de jours ouvrés séparant la date de la demande formulée par le patient, sa famille ou son médecin, de celle du premier rendez-vous proposé. Calculer ensuite la moyenne obtenue sur le total des consultations demandées sur cette même période.
- **Lignes 20, 21 et 22** (destinées aux établissements publics et ESPIC uniquement), sont comptés les CS, les consultations et les actes cliniques (comptés grâce à la nomenclature NGAP pour le moment) effectués au profit de patients externes. Ces données sont issues du fichier ACE si possible.

Ligne 20 : consultations (C, CS, CNP, CG), K, KC (si ils ne sont pas effectués aux blocs et comptabilisés en CCAM). (les actes de biologie, ou d'imagerie ne sont pas demandés ici)

Ligne 21 : soins personnel non médical : AMS, AMC, AMI, AIS, DI, AMP, POD, AMO et AMY

Ligne 22 : dentaire TO, SC, SPR, D ou DC, ORT, PRO

Les consultations externes se définissent par une prise en charge programmée, mais sans hospitalisation : les urgences sont donc exclues.

Les consultations privées des praticiens salariés de l'hôpital (praticiens hospitaliers, hospitalo-universitaires,...) sont à inclure.

Les majorations de consultations ne sont pas à compter, puisque il ne peut pas y avoir de majoration sans acte élémentaire. Les forfaits (SE et FSD) ne sont pas à comptabiliser non plus.

Rappel : dans la cellule A21, l'activité externe des sages-femmes n'est pas comptée et leur activité est isolée dans le bordereau périnatalité.

POPULATIONS CIBLEES (pédiatrique, gériatrique, unité neurovasculaire)

COURT SÉJOUR PÉDIATRIQUE

A23. Existence d'un service ou unité de court séjour (médecine ou chirurgie) pédiatrique dans l'établissement.

Dans le fichier des unités médicales du PMSI MCO, ces unités sont des UHCD des urgences pédiatriques, de réanimation pédiatrique, de soins surveillance continue pédiatrique, d'hémodialyse en centre pour enfant, de chirurgie pédiatrique ou de médecine pédiatrique, identifiées avec un code parmi la liste suivante : '07B', '13A', '13B', '14A', '14B', '22_', '52_' ou '28_'.

A24. Existence d'un accueil pédiatrique spécifique aux urgences

La question ne concerne que les établissements autorisés à accueillir les urgences. Les établissements qui ne sont pas autorisés répondent non, comme les établissements autorisés ne disposant pas d'un accueil pédiatrique spécifique (c'est à dire des moyens et du personnel spécifique, dédiés aux urgences pédiatriques).

Ligne 25. Lits et places d'hospitalisation

Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal au nombre de lits en état d'accueillir des malades et du nombre de lits fermés temporairement pour cause de travaux, désinfection.

Cellules préremplies (extraction ciblée à partir du PMSI) :

Ligne 26 sont comptabilisés les séjours ayant comporté une hospitalisation, complète ou partielle, (au sens Résumé d'Unité Médicale, RUM pour le PMSI) dans les unités médicales de court-séjour pédiatrique (unités de type '07B', '13A', '13B', '14A', '14B', '22_', '52_' ou '28_'). Le nombre de journées de présence correspondant aux séjours d'hospitalisation complète est affiché **ligne 27**.

Ligne 28 à ligne 35. Personnel ayant concouru à l'activité du service ou de l'unité de court séjour pédiatrique

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins du service ou de l'unité de court séjour pédiatrique qu'il soit salarié ou non, rémunéré ou non par l'établissement. Il peut s'agir de personnel entièrement dédié à l'activité décrite, que de temps de professionnels mutualisés pour assurer les soins dans ces différentes unités.

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité des unités décrites, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs.

Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps travaillé et non le temps rémunéré (un salarié de l'établissement temps partiel à 80% sera compté 0,80 même s'il est rémunéré à 86 %), sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les « Principes généraux de remplissage du personnel dans les bordereaux d'activité »)

Dans les colonnes D et E, indiquer la forme que prend la permanence des soins des médecins seniors (=médecins qualifiés hors internes) pour l'activité de court séjour pédiatrique : une garde (définition : un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou une astreinte (en dehors des heures ouvrables, un médecin est joignable à domicile).

NB : Dans certains établissements spécialisés à forte activité, on peut avoir à la fois une garde et, en seconde ligne, une astreinte d'un second médecin de la même spécialité...

Les salariés éventuellement partagés avec d'autres services (comme les psychologues ou les masseurs kinésithérapeutes) sont à compter dans les effectifs, comme ceux qui sont propres aux unités.

MÉDECINE GERIATRIQUE

A36 à A40 : Les questions concernent l'existence et l'activité d'une équipe mobile de gériatrie. Nécessairement pluridisciplinaire, celle-ci comprend à la fois un PH de gériatrie, une infirmière, une assistante de service social à temps partiel, une secrétaire et un ergothérapeute à temps partiel.

Cette équipe permet de dispenser un avis gériatrique sur la prise en charge de la personne âgée fragilisée. Elle intervient à la demande des services d'urgences et de l'ensemble des services de l'hôpital. Elle peut également intervenir dans des structures externes (consultations, EHPAD).

A41. Existence d'un service ou unité de médecine gériatrique dans l'établissement. Dans le PMSI, ces unités sont un code '27'.

Ligne 42. Lits et places d'hospitalisation

Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal au nombre de lits en état d'accueillir des malades et du nombre de lits fermés temporairement pour cause de travaux, désinfection.

Cellules préremplies (extraction ciblée à partir du PMSI) :

Ligne 43 sont comptabilisés les séjours ayant comporté une hospitalisation, complète ou partielle, (au sens Résumé d'Unité Médicale, RUM pour le PMSI) dans les unités médicales de médecine gériatrique (type '27'). Le nombre de journées de présence correspondant aux séjours d'hospitalisation complète est affiché **ligne 44**.

Ligne 45 à ligne 51. Personnel ayant concouru à l'activité du service ou de l'unité de médecine gériatrique

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins du service ou de l'unité

de médecine gériatrique qu'il soit salarié ou non, rémunéré ou non par l'établissement. Il peut s'agir de personnel entièrement dédié à l'activité décrite, que de temps de professionnels mutualisés pour assurer les soins dans ces différentes unités.

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité des unités décrites, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs.

Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps travaillé et non le temps rémunéré (un salarié de l'établissement temps partiel à 80% sera compté 0,80 même s'il est rémunéré à 86 %), sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les « Principes généraux de remplissage du personnel dans les bordereaux d'activité »)

Dans les colonnes D et E, indiquer la forme que prend la permanence des soins des médecins seniors (=médecins qualifiés hors internes) pour l'activité de court séjour pédiatrique : une garde (définition : un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou une astreinte (en dehors des heures ouvrables, un médecin est joignable à domicile).

ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

Une unité neuro-vasculaire (UNV) assure en permanence, 24 heures sur 24, la prise en charge des patients présentant une pathologie neuro-vasculaire aiguë compliquée ou non d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire (AIT, infarctus cérébral ou hémorragie cérébrale).

Les circulaires suscitées (cf paragraphe « bases réglementaires ») définissent la composition et l'organisation de l'unité neuro-vasculaire. Elle comprend, notamment, des lits de soins intensifs qui doivent être comptés dans le total des lits indiqués en **A53**.

Ce nombre de lits de soins intensifs est également à reporter dans le bordereau Réanimation - Soins intensifs.

Cellules préremplies (extraction ciblée à partir du PMSI) :

Lignes 54 et 55 : sont comptabilisés les nombres de séjours, et journées de présence correspondantes, effectués en UNV (y compris soins intensifs). Elles correspondent ainsi aux séjours effectués dans les unités médicales « soins intensifs en UNV » (UM 18) et « UNV hors SI » (UM 17).

Ligne 56 à 58. Personnel ayant concouru à l'activité du service ou de l'unité neurovasculaire

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins du service ou de l'unité de neuro-vasculaire qu'il soit salarié ou non, rémunéré ou non par l'établissement. Il peut s'agir de personnel entièrement dédié à l'activité décrite, que de temps de professionnels mutualisés pour assurer les soins dans ces différentes unités.

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité des unités décrites, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs.

Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps travaillé et non le temps rémunéré (un salarié de l'établissement temps partiel à 80% sera compté 0,80 même s'il est rémunéré à 86 %), sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les « Principes généraux de remplissage du personnel dans les bordereaux d'activité »)

Dans les colonnes D et E, indiquer la forme que prend la permanence des soins des médecins seniors (= médecins qualifiés hors internes) pour l'activité de court séjour pédiatrique : une garde (définition : un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou une astreinte (en dehors des heures ouvrables, un médecin est joignable à domicile).

PSYCHIATRIE (1/2)

Participation à la sectorisation psychiatrique :

A0

☐ oui ☐ non

Si oui : Nombre de secteurs de psychiatrie générale :

A1

Nombre de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile :

A2

Nombre de dispositifs intersectoriels formalisés :

A3

Interventions en milieu pénitentiaire (y c UCSA d'un autre établissement) :

A4

☐ oui ☐ non

Nombre de conseils de secteur :

A5

Capacité d'accueil

		Prises en charge à temps complet						Prises en charge à temps partiel		
		Nombre de lits ou places installés au 31/12						Nombre de places		Nombre de structures
		Hospitalisation à temps plein	Placement familial thérapeutique	Accueil en appartement thérapeutique	Accueil en centre de post cure	Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences (*)	Hospitalisation à domicile	Hospitalisation de jour	Hospitalisation de nuit	Ateliers thérapeutiques
		A	B	C	D	E	F	G	H	I
Psychiatrie générale	6									
Psychiatrie infanto-juvénile	7									
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	8									
Total psychiatrie (calculé)	9									

(*) hors présence psychiatrique à l'hôpital général (question A38)

Activité

		Prises en charge à temps complet								Prises en charge à temps partiel		
		Nombre de séjours	Nombre de journées								Nombre de venues (en équivalent journées)	
		Hospitalisation à temps plein	Hospitalisation à temps plein	Placement familial thérapeutique	Accueil en appartement thérapeutique	Accueil en centre de post cure	Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences (*)	Hospitalisation à domicile	Séjours thérapeutiques	Hospitalisation de jour	Hospitalisation de nuit	Ateliers thérapeutiques
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Psychiatrie générale	10											
Psychiatrie infanto-juvénile	11											
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	12											
Total psychiatrie (calculé)	13											

(*) hors présence psychiatrique à l'hôpital général (question A38)

Prise en charge ambulatoire

		CAPACITES			ACTIVITE						
		Nombre de structures			Nombre d'actes, soins et interventions :						
		CMP ou unité de consultation des services de psychiatrie		CATTP	CMP ou unité de consultation des services de psychiatrie	CATTP	à domicile ou en institution substitutive au domicile	en établissement social ou médico-social	en unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence)	en établissement médico-éducatif/PMI/en milieu scolaire	Dans le cadre d'une UCSA d'un hop général
		Structures ouvertes moins de 5 jours par semaine	Structures ouvertes 5 jours ou plus par semaine								
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Psychiatrie générale	14										
Psychiatrie infanto-juvénile	15										
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	16										
Total psychiatrie (calculé)	17					43					

File active

Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année		File active totale	File active exclusivement ambulatoire	File active hospitalisée à temps plein dans l'année	Personnes présentes en hospitalisation temps plein depuis plus d'un an
		A	B	C	D
Psychiatrie générale	18				
Psychiatrie infanto-juvénile	19				
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	20				
Total file active (sans double compte)	21				

Mode légal de soins

		Nombre de patients	Nombre de mesures	TEMPS COMPLET	TEMPS PARTIEL	AMBULATOIRE
				Nombre de journées de prise en charge	Nombre de venues en équivalent journée	Nombre d'actes
		A	B	C	D	E
Soins psychiatriques libres	22					
Soins psychiatriques sur décision de représentation de l'état	23					
Article 706-135 du CPP et article L3213-7 du CSP (personnes jugées pénalement irresponsable)	24					
Ordonnance Provisoire de Placement (OPP)	25					
Article D 398 du CPP (détenus)	26					
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, y compris en urgence	27					
Soins psychiatriques pour péril imminent	28					

Personnels concourant à l'activité de psychiatrie (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

PERSONNEL MEDICAL (hors internes)									PERSONNEL des SERVICES de SOINS								
Psychiatres			Médecins non psychiatres			Existence d'une garde senior 24h/24 ?	Existence d'une astreinte senior 24h/24 ?		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	dont ETP des Infirmiers et cadres	dont ETP des Aides-soignants	dont ETP des Psychologues	dont ETP des Assistants de services sociaux	dont ETP des Personnels de rééducation	dont ETP des Personnels éducatifs et sociaux
Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels												
A	B	C	D	E	F	G	H		I	J	K	L	M	N	O	P	Q
Total personnel établissement																	
Psychiatrie générale	29						<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
Psychiatrie infanto-juvénile	30						<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	31																
Total psychiatrie	32																
Personnel exerçant en unité d'hospitalisation temps plein																	
Psychiatrie générale	33																
Psychiatrie infanto-juvénile	34																
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	35																
Total psychiatrie	36																

Nombre d'ETP de psychiatres budgétés :

A37

L'établissement participe-t-il aux urgences de l'hôpital général ? (décret du 22 mai 2006)

A

38

☐ oui ☐ non

Si oui, Nombre d'ETP (annuel) de psychiatres de secteur participant aux urgences de l'hôpital général :

B

Existe-t-il une équipe spécialisée dans la psychiatrie du sujet vieillissant ?

39

☐ oui ☐ non

Si oui, Nombre d'ETP (annuel), tout personnel confondu, dédiés à cette activité :

Existe-t-il une équipe spécialisée dans la prise en charge des adolescents ?

40

☐ oui ☐ non

Si oui, Nombre d'ETP (annuel), tout personnel confondu dédiés à cette activité :

Existe-t-il une équipe spécialisée dans la prise en charge des patients agités ou difficiles (UMD, UMAP, UPID) ?

41

☐ oui ☐ non

Si oui, Nombre d'ETP (annuel), tout personnel confondu dédiés à cette activité :

L'établissement a-t-il un service médico-psychologique régional (SMPR) ?

42

☐ oui ☐ non

Si oui, Nombre d'ETP (annuel), tout personnel confondu dédiés à cette activité :

NOTE : S'il existe une équipe mobile précarité, l'inscrire dans le bordereau PN et missions de service public

Psychiatrie

PRINCIPES DU BORDEREAU

Le bordereau décrit les capacités d'accueil et l'activité de psychiatrie, selon les différentes modalités de prise en charge offertes par l'établissement.

Ne sont pas concernés par ce recueil les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), ex-CSST et ex-CCAA, plus généralement, toutes les activités concernant les disciplines sociales et médico-sociales (type maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil médicalisé...).

Les lits de soins aux toxicomanes et ceux d'alcoologie et l'activité concernée, placés sous la responsabilité d'un psychiatre seront comptés en psychiatrie. Si c'est un médecin interniste ou un médecin généraliste qui est responsable du service, ils peuvent être en court séjour (médecine) s'il s'agit de soins aigus, ou en soins de suite si ce sont des lits de cure (en cas de doute, contacter l'ARS).

Depuis le 1^{er} janvier 2013, l'activité en CATTP est décrite dans le recueil RIM-P comme une activité ambulatoire : ce sont désormais les actes qui seront comptés.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Le bordereau psychiatrie correspond à l'ancien bordereau Q09.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques, qui ont une activité autorisée de psychiatrie. Le bordereau peut cumuler l'activité de plusieurs établissements (cités dans le bordereau STB).

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du filtre A4 (psychiatrie avec hébergement) et A8 (psychiatrie sans hébergement).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Article R6122-25 relatif aux activités de soins en psychiatrie

1 - PARTICIPATION À LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE

Case A0 : Il s'agit d'identifier ici les établissements participant à la sectorisation psychiatrique. La sectorisation psychiatrique repose sur des établissements hospitaliers publics et privés PSPH. Elle recouvre les secteurs de psychiatrie générale, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Les dispositifs intersectoriels qui assurent des missions dans le champ de la sectorisation pour le compte de plusieurs secteurs sont également inclus dans la psychiatrie sectorisée.

Cases A1, A2, A3 : Pour les établissements participant à la sectorisation psychiatrique (A0=OUI), il est demandé le nombre de secteurs et de dispositifs intersectoriels formalisés, définis comme suit :

Les secteurs de psychiatrie générale sont ceux qui prennent principalement en charge des patients de plus de 16 ans, et dont les numéros sont composés comme suit : « Numéro de département » G « numéro d'ordre en deux chiffres unique dans le département »

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont ceux qui prennent en charge les patients de 16 ans inclus ou moins et dont les numéros sont composés ainsi : « Numéro de département » I « numéro d'ordre en deux chiffres unique dans le département »

Un dispositif intersectoriel formalisé assure des missions sectorielles, souvent complémentaires aux activités de secteur, pour le compte de plusieurs secteurs de psychiatrie générale ou de psychiatrie infanto-juvénile. Il peut comporter une ou

plusieurs activités, un ou plusieurs types d'équipements, une ou plusieurs unités fonctionnelles. Il est créé par une délibération des instances de l'établissement (CA – CME). Le numéro qui lui est attribué est composé ainsi : « numéro FINESS de l'établissement » Z « un numéro d'ordre en deux chiffre ».

Sont exclues ici les unités placées sous la responsabilité d'un praticien de secteur assurant des prestations pour le compte d'autres secteurs, avec les moyens propres du secteur, et le cas échéant des moyens provenant des autres secteurs concernés. De même ne sont pas concernés les regroupements de secteurs, dans le cadre de la gouvernance, si ceux-ci n'ont pas fait l'objet d'une création d'un dispositif intersectoriel formalisé.

Case A4 : Si l'établissement interrogé participe à la sectorisation psychiatrique, il doit préciser s'il intervient en milieu pénitentiaire que ce soit dans le cadre du SMPR ou via l'intervention d'équipe de psychiatrie générale au sein d'UCSA...

2- QUELQUES DEFINITIONS

MODALITÉS DE SOINS : L'autorisation d'activité de soins en psychiatrie est décrite dans la SAE à travers trois modalités de soins. Les modalités de soins sont des modes d'application ou des types de soins, elles correspondent aux disciplines d'équipement détaillées. Sont distinguées ici :

- la psychiatrie générale, sectorisée ou non, prenant en charge les adultes de plus de 16 ans ;
- la psychiatrie infanto-juvénile, sectorisée ou non, prenant en charge les enfants et adolescents ;
- la psychiatrie en milieu pénitentiaire -, via les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire ou l'intervention des équipes de psychiatrie, en UCSA notamment.

NATURES DE PRISE EN CHARGE ET FORMES D'ACTIVITE

Tout comme dans le RIM-P, la SAE distingue dans ce bordereau consacré à la psychiatrie, 3 natures de prise en charge :

- les prises en charge à temps complet
- les prises en charge à temps partiel
- les prises en charge ambulatoires

Pour les prises en charge à temps complet, on distingue :

- l'hospitalisation temps plein [A6 à A13 et B10 à B13]
- le placement familial thérapeutique [B6 à B9 et C10 à C13]
- les prises en charge en appartement thérapeutique [C6 à C9 et D10 à D13]
- les prises en charge en centre de postcure [D6 à D9 et E10 à E13]
- les prises en charge en centre de crise (incluant les centres d'accueil permanent et les centres d'accueil et de crise) [E6 à E9 et F10 à F13]
- l'hospitalisation à domicile [F6 à F9 et G10 à G13]
- les séjours thérapeutiques [H10 à H13]

Pour les prises en charge à temps partiel, on distingue :

- l'hospitalisation à temps partiel de jour [G6 à G9 et I10 à I13]
- l'hospitalisation à temps partiel de nuit [H6 à H9 et J10 à J13]
- les prises en charge en atelier thérapeutique [I6 à I9 et K10 à K13]

Pour les prises en charge en ambulatoire, cf. le paragraphe 6 ci-après.

3- CAPACITÉS D'ACCUEIL

Colonnes A à E, lignes 6 À 9 : NOMBRE DE LITS :

Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades et du nombre de lits fermés temporairement pour cause de travaux, désinfection. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence. NB : Les chambres d'isolement dédiées spécifiquement à cet effet ne doivent pas être comptabilisées dans le nombre de lits.

NOMBRE DE PLACES [Colonnes F, G et H, lignes 6 à 9]

Cases F6 à F9 : Réglementairement, le nombre de places installées au 31 décembre de l'année en hospitalisation à domicile correspond à la capacité de prise en charge simultanée de patients du service (compte tenu du personnel).

Colonnes G et H lignes 6 à 9 : Le nombre de places installées au 31 décembre de l'année en hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps.

Cases I6 à I9 : NOMBRE DE STRUCTURES

Pour les ateliers thérapeutiques, c'est un nombre de structure qui est demandé, car le nombre de places n'est pas défini.

4- ACTIVITÉ A TEMPS COMPLET

Cases A10 à A13 : NOMBRE DE SEJOURS. Le séjour débute le premier jour de la prise en charge par une équipe soignante dans le champ d'activité de la psychiatrie et se termine le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante de psychiatrie.

Colonnes B à H, lignes 10 à 13 : LE NOMBRE DE JOURNEES correspond à la somme des jours de présence durant lesquels le patient a été pris en charge, cumulés sur l'année, par forme d'activité.

Le jour de sortie est comptabilisé en cas de décès, comme dans le RIM-P.

De même que dans le RIM-P, les journées correspondant aux permissions, concernant les personnes en hospitalisation libre (article R. 1112-56 du code de la santé publique) ne sont pas comptées dans les journées d'hospitalisation.

Des journées d'hospitalisation sont comptées dans le cas suivant :

- absences de très courte durée en psychiatrie (inférieures à 12 h) pour les personnes hospitalisées sans consentement, accompagnées par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie (article L3211-11-1 du Code de la santé publique, inséré par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002).

Les journées d'hospitalisation ne sont pas comptées dans les cas suivants :

- permissions, concernant les personnes en hospitalisation libre (article R. 1112-56 du code de la santé publique). Ces journées ne sont pas non plus comptées dans le RIM-P.
- sorties temporaires (patients sortis d'hospitalisation pour une durée supérieure au délai légal de permission avec l'accord du médecin et pour lesquels un retour est prévu). Cette règle est compatible avec les règles de codage du RIM-P où, lorsque la sortie excède 48h, le séjour est fermé (assimilé à des sorties au domicile) et un autre séjour ouvert au retour du patient.
- interruptions de séjour en hospitalisation complète concernant des enfants ou des adolescents rentrant dans leur famille ou substitut de domicile pendant les vacances scolaires sont à traiter comme les sorties temporaires : Les journées correspondantes ne sont pas comptées dans les journées d'hospitalisation.
- Prises en charge dans un autre groupe de discipline (médecine, chirurgie, etc....),

5- ACTIVITÉ A TEMPS PARTIEL

Colonnes I à K, lignes 10 à 13 : LE NOMBRE DE VENUES EN EQUIVALENT JOURNEE correspond à la somme des :

- nombres de jours de présence (cas des venues d'une journée)
- moitié des nombres de demi-journées de présence (cas des venues de demi-journées)

des séquences de prises en charge à temps partiel de l'année, par forme d'activité.

Les définitions de journée et de demi-journée sont celles du RIMP-P.

6- PRISES EN CHARGE EN AMBULATOIRE

Colonnes A, B et C, lignes 14 à 17: CAPACITES

Le nombre de structures correspond au nombre de centres médico-psychologiques (CMP) ou unités de consultations des secteurs ou services, et de centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) pour lesquels un nombre de lits ou places n'est pas défini. Pour les premières, sont distinguées les structures ouvertes moins de 5 jours par semaine de celles ouvertes 5 jours ou plus par semaine.

Colonnes D à J, lignes 14 à 17 : ACTIVITÉ

Dans la logique de la grille EDGAR, sont à comptabiliser ici le nombre d'actes de type entretien, démarche, groupe (un acte de groupe sera compté autant de fois qu'il y a de patients dans le groupe) et accompagnement. Par contre, les réunions cliniques pour un patient sont exclues et comptabilisées uniquement dans le RIM-P.

Quels que soient le nombre et la catégorie professionnelle des intervenants (grille MIPARESXY), les actes sont décrits dans les lieux suivants :

Cases D14 à D17 : en CMP ou unité de consultation du secteur (lieux L01 et L02 du le RIM-P)

Cases E14 à E17 : en CATTP

Cases F14, F15 : Lieu d'acte L07 dans le RIM-P, incluant les appartements protégés, les placements familiaux non sanitaires, pour les lignes 16 et 17, i.e. psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile

Case F16 : Lieu d'acte L06 dans le RIM-P pour la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Cases G14 à G17 : en établissement social ou médico-social avec ou sans hébergement (lieux L03 et L08 dans le RIM-P), incluant les maisons de retraite.

Cases H14 à H17 : en unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence) (lieux L09 et L10 dans le RIM-P)

Cases I14 à I17 : en établissement médico-éducatif / PMI / milieu scolaire (crèches, centres de formation) (lieux L04 et L05 dans le RIM-P)

Case J16 : dans le cadre d'une UCSA (unité de consultation et de soins ambulatoires) d'un hôpital général

7- FILE ACTIVE

On désigne par file active le nombre de patients différents vus au moins une fois dans l'année. Le calcul inclut donc les présents à 0 heure le 1er janvier auquel on ajoute chacun des autres patients pris en charge au moins une fois dans l'année.

Remarque : Les familles des patients n'entrent pas dans le décompte de la file active quand elles sont reçues en présence du patient.

Cases A18 à A20 : La FILE ACTIVE TOTALE correspond à la file active de l'année sans différenciation de nature de prise en charge et sans double compte entre celles-ci.

Ces données doivent donc être consolidées au niveau de l'établissement en éliminant les doublons, c'est-à-dire qu'un patient ayant été vu par les équipes de plusieurs secteurs ou services ou structures de l'établissement ne doit être compté que pour un patient dans la file active totale.

Case A21 : Dans le « Total File active », il convient d'enlever également les doublons entre psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie milieu pénitentiaire.

Un patient pris en charge dans la même année en psychiatrie générale et en psychiatrie en milieu pénitentiaire ne doit être compté que pour un patient dans ce total.

Cases B18 à B21 : FILE ACTIVE EXCLUSIVEMENT AMBULATOIRE

Le nombre de patients exclusivement pris en charge en ambulatoire est égal au nombre de patients ayant fait l'objet au moins d'une des prises en charge ambulatoires dans l'année, non compris ceux qui ont par ailleurs une prise en charge en temps complet ou en temps partiel dans l'année.

Le total de la file active ambulatoire doit être consolidé en éliminant les doublons. (Un patient pris par exemple en charge en ambulatoire en psychiatrie générale et infanto-juvénile dans l'année ne doit être compté que comme un patient dans ce total).

Cases C18 à C21 : FILE ACTIVE HOSPITALISÉE À TEMPS PLEIN DANS L'ANNÉE

Il s'agit du nombre de patients hospitalisés au moins une fois dans l'année à temps plein (que le patient ait été suivi ou non par ailleurs en ambulatoire ou à temps partiel, ou dans une autre prise en charge à temps complet).

Comme pour la file active totale, le total de la file active hospitalisée à temps plein doit être consolidé en éliminant les doublons. (Les patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie générale et infanto-juvénile dans l'année par exemple ne sont comptés qu'une seule fois dans ce total).

Cases D18 à D21 : Le nombre de PERSONNES PRÉSENTES EN HOSPITALISATION À TEMPS PLEIN DEPUIS PLUS D'UN AN est égal au nombre de patients présents en 2012 et ayant eu en 2013 plus de 292 jours d'hospitalisation à temps plein (4/5èmes de l'année)

8- MODE LEGAL DE SOINS

La loi du 5 juillet 2011 a modifié les dispositions du code de la santé publique relatives au régime des hospitalisations sans consentement issues de la loi du 27 juin 1990.

La nomenclature du mode légal de soins est, tout comme dans le RIM-P, la suivante :

- Soins psychiatriques libres
- Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (article L. 3213-1 du code de la santé publique)
- Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables (articles L.3213-7 du CSP et 706-135 du CPP)
- Soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement (OPP)
- Soins psychiatriques aux détenus (article D398 du CPP)
- Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, y compris en urgence.
- Soins psychiatriques pour péril imminent

Cases A22 à A28 : NOMBRE DE PATIENTS

Il s'agit ici du nombre de patients différents vus au moins une fois dans l'année, par mode légal de soins. Le calcul inclut donc les présents à 0 heure le 1er janvier auquel on ajoute chacun des autres patients pris en charge au moins une fois dans l'année

Ainsi par exemple, un patient en soins libres, quelle que soit la nature de sa prise en charge, puis en soins à la demande d'un tiers dans l'année, est compté une fois dans chacun de ces modes.

Cases B23 à B28 : NOMBRE DE MESURES

Il s'agit de dénombrer par mode légal de soins (hors hospitalisation libre) les mesures en cours au 1er janvier auxquelles on ajoute les nouvelles mesures prises dans l'année.

Cases C22 à C28 : NOMBRE DE JOURNÉES de prise en charge à temps complet

La définition du nombre de journées est la même qu'en paragraphe 4, à décliner par mode légal de soins.

Cases D22 à D28 : NOMBRE DE VENUES EN EQUIVALENT JOURNEE

La définition du nombre de venues en équivalent journée est le même qu'en paragraphe 5, à décliner par mode légal de soins.

Cases E22 à E28 : NOMBRE D'ACTES

La définition du nombre d'actes est la même qu'en paragraphe 6, à décliner par mode légal de soins.

9- PERSONNEL

Case A37 : Pour les établissements publics, doit être renseigné le nombre d'ETP de psychiatres budgétés

Les effectifs et les équivalents temps plein sont ceux qui contribuent à l'activité décrite dans le bordereau. Ce personnel peut être salarié (quelque soit celui qui le rémunère) ou libéral. Les effectifs sont ceux sous

contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les « Principes généraux de remplissage du personnel dans les bordereaux d'activité »)

Sont comptabilisés dans les personnels de rééducation (cadres ou non) : les masseurs kinésithérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les diététiciens et autres emplois de type sociothérapeute, musicothérapeute...

Sont comptabilisés dans les personnels éducatifs et sociaux (cadres ou non) : les éducateurs spécialisés, les assistants de service social, les éducateurs-chefs, les moniteurs et animateurs.

Les lignes 33 à 36 comptabilisent uniquement les effectifs et ETP exerçant en unité d'hospitalisation à temps plein. Sont donc exclus les temps effectivement travaillés dans des structures ambulatoires, à temps partiel ou dans des prises en charge à temps complet autres que l'hospitalisation temps plein (appartement thérapeutique, postcure, accueil familial thérapeutique...).

Le total des effectifs n'est pas calculé : il doit être consolidé en éliminant les doublons. Par exemple, du personnel exerçant dans les services de psychiatrie générale et dans les services de psychiatrie infanto-juvénile sera compté sur les lignes 29 et 30 mais une seule fois dans la ligne 32.

10- AUTRES INFORMATIONS

Case A38 : Il est fait référence dans cette question au décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique.

Case A41 : - UMAP : Unité pour malades agités et perturbateurs,
- UPID : Unité psychiatrique intersectorielle départementale,
- UMD : unités pour malades difficiles.

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION (SSR) (1/2)

Capacités et activités

Code activité	Activité	N° de ligne	Autorisation dans l'établissement	Nombre de lits installés au 31/12 (HC)	Nombre de places (HP)	Présence d'autres prises en charge (séances ou Hospitalisation à domicile)	Nombre de séjours HC	Nombre de Jours de présence HC	Part des séjours supérieurs à 3 mois	Nombre de séjours HP	Nombre de Jours de présence HP
			A	B	C	D	E	F	G	H	I
	Soins de suite et de réadaptation ADULTE										
	Total adulte (Age >= 18 ans) (calculé)	1									
50	Polyvalent	2	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
51	Affections de l'appareil locomoteur	3	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
52	Affections du système nerveux	4	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
53	Affections cardio-vasculaires	5	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
54	Affections respiratoires	6	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
55	Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	7	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
56	Affections onco-hématologiques	8	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
57	Brûlés	9	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
58	Conduites addictives	10	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
59	Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	11	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
	Soins de suite et de réadaptation HORS ADULTE										
	Total enfant (Age < 18 ans) (calculé)	12									
50	Polyvalent	13	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
51	Affections de l'appareil locomoteur	14	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
52	Affections du système nerveux	15	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
53	Affections cardio-vasculaires	16	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
54	Affections respiratoires	17	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
55	Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	18	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
56	Affections onco-hématologiques	19	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
57	Brûlés	20	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
58	Conduites addictives	21	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
	Total SSR (champ calculé)	22									

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION (SSR) (2/2)

Équipement spécifique

(libellés issus de l'enquête 2011 - DGOS_ATIH)

			Sur place	Autre établissement (au sens ET)
			A	B
1. Appareil d'isocinétisme (exclusion faite des appareils d'isocinétisme filin)	23		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement	24		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Équipements d'exploration de l'équilibre et de posture	25		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Assistance robotisée de la marche	26		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Assistance robotisée des membres supérieurs à des fins de rééducation	27		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Simulateur de conduite automobile	28		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Véhicule adapté pour personne à mobilité réduite	29		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Plateau technique d'explorations urodynamiques (équipement minimal requis : cystomanomètre, uréthromanomètre et débitmètre)	30		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Appartement d'autonomie (comportant, a minima, les pièces suivantes : chambre, salle de bain/toilettes, espace cuisine, salle à manger/salon)	31		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Locaux permettant la simulation d'espaces de vie	32		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Piscine et balnéothérapie	33		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Système informatisé d'identification de la typologie du rachis (analyse sagittale du rachis par morphométrie optique et autres dispositifs) HORS équipement de radiologie	34		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Salles interventionnelles pour réalisation de pansements complexes, parfois sous anesthésie générale	35		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personnels concourant à l'activité de SSR (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

<u>Personnel médical hors internes</u>		Code SAE	Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	dont ETP des libéraux
			A	B	C	D
Médecins de médecine physique et réadaptation	36	1180				
Médecins généralistes (hors gériatres)	37	1010 (hors 1320)				
Gériatres	38	1320				
Cardiologues	39	1040				
Endocrinologues, maladies métaboliques	40	1070				
Neurologues	41	1120				
Pédiatres	42	1140				
Pneumologues	43	1150				
Rhumatologues	44	1190				
Hématologues	45	1330				
Psychiatres	46	3020				
Autres spécialités médicales	47					

<u>Personnel non médical</u>		Code SAE	Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	dont ETP des libéraux
			A	B	C	D
Personnels infirmiers (y compris encadrement)	48	2120, 2200 et 2300				
Masseurs kinésithérapeutes (y compris encadrement)	49	2130, 2410				
Orthophonistes	50	2430				
Diététiciens	51	2450				
Ergothérapeutes	52	2460				
Psychomotriciens	53	2470				
Aides-soignants	54	2500				
Psychologues	55	2710				
Assistants de service social	56	3120				
Personnels éducatifs	57	3100 hors 3120 et non diplômés				
Autre personnel non médical	58	-				

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

PRINCIPES DU BORDEREAU

L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) réunit en une seule activité de soins, depuis le décret du 17 avril 2008, l'activité de soins de suite et l'activité de rééducation et réadaptation fonctionnelle, pour répondre à la totalité des missions qui caractérisent une prise en charge en SSR. Pour répondre aux termes de ce décret, les prises en charge et les données d'activité sont déclinées selon les catégories d'affections (9) auxquelles s'ajoute le SSR polyvalent (ou indifférencié).

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Le bordereau correspond aux anciens bordereaux Q18 et Q18B1.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques, qui ont une activité autorisée de soins de suite et de réadaptation.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A5 du filtre (soins de suite et réadaptation).

L'ensemble des informations pour 2013 est à remplir par l'établissement

CAPACITE ET ACTIVITE

Tous les établissements doivent remplir les données d'activité : soit sur la ligne correspondant à leur(s) autorisation(s) spécifique(s), soit sur la ligne d'activité polyvalente en cas d'autorisation indifférenciée.

Les lignes 2 à 11 concernent le SSR Adulte, les lignes 13 à 21 le SSR Enfant. La distinction adulte/enfant se fera selon le service où le patient est présent. Un enfant n'a vocation à être pris en charge que dans un service autorisé à la prise en charge des enfants/adolescents. En adéquation avec la pédiatrie, le SSR Enfants concerne les moins de 18 ans (strictement inférieur à 18 ans).

Les lignes 1, 12 et 22 sont des totaux calculés de façon automatique.

Colonne A : Autorisations. Il s'agit de préciser par OUI ou par NON les types d'autorisations détenues par l'établissement.

Colonne B : Nombre de lits

Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades et du nombre de lits fermés temporairement pour cause de travaux, désinfection. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence. Le nombre de lits correspond aux lits intégrés au sein de services d'hospitalisation complète, y compris l'hospitalisation de semaine.

Cette capacité demandée correspond à une capacité réelle d'accueil et non à une capacité autorisée ou de type objectifs quantifiés (ex OQOS).

Colonne C : Nombre de places

Nombre de places installées au 31 décembre de l'année, en hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, qui correspond au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps.

Lignes 2 à 11 et 13 à 21 : l'organisation de l'établissement permet de distinguer via en général des UM ou des UF différentes les capacités de prise en charge par autorisation : il faut donc détailler les lits (colonne B) et places (colonne C), par type de prise en charge. Dans le cas d'unités non dédiées, l'établissement pourra éventuellement porter le total (adulte ou enfant) dans les lignes des autorisations de type « polyvalent ».

Colonne D : Il s'agit de préciser si oui ou non l'établissement a recours à un autre type de prise en charge, comme la HAD par exemple.

Colonne E : Nombre de séjours dans l'année en hospitalisation complète.

Les données d'activité sont désormais obtenues en comptabilisant l'activité selon les principes du PMSI : le **nombre de séjours** remplace le nombre des entrées (ou admissions) et **les jours de présence** remplacent les journées réalisées.

Colonne F : Nombre de jours de présence en hospitalisation complète.

Colonne G : Part des séjours supérieurs à trois mois (en hospitalisation complète), calculé en % (ex : 50 si la moitié des séjours).

Colonne H : Nombre de séjours en hospitalisation partielle

Colonne I : Nombre de jours de présence en hospitalisation partielle

EQUIPEMENT SPÉCIFIQUE

Le changement le plus important par rapport à 2012 concerne la description du plateau technique qui recensait à la fois des activités liées à des catégories professionnelles d'intervenants, des actes techniques ciblés ou un environnement techniques de soins.

Il a été choisi pour remplacer cette approche de se conformer aux enquêtes « plateaux techniques » qu'avait lancées le ministère et qui correspondent aux équipements lourds qu'un établissement SSR met en place ; la capacité à réaliser des explorations fonctionnelles (electromyographie, électrocardiographie d'effort par exemple) n'est plus précisée car inhérente aux autorisations spécifiques (circulaire DHOS/01 n°2008-305 du 3 octobre 2008 (relative au décret du 17 avril 2008).

Il s'agit de préciser pour chaque type d'équipement spécifique si l'établissement en dispose sur place, ou bien s'il peut utiliser ce type d'équipement dans un autre établissement.

PERSONNEL

Les effectifs et les équivalents temps plein sont ceux qui contribuent à l'activité décrite dans le bordereau. Ce personnel peut être salarié (quelque soit celui qui le rémunère) ou libéral. Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les « Principes généraux de remplissage du personnel dans les bordereaux d'activité »)

UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE
Il s'agit exclusivement des USLD DU SECTEUR SANITAIRE

Définition des USLD : arrêté du 12 mai 2006, article 1

Capacité et activité

			A
Hospitalisation complète	Nombre de lits installés au 31/12	1	
	Nombre de journées réalisées	2	
	Nombre d'entrées totales	3	

Organisation des filières de soins

Filières d'amont		Nombre de patients accueillis durant l'année écoulée en provenance de	
		de la même EJ	d'une autre EJ
		A	B
Services d'Urgences	4		
Services de MCO	5		
Unité de court séjour gériatrique	6		
Services de SSR	7		
Services de Psychiatrie	8		
Services d'HAD	9		
Domicile ou substitut	10		

Prises en charges spécifiques		Nombre de patients pris en charge durant l'année écoulée par
Un pôle d'évaluation gériatrique	A11	
Une équipe mobile de gériatrie	A12	
Des intervenants de gérontopsychiatrie	A13	
Une équipe mobile de soins palliatifs	A14	
Un accueil de jour Alzheimer	A15	

Filière d'aval		Nombre de patients confiés durant l'année écoulée en
EHPAD	A16	
Réseau de soins ville-hôpital	A17	
Maison de retraite	A18	

Personnels concourant à l'activité des USLD (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

			Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	Personnels communs avec EHPAD
	Code SAE		A	B	C	D
Personnel médical hors internes	1000	19				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
dont gériatres	1320	20				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Infirmiers	2210	21				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Aides-soignants	2510	22				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Ergothérapeutes	2460	23				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Masseurs kinésithérapeutes	2410	24				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Psychomotriciens	2470	25				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Assistants de service social	3120	26				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Autre personnel non médical		27				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE

PRINCIPES DU BORDEREAU

Le bordereau décrit les capacités d'accueil, l'activité et le personnel des Unités de Soins de Longue Durée (USLD), services hospitaliers à part entière, relevant du champ sanitaire, clairement distincts des hébergements pour personnes âgées ou dépendantes relevant pour leur part du secteur médico-social.

Par définition, « il s'agit d'unités accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum. »

Les soins de longue durée constitue un des grands groupes de disciplines d'équipement.

Les objectifs du bordereau sont :

- Décrire cette activité sanitaire pour préciser l'offre de soins en la matière et l'isoler des hébergements médico-sociaux
- Connaître les chiffres d'activité, qui à ce jour ne relève d'aucun recueil PMSI
- Rendre compte de l'organisation des filières de soins d'amont et d'aval et des prises en charge spécifiques organisées dans l'établissement (gériatrie et géronto-psychiatrie, soins palliatifs, accueil de jour pour patients atteints d'Alzheimer ou de syndromes apparentés).

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Le bordereau est nouveau. Seules les capacités et les activités des USLD étaient demandées en colonne K des anciens bordereaux de synthèse Q01, Q02A.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques, qui ont une activité autorisée de soins de longue durée. L'activité est déclarée, soit sur son propre questionnaire lorsqu'il figure dans la liste des établissements interrogés et sinon sur le questionnaire de l'établissement qui se trouve à la même adresse.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A6 du filtre (unités de soins durée).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Article L. 6111-2 du code de la santé du 11 février 2005

Article 46 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale (redéfinition des USLD)

CAPACITE ET ACTIVITE

Case A1 : Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades et du nombre de lits fermés temporairement pour cause de travaux, désinfection. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence. Le nombre de lits correspond aux lits intégrés au sein de services d'hospitalisation complète, y compris l'hospitalisation de semaine.

Cette capacité demandée correspond à une capacité réelle d'accueil et non à une capacité autorisée ou de type objectifs quantifiés (ex OQOS).

Case A2 : Nombre de journées réalisées pour l'année en hospitalisation complète. Si la personne effectue un séjour en MCO ou en SSR, ce séjour interrompt le comptage des journées en soins de longue durée (qui reprend après).

Case A3 : Les entrées totales se définissent comme la somme des entrées directes (entrée dans l'entité juridique, entrée en USLD même si le patient était déjà hospitalisé dans l'établissement dans un autre groupe de disciplines), ou par mutation (provenant d'un USLD d'un autre établissement au sein de la même EJ).

ORGANISATION DE FILIERES DE SOINS

Ligne 4 à 9 : Filières d'amont : l'information demandée concerne le nombre de patients accueillis dans l'USLD en distinguant pour chaque provenance (service d'urgences, services de MCO, unité de court séjour gériatrique, services de SSR, services de Psychiatrie et services d'HAD) si ces unités ou services font partie ou non de la même entité juridique que l'USLD. L'ensemble correspond aux entrées directes.

Ligne 10 : nombre de patients accueillis à partir du domicile ou d'un substitut de domicile

Cases A11 à A15 : Prises en charges spécifiques ; nombre de patients pris en charge par certaines équipes qu'il s'agisse de professionnels du même établissement que l'USLD ou pas.

- Par un pôle d'évaluation gériatrique (A11)
- Par une équipe mobile de gériatrie (A12)
- Par des intervenants professionnels de géronto-psychiatrie (A13)
- Par une équipe mobile de soins palliatifs (A14)
- Dans le cadre d'un accueil de jour Alzheimer (A15)

Cases A16 à A18 : Filière d'aval : nombre de patients, qui après leurs séjours en USLD sont confiés

- A un EHPAD (A16)
- A un réseau ville hôpital, dans le cas d'un retour à domicile (A17)
- A une maison de retraite (A18)

PERSONNEL

Lignes 19 à 27 . Personnel concourant à l'activité de l'USLD



Les effectifs et les équivalents temps plein sont ceux qui contribuent à l'activité décrite dans le bordereau. Ce personnel peut être salarié (quelque soit celui qui le rémunère) ou libéral. Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle.
(Lire aussi les « Principes généraux de remplissage du personnel dans les bordereaux d'activité »)

On précisera le personnel qui est commun avec l'EHPAD si l'ET en gère 1 ou plusieurs.


HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

Dans la loi HPST, l'activité d'HAD est isolée du MCO et est à décrire comme une activité de soins sans hébergement.
Si l'activité est répartie sur plusieurs sites (antennes par exemple), chaque site doit comptabiliser sa propre activité.

Organisation

		A			B	C	D
					finess1	finess2	finess3
Avez-vous une ou plusieurs antennes géographiques ? (lieu de coordination installé sur le territoire de desserte mais distinct de l'implantation principale du siège HAD)	1	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
 Si oui nombre d'antennes géographiques :	2						
			Si oui, finess géographique de ces antennes	2			
Quelle est la population (en nombre d'habitants) du territoire autorisé dans le cadre de votre activité ?	3						
Mobilisez-vous, en sus de vos propres moyens, une équipe mobile de soins palliatifs ?	4	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Intervenez-vous au domicile du patient en dehors des heures ouvrables ?		B3	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Mobilisez-vous, en sus de vos propres moyens, une équipe de prise en charge de la douleur ?	5	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Une astreinte médicale est-elle assurée par l'HAD en dehors des heures ouvrables ?		B4	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
			 Si non, avez-vous passé une convention avec :				
Le service a-t-il mis en place la télésurveillance de certains patients ?	6	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	une structure assurant la permanence de soins ?		B5	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Le service a-t-il mis en place des téléconsultations ?	7	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	une autre structure ?		B6	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

Capacité

		Médecine	Obstétrique	SSR	Traitement du cancer
		A	B	C	D
Etes-vous autorisés en...	8	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
 Si oui, nombre de places (nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément) :	9				
Nombre de places total (nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément)	10				

Activité sur site

		Ensemble de l'activité d'HAD	dont périnatalité	dont soins palliatifs	dont traitement du cancer
		A	B	C	D
Nombre de séjours	11	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI
Nombre de journées	12	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI
Nombre de patients pris en charge en HAD	13	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI
dont nombre de patients âgés de 80 ans et plus	14	PMSI		PMSI	PMSI
dont nombre de patients résidant en établissement social ou médico-social	15	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI

Personnels concourant à l'activité d'HAD (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

Personnel médical (hors internes)	Code SAE		Effectifs temps plein salariés	Effectifs temps partiel salariés	ETP moyens annuels salariés	Nombre de libéraux impliqués
			A	B	C	D
Médecin coordonnateur		16				
Pharmaciens	3050	17				
Autre personnel médical	1000	18				
Total personnel médical		19				

Personnel non médical	Code SAE		Effectifs temps plein salariés	Effectifs temps partiel salariés	ETP moyens annuels salariés	Nombre de libéraux impliqués
			A	B	C	D
Cadres de santé	2120	20				
Infirmiers coordonnateurs	2210	21				
Infirmiers	2210	22				
Aides-Soignants	2510	23				
Ergothérapeutes	2460	24				
Masseurs kinésithérapeutes	2410	25				
Psychomotriciens	2470	26				
Psychologues	2710	27				
Assistants de service social	3120	28				
Autre personnel non médical		29				
Total personnel non médical		30				

HAD (Hospitalisation à domicile)

PRINCIPES DU BORDEREAU

Le développement de l'HAD en tant qu'activité de soins s'est accru entre 2004 et 2010, pour répondre à une demande croissante de prise en charge à domicile de la part des patients comme des aidants. Elle fait partie, depuis la loi HPST, des alternatives à l'hospitalisation complète, comme une modalité de soins dite sans hébergement.

La HAD, en tant que soins de suite MCO ou SSR, est donc considérée comme une discipline d'équipement à part entière et décrite de façon isolée du MCO. L'objectif du bordereau est d'apporter des précisions sur le nombre d'implantations de cette activité, son organisation et son activité, en détaillant certains axes portant sur des prises en charges spécifiques (périnatalité, intervention dans les établissements non sanitaires,...) et sur son fonctionnement en tant qu'HAD autonome ou rattachée à d'autres activités sanitaires.

La plupart des données d'activité sont désormais obtenues à partir d'extractions des données PMSI des avec un pré-remplissage qu'il appartient à l'établissement de valider.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

C'est un nouveau bordereau. Seuls la capacité et le nombre de venues étaient déclarées dans les lignes 11 des bordereaux Q01 et Q02A.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques, qui ont une activité autorisée d'HAD. L'activité doit être déclarée sur chaque site, y compris pour les « antennes », cas où l'établissement, pour des raisons géographiques de proximité avec les patients, a créé des lieux de coordination de soins, matériellement distants de l'implantation principale du siège et étant le plus souvent identifiés par un FINESS géographique différent de l'HAD intra-hospitalière.

L'ensemble des informations attendues dans ce bordereau nécessite la collaboration entre les pôles d'activité cliniques et médicotechniques, le DIM et l'équipe administrative gestionnaire de la SAE.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A14 du filtre (HAD).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Loi HPST du 21 juillet 2009

Code de la santé publique

Décret du 31 mars 2010 (alternatives à l'hospitalisation, article L6121-2). Décret de 2012 précisant les conditions d'intervention des équipes, non seulement dans les EHPA mais aussi dans d'autres établissements médico-sociaux ou substituts du domicile.

ORGANISATION

Ligne 1 : préciser si l'organisation de l'HAD comporte des « antennes » sur le territoire de desserte autorisé. Certaines HAD fonctionnent avec des antennes (organisation avec des professionnels d'un autre établissement situé sur la même autorisation de territoire), le préciser et énumérer leur(s) FINESS géographique(s).

Ligne 2 : afficher le nombre de ces antennes (**A**) et décliner leurs FINESS géographiques (**B, C, D**).

Colonne A, ligne 3 : afficher le nombre d'habitants du territoire décrit et figurant sur l'autorisation d'activité accordée.

Colonne A, lignes 4 et 5 : pour des modalités de soins particulières, préciser si vous avez recours à des équipes mobiles de soins palliatifs (4) et/ou de prise en charge de la douleur chronique (5), en sus de vos propres moyens.

Colonne A, lignes 6 et 7 : préciser si les modalités de télésurveillance et téléconsultations des patients à leur domicile sont fonctionnelles pour l'année considérée.

La télésurveillance est un acte médical qui découle de la transmission et de l'interprétation par un médecin d'un indicateur clinique, radiologique ou biologique, recueilli par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.

La téléconsultation est un acte médical qui se réalise en présence du patient qui dialogue avec le médecin requérant et/ou le ou les médecins télé consultants requis.

Cases **B3, B4, B5 et B6 :** préciser si l'HAD intervient au domicile en dehors des heures ouvrables, si une astreinte médicale est assurée. Sinon, préciser si l'HAD a passé une convention avec une structure assurant la permanence de soins (ou autre).

CAPACITE ET AUTORISATIONS

Lignes 8 et 9 : préciser les catégories d'autorisations délivrées pour l'établissement HAD et le nombre de places identifiées pour chacune d'entre elles : médecine (A), périnatalité (B), SSR (C), traitement du cancer (D).

Ligne 10 : préciser le nombre total de places. Réglementairement, le nombre de places correspond au nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément.

ACTIVITE SUR LE SITE

Les données d'activité sont pré remplies à partir du PMSI-HAD, à valider (ou corriger si besoin) par l'établissement.

Ligne 11 : Nombre de séjours. Sont comptabilisés tous les séjours de l'année (en cours ou terminés), avec au moins une séquence sélectionnée selon les conditions suivantes :

- Colonne A : ensemble des séquences HAD
- Colonne B : périnatalité : séquences avec MPP compris dans (19, 20, 21, 22)
- Colonne C : soins palliatifs : séquences avec (MPP ou MPA ou un des modes documentaires MPD à 04 ou un Diagnostic (principal ou associé) à Z515 MPP) et MPP non compris dans (05, 13, 17)
- Colonne D : traitement du cancer : séquences avec MPP compris dans (05, 13, 17)

Ligne 12 : Nombre de journées. Sont comptabilisées les journées des sous-séquences des séquences HAD sélectionnées ci-dessus.

Ligne 13 : Nombre de patients différents pour l'année interrogée, c'est-à-dire la file active des patients pris en charge dans l'année (tous patients confondus), pour les séjours sélectionnés.

Ligne 14 : Nombre de patients différents, âgés de 80 ans et plus (à la première sous-séquence)

Ligne 15 : Nombre de patients différents pris en charge et résidant en établissement social et médico-social (type de domicile compris dans (3, 4, 5).

PERSONNEL

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins décrites plus haut, qu'il soit salarié ou non, rémunéré ou non par l'établissement.

Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps travaillé et non le temps rémunéré (un salarié de l'établissement temps partiel à 80% sera compté 0,80 même s'il est rémunéré à 86 %), sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les « Principes généraux de remplissage du personnel dans les bordereaux d'activité)

D17 à D29 : nombre de libéraux impliqués : nombre de libéraux ayant signé une convention ou équivalent avec l'HAD.

EQUIPEMENTS ET PLATEAUX TECHNIQUES

BLOCS : Sites opératoires et salles d'intervention	63
IMAGES : Imagerie médicale	69
PHARMA : Pharmacie	74
BIO : Biologie médicale et anatomo-cytopathologie	78
TELEMED : Télémédecine	82
INFOMED : Information médicale	85

SITES OPERATOIRES ET SALLES D'INTERVENTION

Nombre de sites (= lieux géographiques regroupant un ensemble de salles d'intervention au sein d'une même zone propre)	A1	
--	----	--

Description des salles d'intervention et / ou d'exploration de l'établissement

		Nombre de salles dans l'établissement (hors celles dédiées à la chirurgie ambulatoire isolées en C7)	dont salles fonctionnant 24h/24 et 7j/7	Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire
		A	B	C
Salles destinées à la chirurgie classique, hors obstétrique (au sein de blocs polyvalents ou de spécialités)	2			
Salles dédiées aux actes d'obstétrique (césariennes, IVG...) hors salles de travail	3			
Salles d'activités interventionnelles sous imagerie (spécialisées ou non : urologie, cardiologie, neurologie, etc... avec ou sans anesthésie)	4			
Salles dédiées aux endoscopies avec ou sans anesthésie pour tout type d'activité (ambulatoire, hosp. complète, externe)	5			
Autres salles d'intervention et/ou exploration	6			
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	7			

Nombre total de salles de surveillance post interventionnelles	8			
Nombre total de postes de veille	9			

Activité

En nombre d'actes		Total sur l'année					Mesure sur le mois d'octobre sur patients hospitalisés			
		Sur des patients en hospitalisation complète	Sur des patients en hospitalisation partielle (ambulatoires)	Total actes sur patients hospitalisés (calculé)	Dont actes requérant une anesthésie	Sur des patients EXTERNES	Tous les jours d'octobre de 20h à minuit	Tous les jours d'octobre de 0h-8h	les samedis d'octobre de 14h-20h	les dimanches d'octobre de 8h-20h
		A	B	C	D	E	F	G	H	I
Actes chirurgicaux, quelle que soit la technique d'anesthésie utilisée (générale, loco-régionale, topique...)	10	PMSI	PMSI		PMSI					
Actes liés à la grossesse chez la mère (ex : césariennes, avortements, actes thérapeutiques pour hémorragie du post partum...)	11	PMSI	PMSI		PMSI					
Actes de cardiologie interventionnelle ⁽¹⁾ ⁽²⁾	12	PMSI	PMSI		PMSI					
Actes interventionnels sous imagerie ⁽¹⁾ hors cardiologie	13	PMSI	PMSI		PMSI					
Endoscopies avec ou sans anesthésie générale ⁽¹⁾	14	PMSI	PMSI		PMSI					
Actes avec lithotritie ou autres actes de destruction (laser ou autre agent extérieur) ⁽¹⁾	15	PMSI	PMSI		PMSI					

⁽¹⁾ selon liste codes CCAM

⁽²⁾ Ce volume d'actes figure également dans le bordereau "Chirurgie cardiaque et activités interventionnelles en cardiologie sous imagerie médicale par voie endovasculaire"

Personnels concourant à l'activité des sites opératoires (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

Personnel médical hors internes	Code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	Existence d'une garde senior (hors internes) 24h/24 ?	Existence d'une astreinte senior (hors internes) 24h/24 ?
			A	B	C	D	E
Chirurgiens hors gynéco-obstétriciens	2000 sauf 2050	16				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Médecins de spécialités médicales hors anesthésistes réanimateurs	1000 sauf 1030	17				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Anesthésistes- réanimateurs	1030	18				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Personnel non médical	Code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	Existence d'une garde 24h/24 ?	Existence d'une astreinte 24h/24 ?
			A	B	C	D	E
Pers. d'encadrement du médico-tech.	4130	19				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Infirmiers aide-anesthésistes (IADE)	2310	20				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
IBODE (infirmiers de bloc opératoire)	2320	21				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Infirmiers	2200	22				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Aides-soignants	2510	23				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Manipulateurs d'électroradiologie	4130	24				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Autre personnel non médical		25				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Sites opératoires et salles d'intervention

PRINCIPES DU BORDEREAU

L'évolution et le développement de la technicité des soins ont fait du bloc opératoire traditionnel un centre d'activités en interaction avec les autres composantes de soins, une structure d'articulation majeure du plateau technique. Les nécessités réglementaires de la gestion des risques en établissement de santé, les regroupements humains et matériels liés aux contraintes démographiques et financières, sont venues élargir considérablement le périmètre du bloc opératoire pour passer à la définition de sites opératoires, (lieux géographiques regroupant un ensemble de salles d'intervention - au-delà de la chirurgie conventionnelle- au sein d'une même zone propre), cibles désormais du questionnement.

Les objectifs poursuivis sont, conformément aux orientations nationales définies par le volet chirurgie du SROS :

- mieux caractériser l'offre de soins en matière de blocs et sites opératoires d'un établissement géographique et d'un territoire, avec un accent particulier sur les moyens dédiés à la chirurgie ambulatoire (compte tenu de la volonté de la développer) ainsi qu'aux urgences,
- positionner chacun des établissements dans l'organisation territoriale des soins et la réponse aux besoins : gradation des soins, participation à la permanence des soins en aval des urgences et mesure de l'activité sur ces créneaux horaires.

CONCEPTS IMPORTANTS

Les données d'activité sont désormais obtenues à partir des données du PMSI avec un pré-remplissage qu'il appartient à l'établissement de valider : les actes correspondent à ceux décrits par la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et sont comptabilisés selon des listes élaborées en collaboration avec l'ATIH dans le respect des règles d'utilisation de la CCAM, avec une mise à jour annuelle de cette nomenclature. Les listes d'actes sont disponibles dans la partie documentation du site de collecte.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Le bordereau blocs et sites opératoires correspond pour l'essentiel aux questions sur « les sites anesthésiques et blocs opératoires » présentes précédemment dans les bordereaux nommés « plateau technique », avec le volet moyens et activité dans le bordereau Q03A et le volet personnel dans le Q03C.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques, qui disposent d'un plateau technique comprenant des activités de bloc opératoire, d'explorations ou interventionnelles (avec ou sans anesthésie), ou d'autres activités sous anesthésie (ex : convulsivothérapie).

La qualité des informations attendues nécessite la collaboration entre les pôles d'activité clinique et/ou médicotechnique, le DIM et l'équipe administrative gestionnaire de la SAE.

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du filtre A2 (chirurgie), A7 (chirurgie ambulatoire), A18 (bloc opératoire), A21 (explorations fonctionnelles) et A22 (autres activités sous anesthésie).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital (dite HPST), titre 1, chapitre 1, article 1 relatif aux missions des établissements de santé.

Article L6122-1 relatif aux autorisations

Articles D 6124-401 à D 6124-408 relatifs aux maisons de santé chirurgicales

Articles D 6124-91 à D 6124-103 relatifs aux conditions techniques applicables à la pratique de l'anesthésie.

Article R 6121-4 et D 6124-301 à D 6124-311 définissant les conditions techniques de fonctionnement des structures pratiquant la chirurgie ambulatoire

Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation.

Instruction DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspective de développement et démarche de gestion du risque.

Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence.

Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS et, notamment, ses chapitres relatifs à la chirurgie ambulatoire, à la chirurgie et à la permanence des soins en établissements de santé (www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_SROS.pdf)

DESCRIPTION DES SALLES

A1 : nombre de sites opératoires définis comme des lieux géographiques regroupant un ensemble de salles d'intervention au-delà de la chirurgie conventionnelle, au sein d'une même zone propre. En d'autres termes, il s'agit d'un ensemble de plusieurs salles et annexes réunies dans une même zone dédiée à la réalisation d'actes invasifs, quelles qu'en soient la modalité et la finalité, en ayant recours aux équipements adéquats et en regroupant toutes les compétences médicales et paramédicales requises pour assurer la sécurité des patients.

Lignes 2 à 6 et colonnes A à B :

Indiquer le nombre de salles en fonctionnement (en dehors de celles dédiées à la chirurgie ambulatoire) selon la typologie suivante (colonne A), et parmi elles, le nombre de celles ayant des amplitudes d'ouverture 24h/24h, encore appelée « salles d'urgence » (colonne B). Il s'agit de salles ouvertes 24h/24 et 7j/7 (par définition, toute l'année) avec le personnel paramédical présent sur site (de garde) et non pas d'astreinte (Note : une salle libre, conservée pour prendre en charge les césariennes est, par définition, une salle d'urgence si une équipe est disponible). Les salles dédiées exclusivement à la pratique ambulatoire, c'est-à-dire les salles dans lesquelles sont pris en charge des patients sans hospitalisation sont indiquées en colonne C.

La typologie des salles d'intervention et/ou d'exploration (référence aux travaux de la MEAH maintenant ANAP) est la suivante :

Ligne 2 : salles destinées à la chirurgie classique hors obstétrique (au sein de blocs polyvalents ou mono disciplinaires) : orthopédie hors salle de plâtre, ORL, ophtalmologie hors laser, digestif, vasculaire, urologie, chirurgie cardiaque, neurochirurgie, chirurgie plastique et réparatrice, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie gynécologique...

Ligne 3 : salles dédiées aux actes d'obstétrique (césariennes, avortements, complications liées à l'accouchement...) hors salles de travail.

Ligne 4 : salles d'activités interventionnelles sous imagerie. Ces salles (dites aussi parfois « techniques ») sont dotées d'un équipement lourd ou d'un grand nombre d'appareillages, généralement peu déplaçables. On distingue en leur sein la cardiologie interventionnelle (qui sera décrite également de façon plus spécifique dans un bordereau dédié), la radiologie interventionnelle (la neuroradiologie interventionnelle étant reprise dans un autre bordereau), l'urologie avec appareil de lithotritie, le laser ophtalmologique fixe, la salle plombée dédiée à la curiethérapie, les salles de plâtre.

Ligne 5 : salles dédiées aux endoscopies avec ou sans anesthésie générale (ces salles pouvant par ailleurs être utilisées pour d'autres interventions de niveau d'asepsie compatible)

Ligne 6 : autres salles d'intervention ou d'exploration selon les spécificités de l'établissement (sismothérapie,...), dès lors que des anesthésies peuvent y être réalisées nécessitant le recours à des personnels spécialisés en anesthésie, et relevant de la réglementation correspondante (notamment surveillance post interventionnelle), tels que la lithotritie, le laser ophtalmologique, l'implantation d'aiguilles de curiethérapie, la sismothérapie,

C7 : nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire : doivent être exclues des salles indiquées en colonnes A et B.

A 8 : nombre de salles de surveillance post interventionnelle (autrefois dénommées salles de réveil), pour l'ensemble des sites opératoires dénombrés dans la cellule A1 ; ne compter que les salles exclusivement prévues pour cet usage ; exclure les salles « pouvant tenir lieu de salle de surveillance post interventionnelle » comme les salles de travail ou les salles de sismothérapies visées à l'article D. 6124-98. Exclure les salles de réveil dédiées à la chirurgie ambulatoire, décrites en C8.

B 8, nombre de salles post-interventionnelles fonctionnant 24h/24 avec du personnel paramédical présent sur site (de garde) et non pas d'astreinte.

C8 : nombre de salles post-interventionnelles faisant suite à des prises en charge en **chirurgie ambulatoire**.

Ligne 9 : nombre total de postes de réveil que comportent les salles de surveillance post interventionnelle décrites en ligne 8.

ACTIVITE

L'utilisation de la CCAM comme outil de description de l'activité change la question de « nombre d'examens » à « nombre d'actes (CCAM) » car le terme traditionnel « d'examens » peut sous-entendre plusieurs actes existants et ne représente donc pas une unité de compte homogène.

Lignes 10 à 15 :

Les données des colonnes A, B et D (sur patients en hospitalisation) sont pré-remplies à partir du PMSI et sont à valider par l'établissement. Les listes d'actes sont disponibles dans la partie documentation du site de collecte. Les données peuvent être modifiées par l'établissement, notamment pour soustraire des prestations inter-établissement réalisées à l'extérieur (cf. plus bas).

Ligne 10 : actes chirurgicaux, qu'ils soient pratiqués lors de séjours d'hospitalisation complète ou partielle, avec ou sans anesthésie.

Sont compris des :

- actes de chirurgie qui se font, dans les règles de l'art, sous anesthésie : ils concernent toutes les sphères de l'organisme.
- actes de chirurgie qui méritent le BSO mais qui ne sont pas réalisés systématiquement dans la description CCAM avec une anesthésie
- actes de traitement orthopédique : il s'agit d'une catégorie particulière d'actes de « ADC » dont certains peuvent être réalisés, en toute qualité de résultat, hors du bloc opératoire.
- actes de chirurgie cardiaque (LT032) : actes de chirurgie cardiovasculaire qui se réalisent sous CEC (circulation extracorporelle) (LT032-01) ou non) (LT032-02). Ces actes correspondent aux activités autorisées (indicateurs de pilotage de l'activité) et sont répertoriés également dans le bordereau 'chirurgie cardiaque et activités interventionnelles en cardiologie'.
- actes de neurologie qui correspondent au sous-groupe ciblé dans les autorisations
- actes de neurochirurgie hors neuroradiologie.

Ces actes figurent soit dans la liste LT032 (chirurgie cardiaque), ou dans liste LT_chir_horscard (chirurgie hors chirurgie cardiaque).

Ligne 11 : actes liés à la grossesse chez la mère (actes figurant dans la liste LT036-02), qu'ils soient pratiqués lors de séjours d'hospitalisation complète ou partielle, avec ou sans anesthésie. Il s'agit des actes faits dans le cadre de la périnatalité (ex : césariennes, avortements, actes thérapeutiques pour hémorragie du post-partum et qui se font dans l'environnement d'un site opératoire. Ils concernent la (future) mère mais aussi des actes réalisés sur le fœtus en cours de grossesse et qui sont hautement techniques réalisés dans les maternités de niveau 3 à priori. Sont exclus volontairement de ce groupe, -1, les actes de surveillance et suivi de grossesse, essentiellement des échographies car elles ne sont pas dans un environnement technique de type site opératoire, -2 les actes sur les bébés nés, -3 les actes touchant aux méthodes de procréation (assistée ou pas), à prévoir dans une autre catégorie si on souhaite s'en servir. Pour mémoire, l'amnioscopie est une technique endoscopique mais exclusive de la périnatalité et donc classée ici.

Ligne 12 : actes liés de cardiologie interventionnelle (actes figurant dans la liste LT033), qu'ils soient pratiqués lors de séjours d'hospitalisation complète ou partielle, avec ou sans anesthésie. Ces actes correspondent aux activités autorisées (indicateurs de pilotage de l'activité) et sont répertoriés également dans le bordereau 'chirurgie cardiaque et activités interventionnelles en cardiologie'. Cette liste se décompose en deux sous listes : rythmologie interventionnelle-type 1 (LT033-01) et activités interventionnelles autres que rythmologie-type2 (LT033-2).

Ligne 13 : actes interventionnels sous imagerie hors cardiologie (actes figurant dans la liste LT_interv), qu'ils soient pratiqués lors de séjours d'hospitalisation complète ou partielle, avec ou sans anesthésie générale.

Ligne 14 : endoscopies (actes figurant dans la liste LT015), qu'ils soient pratiqués lors de séjours d'hospitalisation complète ou partielle, avec ou sans anesthésie générale. Ce sont l'ensemble des actes d'endoscopie (ne relevant pas exclusivement du cadre de la périnatalité) qui doivent être réalisés dans un environnement BSO. Ces actes concernent différentes spécialités, y compris la gynécologie hors grossesse (dite déclarée à partir du 3ème mois) et correspondent aux actes aussi bien diagnostiques que thérapeutiques.

Ligne 15 : actes avec lithotritie ou autres actes de destruction (laser ou autre agent extérieur). Ces actes ne se limitent donc pas au seul arbre urinaire (vessie, uretère) et figurent dans la liste LT037_1, qu'ils soient pratiqués lors de séjours d'hospitalisation complète ou partielle, avec ou sans anesthésie générale.

Les actes effectués dans le cadre des prestations inter-établissement sont déclarés et comptabilisés à la fois du côté de l'établissement prestataire (avec un mode entrée-sortie à 0) et dans l'établissement demandeur, où le patient est hospitalisé (code Z75.80). La SAE s'intéresse aux actes pratiqués sur le site de l'établissement et les prestations effectuées ailleurs sont donc à enlever par l'établissement demandeur. Pour un même séjour, un type d'acte peut être réalisé dans l'établissement et un autre type dans un autre établissement. Dans ce cas, seul le deuxième acte doit être enlevé.

Lignes 10 à 15, colonnes F à I

Il s'agit de mesurer durant le mois d'octobre, le nombre d'actes pendant les tranches horaires désignées l'activité effectuée durant la période nocturne de continuité des soins, celle-ci étant fixée ici pour tous les établissements, de manière à obtenir des données comparables. On s'intéresse ici à l'ensemble de l'activité de la période, quelle que soit la provenance du malade (intra ou extra établissement), et pas seulement aux nouveaux malades arrivés sur ces horaires.

Etant donné les tranches horaires choisies pour ce diagnostic, on ne peut utiliser directement les données issues de la CCAM car les codes modificateurs tenant compte de la période de réalisation de l'acte, ne sont pas basés sur les mêmes heures.

PERSONNEL

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations comptées, pratiquant des actes au bénéfice des patients, qu'il soit salarié ou non, rémunéré ou non par ce dernier.

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité de production des actes réalisés dans les sites opératoires décrits, que les patients soient hospitalisés ou consultants dans la structure ou qu'ils soient adressés pour ces actes par un autre établissement où ils sont hospitalisés, au moment de la réalisation de l'intervention.

Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps travaillé, sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les « Principes généraux de remplissage du personnel dans les bordereaux d'activité »)

Ligne 16 : chirurgiens hors gynécologues-obstétriciens (spécialistes = titulaires du CES, du DES ou reconnus par la commission de qualification de l'Ordre). Les gynécologues obstétriciens faisant l'objet d'un questionnaire spécifique dans le bordereau périnatalité, ne doivent pas être inclus dans ceux qui sont inscrits ici.

Ligne 17 : médecins spécialistes (= titulaires du CES, du DES ou reconnus par la commission de qualification de l'Ordre) hors anesthésistes réanimateurs qui sont à inscrire en ligne 18.

Colonnes C et D : on précisera par OUI ou NON s'il existe une garde et ou une astreinte sénior (toujours hors interne) sur le mode 24h/24h. Rappel : définition d'une garde : un médecin est sur place 24h sur 24 ; pour l'astreinte : en dehors des heures ouvrables, un médecin est joignable à domicile. NB : Dans certains établissements spécialisés à forte activité, on peut avoir à la fois une garde et, en seconde ligne, une astreinte d'un second médecin de la même spécialité...

IMAGERIE

Le nombre d'actes pour une année est obtenu en faisant la somme des codes CCAM différents décrivant l'utilisation de ces techniques

Activité

		Nombre d'appareils présents sur le site (ou de salles pour la radiologie conventionnelle)	dont nombre d'appareils présents sur le site et exploités par l'établissement	Pour les appareils présents sur le site et exploités par l'établissement					
				Activité réalisée pour des patients hospitalisés dans l'établissement (nombre d'actes)	Activité réalisée pour des patients pris en charge dans d'autres établissements de la même entité juridique (nombre d'actes)	Activité réalisée pour des patients pris en charge dans d'autres entités juridiques (nombre d'actes)	Activité réalisée pour des patients en consultation externe (yc Service d'Urgences) (nombre d'actes)	Activité réalisée entre 20h et 8h durant octobre (nombre d'actes)	Activité interventionnelle à visée thérapeutique réalisée à l'aide de l'appareil
				A	B	C	D	E	F
Equipements d'imagerie soumis à autorisation									
Scanner (scannographes à utilisation médicale selon le décret)	1								<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
IRM (remnographes selon le décret) : Nombre d'appareils, toutes catégories confondues	2								<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
dont IRM ostéoarticulaire (spécialisée ou dédiée)	3								<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
dont IRM à haut champ (3T)	4								<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Caméras à scintillation (ou gamma-caméras)	5								<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Tomographes à émission de positons (TEP) / Caméras à scintillation avec détecteur d'émission de positons (CDET)	6								<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Autres équipements

Salles de radiologie conventionnelle (numérisée ou non), hors radiologie vasculaire	7												<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Salles de radiologie vasculaire y compris coronarographie qu'elles soient à visée diagnostique ou thérapeutique	8												<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Appareils de mammographie	9												<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Lithotripteurs	10												<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Personnels concourant à l'exploitation des appareils par l'établissement (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

										TELEMEDECINE	
										L'équipe médicale de radiologie est-elle sollicitée en qualité d'effecteur pour la lecture et l'interprétation à distance d'examens radiologiques (télé-expertise)	
Personnel médical	Code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	Existence d'une garde senior 24h/24 ?	Existence d'une astreinte senior 24h/24 ?	durant des périodes de garde pour les urgences ?	de façon régulière en dehors du contexte de l'urgence ?		
			A	B	C	D	E				
Médecins spécialistes en radiologie médicale (hors internes)	1160	11				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
Médecins spécialistes de médecine nucléaire (hors internes)	1210	12				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non				
Personnel non médical	Code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	Existence d'une garde 24h/24 ?	Existence d'une astreinte 24h/24 ?				
			A	B	C	D	E				
Personnel d'encadrement du médico-technique	4160	13									
Manipulateurs d'électroradiologie	4130	14				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non				
Autre personnel du service d'imagerie		15									

Imagerie

PRINCIPES DU BORDEREAU

Le bordereau décrit l'état actuel de l'offre de soins en imagerie des établissements de santé, au travers des équipements (lourds et conventionnels) et des ressources humaines disponibles, mais aussi du service rendu (permanence des soins, accessibilité aux médecins libéraux, activités interventionnelles sous imagerie, coopérations utilisant la télémedecine).

Les objectifs sont :

- permettre de dessiner une gradation des plateaux techniques d'imagerie au sein des territoires de santé, en fonction de la participation à la permanence des soins, du dimensionnement des équipes et du niveau de spécialisation, tout en simplifiant l'interrogation,
- rendre compte de l'évolution du parc des IRM et de sa diversification pour répondre à des besoins spécifiques,
- identifier les établissements réalisant des activités interventionnelles utilisant les équipements lourds d'imagerie,
- disposer d'un état des lieux des établissements dont les équipes participent à la couverture des besoins du territoire grâce à la télémedecine (télé expertise)
- maintenir des possibilités de comparaison avec les autres pays européens, notamment sur le dépistage du cancer du sein (mammographie).

CONCEPTS IMPORTANTS

L'activité est mesurée en nombre d'actes et non plus en nombre d'examens. Le terme traditionnel « d'examens » pouvait en effet sous-entendre plusieurs actes existants et ne représentait donc pas une unité de compte homogène.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Le bordereau Imagerie correspond pour l'essentiel aux questions sur l'imagerie présentes précédemment dans les bordereaux nommés « plateau technique », avec le volet activité dans le bordereau Q03A et le volet personnel dans le Q03C.

On recense désormais le nombre total d'appareils ou de salle présents sur le site, quels que soient le détenteur de l'autorisation et le propriétaire, et on isole ceux qui sont exploités/utilisés par le personnel de l'établissement.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Tous les établissements dans lesquels sont localisés des appareils et matériels lourds ou d'autres appareils d'imagerie ou des salles de radiologie doivent remplir ce bordereau, qu'ils soient ou non titulaires de l'autorisation, qu'ils exploitent eux-mêmes (avec leur propre personnel) ces équipements ou non. Une clinique privée hébergeant sur son site un cabinet libéral détenant un équipement doit remplir quelques informations (colonne A).

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A19 (activité d'imagerie) du filtre.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Article R 6122-26 du CSP relatif aux équipements lourds soumis à autorisation.

Articles R.6123-32-1 à R.6123-32-6 définissant les plateaux techniques à accès direct en urgence.

Circulaire DHOS/SDO/O4/2002/250 du 24 avril 2002 relative aux recommandations pour le développement d'imagerie en coupe par scanner et IRM.

ACTIVITE

On décrit ici le plateau technique du site en recensant de prime abord les équipements et matériels lourds soumis à autorisation mais également d'autres équipements.

Sont soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 les équipements matériels lourds énumérés ci-après :

- 1° Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;
- 2° Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;
- 3° Scannographe à utilisation médicale.

Colonne A : nombre d'appareils ou de salles présents sur le site.

Colonne B : nombre d'appareils ou de salles présents sur le site et exploités par l'établissement (effectivement utilisés par le personnel de l'établissement, quel que soit son statut médecins salariés ou libéraux). Les forfaits techniques des actes d'imagerie reviennent bien au bénéfice de l'établissement.

Pour ces deux colonnes :

A1 et B1 : Nombre de scanners (ou scannographes à utilisation médicale).

A2 et B2 : Nombre de remnographes (IRM), toutes catégories confondues

A3 et B3 : Nombre d'IRM ostéoarticulaires (spécialisée ou dédiée), IRM dont le niveau d'équipement logiciel est restreint au domaine ostéoarticulaire, membres et rachis ou IRM spécifiques de petite taille permettant uniquement l'examen des membres, sans le rachis.

A4 et B4 : Nombre d'IRM à haut champ (3T)

A5 et B5 : Nombre de caméras à scintillation (*pour les scintigraphies*).

A6 et B6 : Nombre de tomographes à émissions de protons (TEP) ou caméras à scintillations munies d'un détecteur d'émission à positons (TDEC). Les TEP utilisent d'autres propriétés physiques que les rayons gammas des caméras à scintillation. Ils dépendent d'une autre autorisation, n'ont pas les mêmes usages (essentiellement la cancérologie car ils peuvent détecter des lésions « actives » car consommant plus de glucose que les tissus sains).

A7 et B7 : Nombre de salles de radiologie conventionnelle (numérisée ou non), hors radiologie vasculaire. Les échographes sont exclues, ainsi que les radio-mobile.

A8 et B8 : Nombre de salles de radiologie vasculaire y compris coronarographie qu'elles soient à visée diagnostique ou thérapeutique.

A9 et B9 : Nombre d'appareils de mammographie.

A10 et B10 : Nombre de lithotripteurs.

Les colonnes suivantes (C à H) portent sur l'activité, mesurée en nombre d'actes CCAM (codes ADI), hors actes suppléments. Seule l'activité exploitée par l'établissement doit être renseignée ici, c'est-à-dire l'activité au bénéfice de l'établissement et effectuée par le personnel de l'établissement). Est donc exclue l'activité libérale extérieure (cabinets privés).

Colonne C : le nombre d'actes CCAM réalisés pour des patients hospitalisés dans l'établissement géographique.

Colonne D : le nombre d'actes CCAM réalisés pour des patients hospitalisés dans un autre établissement de la même entité juridique.

Colonne E : le nombre d'actes CCAM réalisés pour des patients hospitalisés dans une autre entité juridique.

Colonne F : le nombre d'actes CCAM réalisés pour des patients externes.

Colonne G : il s'agit de mesurer durant le mois d'octobre, l'activité en actes CCAM des appareils, effectuée durant la période nocturne de permanence des soins, celle-ci étant fixée ici pour tous les établissements de 20h à 8h, de manière à obtenir des données comparables. On s'intéresse ici à l'ensemble de l'activité de la période 20h-8h, quelle que soit la provenance du malade (intra ou extra établissement), et pas seulement aux nouveaux malades arrivés sur ces horaires.

Colonne H : existence d'une activité interventionnelle à visée thérapeutique réalisée grâce à cet appareil : réponses de type OUI/NON. Il s'agit des examens d'imagerie interventionnelle (comportant une procédure invasive) à visée curative. Les examens qui associent dans le même temps une intervention à visée thérapeutique à un acte diagnostique en font également parti : les ponctions-drainage, les embolisations, les cathétérismes de la papille sous sphinctérotomie en gastro-entérologie, les angioplasties relèvent de la radiologie interventionnelle à visée thérapeutique. En revanche, les biopsies n'en font pas partie.

PERSONNEL

Les effectifs et les équivalents temps plein sont ceux qui contribuent à l'activité de production des actes d'imagerie (au bénéfice de l'établissement pour les versements correspondants aux forfaits techniques) mentionnés dans les colonnes C à G, que les patients soient hospitalisés ou consultants dans la structure, ou qu'ils soient adressés pour ces actes par un autre établissement où ils sont hospitalisés au moment de la réalisation des actes d'imagerie.

Les médecins libéraux et leur personnel qui utilisent par convention les équipements installés dans l'établissement pour leur propre compte (c'est-à-dire qui perçoivent les versements correspondants aux forfaits techniques) ne doivent pas figurer dans ce bordereau. Par ailleurs, dans le cas où le cabinet de radiologie installé dans une clinique privée est une structure indépendante détentrice de l'autorisation, son activité ne sera pas inscrite dans le bordereau, le personnel ne devra pas y apparaître non plus, mais les appareils et salles seront comptés dans la colonne A.

Ce personnel peut être salarié (quel que soit celui qui le rémunère) ou libéral. Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les « Principes généraux de remplissage du personnel dans les bordereaux d'activité »)

Ligne 11 : médecins spécialistes en radiologie médicale (= titulaires du CES, du DES ou reconnus par la commission de qualification de l'Ordre)

Ligne 12 : médecins spécialistes de médecine nucléaire (= titulaires du CES, du DES ou reconnus par la commission de qualification de l'Ordre).

Cases D11, E11, D12 et E12, D14 et E14 : on précisera par OUI ou NON s'il existe une garde et / ou une astreinte sénior (toujours hors interne) sur le mode 24h/24h. Rappel - définition d'une garde : un médecin (ou manipulateur) est sur place 24h sur 24 ; pour l'astreinte : en dehors des heures ouvrables, un médecin (ou manipulateur) est joignable à domicile. NB : Dans certains établissements spécialisés à forte activité, on peut avoir à la fois une garde et, en seconde ligne, une astreinte d'un second médecin de la même spécialité.

Cases F11 et G11 : on précisera par OUI ou NON si une activité de télé médecine en tant qu'effecteur est réalisée. Cette question ne concerne donc que les établissements référents en imagerie dont l'équipe médicale est sollicitée (« requise ») pour donner un avis expert sur la lecture et l'interprétation d'images prises à distance (télé-expertise). Les établissements demandeurs ne sont pas concernés. Pour la case G11, on souhaite savoir si cette activité de télé médecine a lieu de façon régulière en dehors du contexte des urgences.

Ligne 13 : Pour le personnel d'encadrement médico-technique, on ne s'intéresse ici qu'au personnel de cette catégorie travaillant dans le service d'imagerie, à exclusion de ceux qui appartiennent à cette catégorie mais travaillent au laboratoire, à la pharmacie, etc.

PHARMACIE

Organisation avec l'extérieur

La PHARMACIE A USAGE INTERIEUR fonctionne-t-elle dans le cadre d'un groupement ?

A1	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
----	---



Si oui, s'agit-il de :

A2	<input type="radio"/> GCS
	<input type="radio"/> GCSMS
	<input type="radio"/> Autre

Si oui, cette PUI assure t'elle les fonctions d'une PUI pour l'ensemble des établissements du groupement ?

A3	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
----	---

Si la mutualisation n'est que partielle, combien d'autres PUI fonctionnent elles dans le cadre du groupement ?

A4	
----	--

Pour les établissements multi-sites seulement :

La PUI du site assure t'elle les fonctions d'une PUI pour l'ensemble de l'EJ ?

A5	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
----	---

Sinon, la PUI du site assure t'elle les fonctions de PUI pour d'autres ET au sein de l'EJ ?

A6	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
----	---

Nombre de lits (en hospi complète) pour lesquels la PUI s'est vu confier l'activité de pharmacie à usage intérieur :		MCO	Psychiatrie	SSR	USLD	Etablissement non sanitaire
		A	B	C	D	E
	7					

		Gestion	Approvisionnement	Contrôle	Détention	Dispensation
		A	B	C	D	E
Donneur d'ordre d'activités	8	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Sous-traitant d'activités	9	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Activité - circuit du médicament

Consommation médicamenteuse de l'année (en euros)

(hors solutés, antiseptiques, désinfectants, produits de contraste, de radiopharmacie, gaz médicaux..)

La PUI bénéficie-t-elle d'une solution d'informatisation du circuit du médicament ?

Si oui, pourcentage de lits informatisés (informatisé si l'intégralité du traitement du patient l'est) :

Nombre de lits bénéficiant d'une analyse pharmaceutique des ordonnances :

Nombre de lits bénéficiant d'une délivrance nominative :

A10	
A11	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A12	
A13	
A14	

Le contrat de bon usage des médicaments est-il validé ?

A15	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

Existe t-il une ou plusieurs unités centralisées de :

* préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse (englobant la reconstitution de spécialités pharmaceutiques) sous responsabilité pharmaceutique ?

A16	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

* préparation de nutrition parentérale sous responsabilité pharmaceutique ?

A17	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

* pour d'autres préparations injectables sous responsabilité pharmaceutique ?

A18	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

La PUI gère-t-elle des dispositifs médicaux implantables ?

A19	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

La PUI bénéficie-t-elle d'une informatisation de la gestion des stocks ?

A20	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

AUTRES MISSIONS SPECIFIQUES ASSUREES

Vente au public des médicaments et dispositifs stériles :

A21	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

Approvisionnement de médicaments, produits ou objets mentionnés à l'art L. 4211-1 du CSP, et DM stériles à des patients pris en charge par des établissements d'HAD et des unités de dialyse à domicile

Si oui, pour combien de places de HAD :

A22	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

Si oui, pour combien de postes de dialyse à domicile :

A23	
-----	--

A24	
-----	--

Activité - stérilisation

La PUI est-elle autorisée à effectuer la stérilisation ?

A25	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

La PUI bénéficie-t-elle d'une informatisation du processus de stérilisation (traçabilité informatique du suivi des DM en stérilisation) ?

A26	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

La PUI bénéficie-t-elle d'un lavage automatisé des bacs et chariots ?

A27	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

La PUI assure-t-elle le transport (produits stérilisés par la PUI, dispositifs médicaux stériles industriels, objets de pansements, médicaments,...)

A28	<input type="radio"/> Oui
	<input type="radio"/> Non
	<input type="radio"/> Partiellement

Personnels concourant à l'activité (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

	Code		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	Existence d'une garde 24h/24?	Existence d'une astreinte 24h/24 ?
			A	B	C	D	E
Pharmaciens (internes exclus)	3050	29				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
dont pharmaciens dédiés à l'activité de stérilisation	-	30					
dont pharmaciens dédiés aux préparations de chimiothérapie anticancéreuse	-	31					
Cadres de santé et cadres admin.	2120, 2130	32					
Préparateurs en pharmacie, IDE et IBODE	4120, 2210 2320	33					
Autre personnel technique et médico technique et de soins (hors préparateurs)	-	34	73				
Autre personnel administratif	-	35					

Pharmacie

PRINCIPES DU BORDEREAU

Le bordereau tient compte de l'évolution intervenue avec la loi HPST qui assouplit l'activité de pharmacie à usage intérieur en modifiant le circuit du médicament entre établissements, particulièrement en hospitalisation à domicile.

Les règles sur la stérilisation ont également été revues et adaptées, notamment lorsqu'il y a coopération entre établissements de santé ou dans le cadre d'un GCS.

Ce contexte mais aussi la diversité des établissements de santé et le constat de la grande hétérogénéité des organisations mises en place pour sécuriser le circuit du médicament rendent difficiles les comparaisons entre les pharmacies à usage intérieur (PUI). Le nouveau bordereau s'intéresse donc moins au détail de leurs activités qu'au périmètre de leur champ d'intervention, au service rendu dans le cadre de leurs missions communes, aux coopérations éventuellement mises en œuvre et aux ressources humaines disponibles.

Les objectifs sont :

- Simplifier le questionnement compte tenu du fait que les éléments reconnus comme les plus liés à l'activité et aux moyens en personnel, sont la catégorie de l'établissement, le nombre et la nature des lits desservis, le nombre de prescripteurs et la consommation annuelle en euros de médicaments.
- Décrire les missions assurées (sans détailler les différentes phases de la délivrance des médicaments) et analyser les moyens mis en œuvre, notamment la progression de l'informatisation, en prolongement de Securimed (avec lequel on a cherché à harmoniser les libellés pour les questions communes).
- Pour apprécier les lits desservis, identifier les PUI dont l'activité dépasse le champ des seuls patients pris en charge dans l'établissement, et celles qui, au sein d'un groupement, sont maintenues de manière dérogatoire sur un site mais n'assurent qu'une partie des missions, celles prévues par les textes.
- Mieux décrire les professionnels impliqués en distinguant notamment les préparateurs de pharmacie qui participent à la délivrance des médicaments, des infirmières plus souvent centrées sur la stérilisation.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Le bordereau pharmacie correspond à l'ancien bordereau Q03D mais le questionnement a été sensiblement allégé par rapport à 2012.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques, qui disposent d'une pharmacie à usage intérieur (PUI).

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du filtre A23 (organisation du circuit du médicament) et A24 (stérilisation des dispositifs médicaux).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Art. L. 5126-2, Art. L. 6111-2, Art. L. 6152-3 du CSP

Art. R. 6144-2 du CSP (décret n°2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé).

Art. R. 6111-10 et R. 6111-11 (décret n°2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs stériles dans les établissements de santé)

Art. R. 6111-18 à R. 6111-21-1 du CSP (décret n°2010-1030 du 30 août 2010 relatif à la stérilisation des dispositifs médicaux dans les établissements de santé)

Rapport national SECURIMED

Décret n°2010-1228 du 19 octobre 2010 relatif aux conditions dans lesquelles certains établissements de santé peuvent faire appel à des pharmacies d'officine ou à la pharmacie à usage intérieur d'un autre établissement

Décret n°2008-1121 du 31 octobre 2008 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale

« La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre », et, notamment, ses chapitres relatifs à l'activité de PUI et aux coopérations

DESCRIPTION

A1 et A2 : L'activité d'une PUI d'un établissement de santé est, en principe, limitée à l'usage particulier des malades qui sont traités et hospitalisés dans cet établissement. Il existe néanmoins un certain nombre de dérogations à ce principe d'abord pour les établissements d'une même entité juridique (EJ), mais aussi dans le cadre de coopérations autorisées par l'agence régionale de santé. Depuis la loi HPST, seuls trois modes de coopération sont autorisés : une convention (exceptionnelle et limitée à des cas précis), un groupement de coopération sanitaire (GCS) ou, depuis 2011, un groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS).

A3 à A4 : s'adresse aux PUI mutualisées d'un GCS ou d'un GCSMS. Il peut, en effet, n'y avoir qu'une seule PUI pour les établissements d'un groupement et l'autorisation est alors donnée au GCS. Cette mutualisation peut aussi n'être que partielle, certaines fonctions spécifiques restant confiées à une ou (plusieurs) PUI d'un autre ET (ou EJ) appartenant au même GCS. La PUI mutualisée précise si la mutualisation au sein du GCS est totale ou partielle (= maintien de PUI sur un ou plusieurs ET).

Pour une PUI fonctionnant au sein d'une entité juridique multi-sites ou d'un groupement de coopération, il s'agit, pour la PUI de l'ET qui remplit le questionnaire, d'indiquer si elle assure (ou non) les fonctions de PUI pour l'ensemble de l'EJ (**A5**), ou seulement pour certains ET de la même EJ (**A6**). Dans tous les cas, elle précise le nombre de lits (sans les places d'hospitalisation partielle) de chaque catégorie concernés (**A7 à E7**), ainsi que les capacités du (ou des) établissement(s) non sanitaire(s) éventuellement desservi(s) (exemple : une EPHAD de l'EJ).

A8 à E9 : coopérations éventuellement mises en place par les autres types de PUI.

Le donneur d'ordre est celui qui paye un prestataire ou une autre structure pour faire le travail, inversement le « sous-traitant » est celui qui réalise le travail pour un autre établissement ou structure.

La PUI est « sous traitante » pour le compte d'un autre donneur d'ordres, lorsqu'elle réalise tout ou partie des activités relatives au médicament et aux dispositifs médicaux stériles pour le compte d'autres établissements (EJ), y compris des établissements non sanitaires type EHPAD.

ACTIVITÉ CIRCUIT DU MÉDICAMENT

A10 : Consommation médicamenteuse de l'année écoulée en euros : Ce total (en TTC arrondi à la centaine d'euros) se mesure en supprimant les solutés, les antiseptiques, désinfectants, produits de contraste, de radiopharmacie, les gaz médicaux et hors dispositifs médicaux. Cette consommation porte sur l'ensemble de l'activité de la PUI, hors rétrocession.

A11 : La PUI bénéficie-t-elle d'une solution d'informatisation du circuit du médicament ? Répondre par OUI ou NON

A12 : Pourcentage de lits informatisés : un lit est considéré comme informatisé si l'intégralité du traitement du patient l'est. Les lits sont ceux de l'hospitalisation complète.

A13 : Nombre de lits bénéficiant d'une analyse pharmaceutique des ordonnances. Cette question porte sur l'organisation et non sur l'acte de dispensation. Le nombre de lits à renseigner est celui du 31 décembre, sauf événement exceptionnel (travaux par ex.).

A14 : Nombre de lits bénéficiant d'une délivrance nominative : Cette question porte sur l'organisation de la délivrance (et non sur l'acte de dispensation qui doit inclure l'analyse des ordonnances). Le nombre de lits à renseigner est celui du 31 décembre, sauf événement exceptionnel (travaux par ex.).

A15 : Le contrat de bon usage (CBU) des produits et prestations ne s'applique qu'aux établissements de santé ayant une activité MCO. Il s'applique donc par exemple aux établissements réalisant une activité de dialyse (y compris aux associations). Par contre, les établissements exerçant exclusivement des activités de psychiatrie, HAD, USLD ou de SSR ne relèvent pas de ce dispositif et ne remplissent pas cette case.

A16 : Existe-t-il une ou plusieurs unités centralisées de préparation des médicaments anticancéreux sous responsabilité pharmaceutique ? L'unité est définie comme toute structure implantée dans un lieu dépendant d'une PUI d'un établissement de santé, et affectée à la réalisation des préparations d'anticancéreux dans le respect des bonnes pratiques prévues à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique.

A17 : Existe-t-il une unité centralisée de préparation de nutrition parentérale sous responsabilité pharmaceutique ? L'unité est définie comme toute structure implantée dans un lieu dépendant d'une PUI d'un établissement de santé, et affectée à la réalisation des préparations de nutrition entérale dans le respect des bonnes pratiques prévues à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique.

A18 : Existe-t-il une unité centralisée pour d'autres préparations injectables sous responsabilité pharmaceutique ? L'unité est définie comme toute structure implantée dans un lieu dépendant d'une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé et affectée à la réalisation des préparations dans le respect des bonnes pratiques prévues à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique.

A19 : Un dispositif médical est un instrument, appareil, équipement ou encore un logiciel destiné, par son fabricant, à être utilisé chez l'homme à des fins, notamment, de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement, d'atténuation d'une maladie ou d'une blessure.

PERSONNEL

Lignes 29 à 35 :

On s'intéresse au personnel ayant contribué à l'activité pharmaceutique décrite et à la stérilisation, qu'il soit salarié ou non, rémunéré ou non par ce dernier.

Dans la colonne A, ne compter que les effectifs temps plein des personnels quel que soit leur statut (hors internes, ceux-ci étant comptés dans un bordereau spécifique). Les personnels temps plein éventuellement partagés avec d'autres services sont à compter dans les effectifs, comme ceux qui sont propres à la PUI ; par contre, leurs ETP seront calculés.

Dans la colonne C (ETP), compter en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de pharmacie à usage intérieur, y compris les temps partiels, les vacataires et les libéraux. On compte ici le temps travaillé et non le temps rémunéré, et en mesure moyenne annuelle.

D29 et E29 : on précisera par OUI ou NON s'il existe une garde et/ou une astreinte sénior (c'est à dire hors interne) sur le mode 24h/24h. Rappel : définition d'une garde : un pharmacien est sur place 24h sur 24 ; pour l'astreinte : en dehors des heures ouvrables, un pharmacien est joignable à domicile.

BIOLOGIE MEDICALE ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE

hors biologie médico-légale

Biologie médicale

Cette partie concerne uniquement les établissements ayant un laboratoire de biologie médicale qui réalise la phase analytique et d'interprétation.

FAMILLES D'EXAMEN REALISEES PAR LE LABORATOIRE		A
Biochimie générale et spécialisée	1	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Pharmacologie-toxicologie	2	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Radiotoxicologie	3	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Hématocytologie	4	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Hémostase	5	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Immunohématologie	6	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Allergie	7	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Auto-immunité	8	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Immunologie cellulaire spécialisée et histocompatibilité (groupage HLA)	9	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Agents transmissibles non conventionnels	10	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Bactériologie	11	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Parasitologie-mycologie	12	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Sérologie infectieuse	13	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Virologie	14	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Génétique constitutionnelle	15	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Génétique somatique	16	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Spermiologie	17	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Embryologie clinique	18	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

		B
Le laboratoire est-il ouvert au public (avec prélèvements d'échantillons biologiques sur des patients non pris en charge dans l'entité juridique) ?	1	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

ACTIVITE PRODUITE PAR LE LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE		B
Activité produite pour des patients pris en charge par l'entité juridique (y c consultations externes et passages aux urgences sans hospitalisation), en nombre d'examens*	2	
Activité produite pour des patients externes, c'est à dire non pris en charge par l'entité juridique, en nombre d'examens*	3	
Dont activité produite pour des patients hospitalisés dans d'autres établissements de santé, en nombre d'examens*	4	

*Nombre d'examens unitaires, dont au moins la phase analytique est réalisée par le laboratoire déclarant. Pour les examens inscrits à la nomenclature des actes, un examen correspond à un code unitaire, ce même si il est inclus dans un forfait (cf. décret du 10 octobre 2011)

Anatomie et cytologie pathologiques

Cette partie concerne uniquement les établissements produisant leurs examens d'anatomo-cytopathologie.

		Actes (codes CCAM d'anatomopathologie) ⁽¹⁾ produits par et pour l'établissement		Actes (codes CCAM d'anatomopathologie) ⁽¹⁾ produits par l'établissement pour d'autres établissements et pour la ville
		lors de consultations externes ⁽²⁾	sur malades hospitalisés ⁽³⁾	
		A	B	C
Nombre d'actes réalisés	19			
Dont nombre de frottis du col utérin (code CCAM JKQP001)	20			
Nombre d'examens extemporanés	21			

(1) Le recueil ne porte pas sur les PHN. Le décompte a changé à partir de 2011, il s'agit de compter le nombre de P (CCAM) et non d'additionner les coefficients

(2) Les passages aux urgences sans hospitalisation sont à considérer ici comme des consultations externes

(3) Malades hospitalisés en hospitalisation complète ou partielle

Personnels concourant à l'activité (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

Biologie médicale		Code SAE	Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels (y compris temps partiels et attachés)	Existence d'une garde 24h/24 ?	Existence d'une astreinte 24h/24 ?
			A	B	C	D	E
Médecins biologistes (hors internes)	22	3011				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Pharmaciens biologistes (hors internes)	23	3012				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Personnels d'encadrement propres au laboratoire de biologie médicale	24						
Techniciens de laboratoires médicaux propres à l'activité de biologie médicale (hors encadrement)	25	4110				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Autres personnels	26						
Anatomie et cytologie pathologiques							
Médecins anatomo-pathologistes (hors internes)	27	1020					
Personnels d'encadrement propre au service (unité) de pathologie	28						
Techniciens de laboratoires médicaux propres à l'activité de pathologie (hors encadrement)	29	4110					
Autres personnels	30						

Biologie médicale et anatomo-cytopathologie

PRINCIPES DU BORDEREAU

Le bordereau décrit deux prestations médico-techniques qui jouent un rôle important dans les démarches diagnostiques, mais qui ne sont pas systématiquement effectuées en interne par les établissements de santé.

La biologie médicale a fait l'objet d'une importante réforme dont le principe est la médicalisation de cette activité. Les règles régissant la répartition territoriale des laboratoires ont été modifiées sensiblement, tout comme celles permettant d'apprécier l'activité d'un laboratoire. Dans le même temps, la profession de technicien de laboratoire médical a été reconnue. La biologie médico-légale n'entre pas dans le champ de l'enquête.

L'anatomo-cytopathologie est, quant à elle, une spécialité médicale confrontée à la raréfaction des effectifs des pathologistes et à l'évolution des techniques, deux facteurs conduisant au regroupement des plateaux techniques. Son apport spécifique dans le dépistage et le diagnostic per-opératoire des pathologies cancéreuses justifie qu'on s'intéresse à la disponibilité de cette prestation, en parallèle avec l'activité de traitement du cancer.

Les objectifs sont :

- permettre de dessiner l'offre de biologie hospitalière ouverte au public au sein des territoires de santé, en fonction de la participation à la permanence des soins, du dimensionnement des équipes et du type de prestation, tout en simplifiant l'interrogation,
- harmoniser le questionnement avec celui des laboratoires privés et décrire l'activité en nombre total d'examens prélevés par territoire (SROS de biologie médicale),
- pour l'anatomo-cytopathologie, suivre la répartition territoriale des plateaux techniques de pathologie, s'appuyer sur la CCAM-V2 pour la mesure de leur activité et identifier les équipes réalisant des examens extemporanés dans le cadre de la chirurgie des cancers.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Le bordereau biologie médicale et anatomocytopathologie correspond à l'ancien bordereau Q03B, même si le questionnement sur la biologie a été sensiblement modifié.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques, qui disposent d'un plateau technique comprenant une production de biologie médicale ou d'anatomopathologie et qui réalisent la phase analytique et d'interprétation. En cas d'établissement multisite, le bordereau sera rempli pour l'ensemble de l'entité par l'établissement géographique siège du laboratoire ou par l'établissement principal.

Les établissements qui confient les analyses des examens de biologie (ou de pathologie) à une autre entité ne remplissent pas ce bordereau.

Ce bordereau se déclenche en fonction la question A20 du filtre (biologie et anatomopathologie).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Art. 69 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Loi 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale (ratifiant l'Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010)

Arrêté du 14 décembre 2010 définissant les conditions justificatives de l'entrée effective d'un laboratoire de biologie médicale dans une démarche d'accréditation.
Décret n°2011-1268 du 10 octobre 2011 fixant les règles permettant d'apprécier l'activité d'un laboratoire de biologie médicale.

BIOLOGIE MEDICALE

Les questions **A1 à A18** portent d'abord sur les familles d'examens réalisés par le laboratoire, selon la liste établie par l'arrêté du 14 décembre 2010 (mode oui/non).

Le tableau B interroge sur l'ouverture au public (B1) : L'établissement assure-t-il la phase préanalytique (en particulier les prélèvements) pour des patients non pris en charge dans l'établissement (c'est à dire sur prescription d'un médecin extérieur à l'établissement).

NB : Les patients de consultations externes ou venus aux urgences sont considérés comme étant pris en charge par l'établissement.

De **B2 à B4**, l'activité produite est demandée en nombre d'examens unitaires dont au moins la phase analytique est réalisée par le laboratoire déclarant (conformément au décret du 10 octobre 2011), que ces examens unitaires fassent ou non l'objet d'un remboursement, et détaillée en trois questions.

- D'abord l'activité produite pour des patients pris en charge par l'entité juridique (y c consultations externes et passages aux urgences sans hospitalisation ou établissement non sanitaire appartenant à l'EJ)
- puis l'activité produite pour des patients externes, c'est à dire non pris en charge par l'entité juridique (y.c. patients ayant une prescription du généraliste)
- au sein de laquelle est demandée l'activité produite pour des patients hospitalisés dans d'autres établissements de santé

Par contre, les forfaits ne découlant pas d'une phase analytique ne doivent pas être comptabilisés (par ex : forfait de sécurité).

Les actes hors nomenclatures (BHN) sont à comptabiliser. Pour les examens inscrits à la nomenclature des actes, un examen correspond à un code unitaire de la nomenclature, y compris lorsque cet examen fait l'objet d'une facturation par forfait ; exemple : exploration anomalie lipidique, cette dernière est considérée comme un seul examen.

ANATOMOCYTOPATHOLOGIE

Depuis 2011, la collecte SAE a changé pour la mesure de l'activité d'anatomocytopathologie(ACP). Il s'agit à présent de compter le nombre d'actes (CCAM-V2) et non plus d'additionner les coefficients. Le recueil ne porte pas sur les actes d'anatomopathologie hors nomenclature.

Ces actes doivent être répartis selon qu'ils sont réalisés pour des patients pris en charge par l'établissement (Colonne A pour les patients en consultations externes et venus aux urgences sans hospitalisation et colonne B pour les patients hospitalisés) ou produits pour d'autres établissements ou « pour la ville » (c'est à dire sur prescription d'un médecin installé n'exerçant pas dans un établissement comme, par exemple, un gynécologue libéral - colonne C).

En ligne 19, seront indiqués la totalité des actes d'ACP (sauf les actes hors nomenclature) selon cette répartition.

En ligne 20, les questions concernent spécifiquement l'activité de frottis du col utérin (qui constitue l'acte le plus fréquent), représenté dans la CCAM par le libellé « Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus » et le CODE JKQP001. Là encore, ces actes doivent être ventilés selon les mêmes catégories décrites plus haut.

Enfin, en B21, si l'équipe effectue des examens extemporanés (c'est à dire l'analyse immédiate de prélèvements de structure anatomique pour guider la suite du geste chirurgical), l'établissement indique le nombre réalisé au cours de l'année en additionnant les quatre libellés (et codes) qui correspondent à cette prestation dans la CCAM :

- Examen anatomopathologique extemporané d'un prélèvement de structure anatomique, sur le lieu du prélèvement [au bloc opératoire] CODE ZZQP119,
- Examen anatomopathologique extemporané de 2 à 4 prélèvements différenciés de structure anatomique, sur le lieu du prélèvement [au bloc opératoire] CODE ZZQP118,
- Examen anatomopathologique extemporané de 5 prélèvements différenciés de structure anatomique ou plus, sur le lieu du prélèvement [au bloc opératoire] CODE ZZQP104,
- Examen anatomopathologique extemporané d'un prélèvement de structure anatomique, hors du lieu du prélèvement CODE ZZQP149.

PERSONNEL

On s'intéresse au personnel ayant contribué à l'activité de biologie médicale et de pathologie mentionnée plus haut, qu'il soit salarié ou non,.

NB : S'il existe par exemple un laboratoire de diagnostic moléculaire générant une activité de pathologie hors nomenclature non comptabilisée, ne pas intégrer son personnel, la logique étant de rapprocher l'activité décrite du personnel qui l'a produit.

Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Pour les ETP, on compte ici le temps travaillé et non le temps rémunéré (un salarié de l'établissement temps partiel à 80% sera compté 0,80 même s'il est rémunéré à 86 %). Les ETP sont sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les « Principes généraux de remplissage du personnel dans les bordereaux d'activité »)

En colonnes **D** et **E**, on précisera par OUI ou NON s'il existe une garde et ou une astreinte (senior, c'est à dire hors interne, pour les lignes concernant les médecins ou pharmaciens) sur le mode 24h/24h.

Pour une garde, le professionnel est sur place 24h sur 24. Pour une astreinte : en dehors des heures ouvrables, le professionnel est joignable à domicile.

La réforme de la biologie médicale tend à rééquilibrer la place des médecins et des pharmaciens au sein de la discipline. Pour suivre l'évolution en cours, il convient donc de différencier les médecins biologistes médicaux (hors internes), des pharmaciens biologistes (hors internes). Si ces informations sont absentes du fichier de personnel, elles sont à recueillir auprès du biologiste-responsable du laboratoire.

Ligne A22 : médecins spécialistes en biologie médicale (= titulaires du CES, du DES de biologie médicale ou reconnus par la commission de qualification de l'Ordre).

Ligne A23 : pharmaciens spécialistes de biologie médicale (= titulaires du DES de biologie médicale ou reconnus qualifiés par l'Ordre des pharmaciens).

Ligne A27 : médecins pathologistes (= titulaires du CES, du DES d'anatomocytopathologie ou reconnus par la commission de qualification de l'Ordre)

L'art. L. 4352-1 du CSP définit la profession de technicien de laboratoire médical.

Lignes 24 et 28, isoler les personnels d'encadrement ; ceux-ci peuvent être des techniciens de laboratoire médical. Dans ce cas, pour ne pas avoir de double compte, ne pas les compter dans le total de la ligne suivante.

Pour les autres personnels en biologie médicale et en ACP (lignes 26 et 30), il peut s'agir de secrétaires ou d'autres catégories (ASQH et autres personnels de service, ingénieurs, techniciens, ouvriers...)

TÉLÉMÉDECINE

Relèvent de la télémédecine, les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication (CSP L. 6316-1)

Ce bordereau concerne les établissements qui pratiquent la télémédecine.

Cependant, le champ de la télémédecine exploré ici ne recouvre que les actes médicaux réalisés à distance, au profit d'un patient situé dans un autre établissement de santé.

Sont exclus les actes à distance, réalisés avec des patients qui se situent à domicile, ou dans un substitut de domicile (établissement médico-social, établissement pénitentiaire,...), ou en transport sanitaire (réponse médicale dans le cadre de la régulation)

Les équipes médicales qui pratiquent la télémédecine en lien avec un ou plusieurs professionnels de santé d'un autre établissement, peuvent être dans deux situations :

- être « demandeur » d'une requête ("requérant")
- être « sollicité » pour un avis ou une prestation ("requis")

Activité

		En tant que professionnels requis (ou sollicités)	En tant que professionnels requérants (ou demandeurs)
Une (ou plusieurs) équipes médicales de votre établissement est (sont) elle(s) impliquée(s) dans des actes médicaux à distance ?		A	B
- De Téléconsultation (acte médical qui se réalise en présence du patient, celui-ci dialoguant avec le médecin requérant et/ou le ou les médecins télé consultants requis)	1	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
- De Téléexpertise (acte diagnostique et/ou thérapeutique effectué par un professionnel médical, sollicité à distance par un ou plusieurs professionnels, pour donner son avis sur la base de données cliniques, radiologiques ou biologiques figurant dans le dossier médical du patient, celui-ci étant absent)	2	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
- De Télésurveillance médicale (permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical, recueillies par le patient lui-même ou par un professionnel de santé)	3	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
- De Téléassistance médicale (permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte)	4	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Au sein de votre établissement, quelles spécialités sont « sollicitées » pour ces actes de télé-médecine, et à quelle fréquence approximative ?

(actes de télé-médecine sus décrits)

			Activité de télé-médecine ?	Si oui, à quelle fréquence ?
Spécialités concernées	Code SAE		A	B
Néphrologie (dans le cadre de la dialyse)	1110	5	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Moins d'une fois par mois <input type="radio"/> Entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine <input type="radio"/> Plus d'1 fois par semaine
Neurologie	1120	6	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Moins d'une fois par mois <input type="radio"/> Entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine <input type="radio"/> Plus d'1 fois par semaine
Neurochirurgie	2060	7	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Moins d'une fois par mois <input type="radio"/> Entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine <input type="radio"/> Plus d'1 fois par semaine
Radiologie	1160	8	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Moins d'une fois par mois <input type="radio"/> Entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine <input type="radio"/> Plus d'1 fois par semaine
Gynécologie-obstétrique	2050	9	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Moins d'une fois par mois <input type="radio"/> Entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine <input type="radio"/> Plus d'1 fois par semaine
Cardiologie et maladies vasculaires	1040	10	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Moins d'une fois par mois <input type="radio"/> Entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine <input type="radio"/> Plus d'1 fois par semaine
Oncologie médicale	1130	11	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Moins d'une fois par mois <input type="radio"/> Entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine <input type="radio"/> Plus d'1 fois par semaine
Autres (exemple à préciser)		12		<input type="radio"/> Moins d'une fois par mois <input type="radio"/> Entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine <input type="radio"/> Plus d'1 fois par semaine

Quelles spécialités (d'un autre établissement) sollicitez vous pour des actes de télé-médecine, et à quelle fréquence approximative ?

(actes de télé-médecine sus décrits)

			Activité de télé-médecine ?	Si oui, à quelle fréquence ?
Spécialités concernées	Code SAE		C	D
Néphrologie (dans le cadre de la dialyse)	1110	5	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Moins d'une fois par mois <input type="radio"/> Entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine <input type="radio"/> Plus d'1 fois par semaine
Neurologie	1120	6	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Moins d'une fois par mois <input type="radio"/> Entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine <input type="radio"/> Plus d'1 fois par semaine
Neurochirurgie	2060	7	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Moins d'une fois par mois <input type="radio"/> Entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine <input type="radio"/> Plus d'1 fois par semaine
Radiologie	1160	8	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Moins d'une fois par mois <input type="radio"/> Entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine <input type="radio"/> Plus d'1 fois par semaine
Gynécologie-obstétrique	2050	9	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Moins d'une fois par mois <input type="radio"/> Entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine <input type="radio"/> Plus d'1 fois par semaine
Cardiologie et maladies vasculaires	1040	10	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Moins d'une fois par mois <input type="radio"/> Entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine <input type="radio"/> Plus d'1 fois par semaine
Oncologie médicale	1130	11	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Moins d'une fois par mois <input type="radio"/> Entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine <input type="radio"/> Plus d'1 fois par semaine
Autres (exemple à préciser)		12		<input type="radio"/> Moins d'une fois par mois <input type="radio"/> Entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine <input type="radio"/> Plus d'1 fois par semaine

Télémédecine

PRINCIPES DU BORDEREAU

La télémédecine est amenée à occuper une place croissante dans l'organisation des soins pour garantir l'égalité d'accès aux soins de tous. Elle constitue en effet un outil pour répondre aux évolutions démographiques concernant les ressources médicales et techniques et à la spécialisation toujours plus grande de la médecine ; elle permet, entre autres, l'accès des établissements de santé de proximité aux avis spécialisés tout en assurant aux patients situés à distance des grands centres hospitaliers un plus grand confort dans leur prise en charge dans le respect d'une qualité de vie optimale. L'activité de télémédecine et son organisation font l'objet d'une inscription dans l'un des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou l'un des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins des établissements.

Le champ d'interrogation choisi pour ce bordereau concerne les activités de télémédecine entre deux établissements de santé (EJ différentes ou établissements (ET) d'une EJ multisite). Sont exclues les activités avec un patient à son domicile, ou dans un substitut du domicile (établissement médico-social, pénitentiaire, etc.), ainsi que celles établies entre un établissement de santé et un professionnel de santé libéral, ou en transport sanitaire (réponse médicale dans le cadre de la régulation).

L'objectif du bordereau est donc de rendre compte du développement effectif de la télémédecine au profit des patients pris en charge dans des établissements de santé, en caractérisant les différents types d'actes (selon la typologie du rapport sur la télémédecine et du décret qui a suivi), la position de l'établissement (est-il demandeur d'une prestation ou au contraire prestataire à la demande d'autres établissements ?) et les spécialités les plus fréquemment concernées. S'agissant de décrire les prestations offertes (ou sollicitées) au sein d'un territoire, le questionnaire est donc essentiellement d'ordre qualitatif et ne demande pas une quantification précise des volumes d'activités.

Des questions complémentaires, propres à certaines prises en charge spécifiques sont insérées dans les bordereaux « imagerie », « traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale », « neurochirurgie et activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie » et hospitalisation à domicile.

CONCEPTS IMPORTANTS

Relèvent de la télémédecine, les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Il s'agit d'un nouveau questionnaire.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques, qui pratiquent la télémédecine, soit demandeur d'une prestation ou au contraire prestataire à la demande d'autres établissements.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A26 du filtre.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Article L.6316-1 du code de la santé publique

Décret no 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS et, notamment, ses chapitres relatifs à la permanence des soins en établissement de santé, la dialyse hors centre et l'imagerie médicale (www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_SROS.pdf), à la suite du « Rapport sur la place de la télémédecine dans l'organisation des soins » de P.Simon et D. Acker Novembre 2008

Le premier tableau porte sur l'existence (ou non) d'une activité de télémédecine, selon sa nature (**lignes 1 à 4**) et selon que les équipes médicales de l'établissement y soient impliquées en tant que « sollicitées » par d'autres (**colonne A**), ou en tant que « demandeuses » ou requérantes de l'avis de leurs correspondants (**colonne B**).

Deux cas de figure :

- L'établissement ne dispose pas de dispositif permettant de réaliser une activité médicale à distance relevant de la télémédecine (activité clinique et actes techniques, correspondant aux 4 définitions données ci-dessous : téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance médicale et téléassistance médicale). Il répond donc NON à toutes les cellules de A1 à B4 et ne répond pas aux questions suivantes.
- L'établissement dispose d'un tel dispositif (visio-conférence par exemple) destiné à la télémédecine ; il répond à l'ensemble des questions du bordereau, de manière à préciser le type d'activité réalisée et les spécialités concernées.

NB : le simple échange de données médicales à l'aide d'un fax, d'un téléphone ou d'un transfert d'images n'est pas considéré comme de la télémédecine. Pour qu'il y ait télémédecine, il faut que la transmission d'une image ou d'un tracé par exemple, se fasse simultanément avec la vision du patient au moment de la réalisation de l'acte, ou avec un dialogue au sujet de ces examens avec les professionnels situés dans l'autre établissement.

Depuis le rapport sur la télémédecine, la définition des actes de télémédecine a été simplifiée, et le décret suscité distingue **4 types d'actes** :

1. La téléconsultation

La téléconsultation est un acte médical qui se réalise en présence du patient qui dialogue avec le médecin requérant et/ou le ou les médecins télé consultants requis.

2. La téléexpertise

L'acte médical de téléexpertise se décrit comme un échange entre deux ou plusieurs médecins qui arrêtent ensemble un diagnostic et/ou une thérapeutique sur la base des données cliniques, radiologiques ou biologiques qui figurent dans le dossier médical d'un patient.

Exemples : En cancérologie, les RCP par télé-expertise se développent dans de nombreux hôpitaux équipés de matériels de visioconférence. La télé expertise est aussi utilisée en diagnostic prénatal pour éviter des déplacements lorsqu'une expertise échographique s'avère nécessaire.

En imagerie, il convient d'utiliser le terme de téléconsultation lorsque le médecin télé radiologue a un lien direct avec le patient par l'intermédiaire d'un médecin qui est à son côté, et celui de téléexpertise lorsque deux médecins échangent un avis ou un diagnostic en l'absence du patient mais avec des éléments de son dossier médical.

3. La télésurveillance médicale

La télésurveillance est un acte médical qui découle de la transmission et de l'interprétation par un médecin d'un indicateur clinique, radiologique ou biologique, recueilli par le patient lui-même ou par un professionnel de santé. L'interprétation peut conduire à la décision d'une intervention auprès du patient.

Exemple : La télésurveillance en néphrologie concerne les patients traités par dialyse et ceux suivis au décours d'une transplantation rénale. La télé dialyse se développe aujourd'hui en hémodialyse et en dialyse péritonéale.

4. La téléassistance médicale

La téléassistance peut être un acte médical lorsqu'un médecin assiste à distance un autre médecin en train de réaliser un acte médical ou chirurgical. Le médecin peut également assister un autre professionnel de santé qui réalise un acte de soins ou d'imagerie, voire dans le cadre de l'urgence, assister à distance un secouriste ou toute personne portant assistance à personne en danger en attendant l'arrivée d'un médecin.

Les autres appellations sont incluses dans ces actes : le « télé diagnostic » n'est que la conclusion naturelle d'une téléconsultation ou d'une téléexpertise et non un acte en lui-même, le « télésuivi » utilisé en cardiologie n'est qu'une forme de télésurveillance.

Les questions suivantes (A5 à D12) ne concernent que les établissements ayant répondu OUI à une (ou plusieurs) question(s) précédente(s) (dans les cases A1 à B4).

Il s'agit d'identifier les spécialités les plus impliquées dans ces actes à distance, pouvant traduire une tension démographique particulière au sein d'un territoire. Les fourchettes de fréquence des sollicitations permettent d'apprécier grossièrement l'impact, de cette activité sur la charge de travail des équipes interrogées.

Un établissement peut être en situation de demande pour une spécialité et, simultanément, ses équipes peuvent être sollicitées pour une autre.

INFORMATION MEDICALE

Organisation

La gestion des données pour le PMSI et le RIM-P, est-elle :
(recueil, codage et saisie des données)

PMSI-MCO	décentralisée	A1	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
	partiellement centralisée	A2	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
	centralisée	A3	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
PMSI-HAD	décentralisée	A4	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
	partiellement centralisée	A5	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
	centralisée	A6	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
PMSI-SSR	décentralisée	A7	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
	partiellement centralisée	A8	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
	centralisée	A9	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
RIM-P	décentralisée	A10	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
	partiellement centralisée	A11	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
	centralisée	A12	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Un prestataire extérieur intervient-il dans le circuit de l'information médicale ?

pour le codage
pour la saisie
pour les transmissions ePMSI
pour l'analyse des données
pour le contrôle qualité

A13	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A14	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A15	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A16	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A17	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Coopération et missions

L'équipe du DIM gère-t-elle d'autres missions dans l'entité ?



si oui, les archives ?
si oui, la qualité ?

Est-elle dans le même pôle que le contrôle de gestion ou les finances ?

A18	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A19	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A20	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A21	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Le médecin DIM est-il mis à disposition par une autre entité ?

(par convention officielle)

Préciser le FINESS ET (de rattachement donc)

A22	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
------------	---------------------------	---------------------------

A23	
------------	--

Personnel

Personnel non médical affecté au département d'information médicale (en ETP moyens annuels) :

Médecins (hors internes) intervenant au DIM (en ETP moyens annuels) :

A24	
A25	

Information médicale

PRINCIPES DU BORDEREAU

Les circuits de l'information médicale dans le dispositif réglementaire de description et d'analyse de l'activité ont évolué depuis la mise en place des premiers recueils du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Ce bordereau a pour objectif de mieux connaître la diversité des organisations existantes du département ou de l'équipe responsable de l'information médicale (par commodité appelé DIM) dans les établissements de santé avec des configurations variables, dans le but d'avoir une image des modalités les plus fréquentes des recueils PMSI (MCO, HAD et SSR) et RIM P.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Les questions concernant l'information médicale faisaient partie du bordereau suivi des politiques nationales, paragraphe 2.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les sites qui ont une équipe responsable de l'information médicale. Pour les entités multi-sites, chaque site disposant d'une équipe décrit sa configuration. Il peut exister des différences d'organisation au sein d'une même entité. Si l'activité est située au siège, elle doit être renseignée au niveau d'un des établissements.

Ce bordereau se déclenche en fonction la question A25 du filtre (information médicale).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Loi hospitalière de 1991. Décrets de 1993 et 1994. Code de la santé publique.

ORGANISATION

Cases A1 à A12 : cocher OUI ou NON pour chacune des trois modalités proposées, pour les recueils des séjours pour MCO, HAD et SSR et celui des séjours et des actes ambulatoires pour la psychiatrie (RIM-P), en tenant compte des définitions suivantes de ces trois modalités :

* gestion décentralisée : l'extraction à partir des informations du dossier, la hiérarchisation, le codage et la saisie sont faits dans les services de soins

* gestion centralisée : le DIM recueille les données plus ou moins standardisées (support informatique ou papier) à partir des informations du dossier et gère toutes les étapes ; le recueil des actes CCAM à la source n'entre pas dans cette modalité

* gestion partiellement centralisée : toute autre organisation qui ne correspond pas strictement à une des 2 modalités énoncées ci-dessus.

Cases A13 à A17 : Préciser par OUI ou par NON si un prestataire extérieur est intervenu, pour l'année considérée et de façon contractuelle, dans différentes étapes : le codage, la saisie, les transmissions ePMSI, l'analyse des données, le contrôle de la qualité.

COOPÉRATIONS ET MISSIONS

Cases A18 à A20 : Il s'agit de préciser, pour l'équipe du DIM et non pas à titre individuel pour un médecin donné, s'il est chargé d'autres missions institutionnelles, et si oui s'il s'agit des archives ou de la qualité.

Case A21 : On demande également si l'équipe DIM est située dans le même pôle que le contrôle de gestion ou les finances.

Cases A22 à A23 : Enfin, comme il est possible qu'un médecin DIM intervienne dans plusieurs établissements, il est demandé de préciser le FINESS de son ET de rattachement (en principe celui qui gère la rémunération).

PERSONNEL

Cases A24 et A25 :

Les professionnels composant les équipes des DIM se sont énormément diversifiés depuis la description initiale du décret de 1992. On demande ici de préciser en ETP moyens annuels (temps de travail effectif mesuré en moyenne annuelle) :

- le personnel non médical affecté à l'équipe DIM : statisticiens, informaticiens, ingénieurs d'autre qualification, ou autre techniciens d'information médicale
- les médecins (hors internes) intervenant en DIM : on considère ici les médecins rémunérés par l'établissement y compris si c'est pas le biais d'une convention avec l'établissement de rattachement

ACTIVITES DE SOINS SOUMISES A AUTORISATION

PERINAT : Périnatalité.....	89
NEUROCHIR : Neurochirurgie et activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie	93
CHIRCAR : Activités interventionnelles en cardiologie et chirurgie cardiaque	97
BRULES : Traitement des grands brûlés	101
PALIA : Soins palliatifs	105
DIALYSE : Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale.....	109
CANCERO : Traitement du cancer (2 pages).....	114
URGENTES : Structure des urgences (2 pages)	120
SMURSAMU : SMUR et SAMU (2 pages).....	125
REA : Réanimation, surveillance continue et soins intensifs	129

PERINATALITE (OBSTÉTRIQUE, NÉONATOLOGIE, RÉANIMATION NÉONATALE,
AMP CLINIQUE, IVG, CENTRE PÉRINATAL ET LACTARIUM)

Référence : décret n°98-899 du 9.10.1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale

Forme d'autorisation détenue (cocher une case)

Votre unité est-elle :

A0	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	un centre périnatal de proximité ?
B0	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	une unité d'obstétrique seule (type 1) ?
C0	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie (type 2) ?
D0	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	une unité d'obstétrique, unité de néonatalogie et unité de réanimation néonatale (type 3) ?

Autorisation de lactarium :

E0	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	lactarium à usage interne
F0	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	lactarium à usage interne et externe

Obstétrique (autorisation B0, C0 et D0)

Equipement		Obstétrique	Néonatalogie	dont soins intensifs aux nouveau-nés	Réanimation néonatale
		A	B	C	D
Nombre de lits, berceaux, couveuses installés au 31/12	1				
Nombre de salles de travail	2				
Activité d'obstétrique		Obstétrique	Néonatalogie	dont soins intensifs aux nouveau-nés	Réanimation néonatale
		A	B	C	D
Nombre total de séjours (y.c. post-partum, ante-partum, surveillance de grossesse, hors IVG)	3	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI
Dont séjours de 0 jour	4	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI
Nombre de journées (y.c. post-partum, ante-partum, surveillance de grossesse, hors IVG)	5	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI
Nombre total de séjours avec accouchement dans l'établissement	6	PMSI			
Nombre de journées avec accouchement dans l'établissement	7	PMSI			
Dont nombre de séjours avec accouchement par césarienne	8	PMSI			
Dont nombre de journées avec accouchement par césarienne	9	PMSI			
Nombre de femmes transférées pour accouchement depuis un autre établissement MCO (=Transferts in utero pour les maternités recevant la femme)	10	PMSI			
Nombre d'accouchements uniques	11	PMSI			
Dont nombre d'accouchements avec enfant unique mort-né	12	PMSI			
Nombre d'accouchements multiples	13	PMSI			
Dont nombre d'accouchements multiples avec naissance d'au moins 1 enfant mort-né	14	PMSI			
Nombre de nouveaux nés transférés (transferts néonataux) vers un autre établissement MCO	15	PMSI			
Pour les hôpitaux publics et ESPIC :	Nombre de consultations externes (hors AMP, DPN) réalisées par un gynécologue obstétricien	16			
	Nombre de consultations externes réalisées par une sage femme	17			
	Nombre d'entretiens prénataux précoces (4è mois) réalisés en consultations externes (SF ou GO)	18			
Nombre de femmes avec sortie précoce (séjour < 3 jours) après un accouchement par voie basse	19	PMSI			
Nombre de transferts/mutation en HAD après un accouchement	20	PMSI			

Activité d'interruptions médicales et volontaires de grossesse

		A
Prise en charge des interruptions volontaires de grossesse	21	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si oui, nombre total d'IVG	22	
Nombre d'IVG médicamenteuses	23	
Nombre d'IVG entre 12 et 14 SA	24	
Nombre de conventions avec médecins de ville pour IVG médicamenteuses	25	
Nombre d'interruptions de grossesse pour motif médical (IMG)	26	PMSI

Pour information, nombre total d'IVG déclaré dans la SAE N-1 :


B22

SAE N-1

Autres activités

Activité clinique d'assistance médicale à la procréation	27	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si oui, nombre de patientes différentes dans l'année	28	PMSI

Personnels concourant à l'activité de périnatalité (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

	Code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	Existence d'une garde senior 24h/24 ?	Existence d'une astreinte senior 24h/24 ?
			A	B	C	D	E
Pédiatres (hors internes)	1140	29				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Gynéco-obstétriciens (hors internes)	2050	30				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Anesthésistes réanimateurs (hors internes)	1030	31				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
 Si garde / astreinte senior d'anesthésie-réanimation, cette garde/astreinte est-elle dédiée à la maternité ?		32				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Médecins (hors internes) participant à l'activité d'IVG		33					
Sages-femmes	2800	34					
dont sages-femmes intervenant exclusivement dans le secteur naissance		35					
Infirmier(e) spécialisé(e) en puériculture	2340	36					
Psychologues	2700	37					
Assistant(e) du service social	3120	38					

Périnatalité

(Obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale, AMP clinique, IVG, centre périnatal et lactarium)

PRINCIPES DU BORDEREAU

Le bordereau périnatalité concerne les prises en charge autour de la grossesse et de la naissance, principalement les activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale, l'assistance médicale à la procréation, ainsi que les interruptions volontaires de grossesse (IVG).

Les objectifs du nouveau bordereau sont :

- en obstétrique tout d'abord, rendre compte du service rendu à la population, notamment de l'adéquation entre les risques présentés par les mères et les enfants et le niveau d'autorisation de la maternité, ainsi que des réorientations (transferts «in utero» ou des nouveau-nés).
 - pour les établissements publics et les ESPIC, compléter l'activité liée aux accouchements par les consultations externes. Ces dernières permettent à la population d'accéder aux professionnels de santé spécialisés en complément du secteur libéral, et absorbent une part notable des ressources humaines. De plus, il est apparu important de distinguer la place spécifique des sages femmes dans ces prestations, conformément aux recommandations du plan périnatalité et de la Cour des Comptes.
 - remédier à l'absence de données du secteur public sur le nombre des entretiens prénataux précoces (EPP) au 4e mois (il existe en secteur libéral un tarif spécifique permettant de repérer ces consultations).
 - l'interrogation relative aux IVG a été simplifiée, tout en permettant le suivi des principaux indicateurs de service rendu. L'activité clinique d'AMP, donnant lieu à des consultations externes et mobilisant des ressources humaines spécialisées, a été rajoutée à l'ensemble car elle peut expliquer des différences constatées entre établissements ayant une activité obstétricale similaire.
-

CONCEPTS IMPORTANTS

Les données d'activité de l'obstétrique et de l'AMP sont désormais obtenues à partir des données du PMSI. En revanche, les données concernant les IVG sont toujours à remplir par l'établissement.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Le bordereau périnatalité correspond pour l'essentiel aux anciens bordereaux Q04 et Q16.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques interrogés qui ont une activité autorisée de périnatalité (obstétrique, néonatalogie et de réanimation néonatale, AMP clinique, centre périnatal de proximité ainsi que les interruptions volontaires de grossesse (IVG)).

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du filtre A3 (activités cliniques de périnatalité avec hébergement) ou A12 (activité sans hébergement : IVG, lactarium, AMP clinique) ou A13 (centre périnatal de proximité).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Articles R-6123-39 à R.6123-53 et D.6124-35 à D.6124-63 relatifs aux conditions d'implantation et de fonctionnement applicables à l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale.

Arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de pré travail et de travail.

Article L. 2323-1 et L. 5311-1 (8°) et suivants du CSP et décret n° 2010-805 du 13 juillet 2010 relatif aux missions, à l'autorisation et aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des lactariums

Plan périnatalité 2005-2007 et les résultats de son évaluation

A0 à F0. Questions sur le type d'autorisation détenue en matière de naissance et, le cas échéant, l'existence de lactarium.

EQUIPEMENT

A1. Obstétrique : Nombre de lits.

B1. C1. D1. Néonatalogie, soins intensifs aux nouveaux-nés et réanimation néonatale : Nombre de berceaux et couveuses installés le 31 décembre dans un établissement autorisé à pratiquer ces activités de soins.

A2. Nombre de salles de travail. Chaque salle de travail (ou de naissance) ne peut accueillir qu'une femme et une seule. Ces salles dans lesquelles sont réalisés les accouchements répondent aux critères de l'arrêté du 25 avril 2000 et se distinguent des salles de pré-travail par leur équipement. Leur nombre doit correspondre à l'activité.

Cellules préremplies (extraction ciblée à partir du PMSI):

A3. Sont comptés les séjours d'obstétrique, hors IVG. La sélection est [CMD='14' hors GHM '14Z08Z'] OU [acte d'accouchement (liste A-323) ET code de la catégorie Z37 en DA]

B3. C3. D3. : Sont comptés les séjours ayant comporté une hospitalisation (au sens Résumé d'Unité Médicale, RUM pour le PMSI) dans les lits de néonatalogie (UM de type 04 ou 05), de soins intensifs aux nouveaux-nés (UM de type 05) et de réanimation néonatale (UM de type 06). Les séjours de 0 jours sont en ligne 4.

A5. B5. C5. D5. Il s'agit du nombre de journées correspondant à ces séjours.

A6 à A7. Nombre de séjours et de journées avec accouchement (acte d'accouchement (liste A-323) ET code de la catégorie Z37 en DA,)

A8 à A9. Nombre de séjours et de journées avec accouchement par césarienne ((liste A-117) ET code de la catégorie Z37 en DA, soit un diagnostic qui commence par Z37)

A10. Nombre de femmes transférées pour accouchement depuis un autre établissement MCO (=Transferts in utero pour les maternités recevant la femme) RSA d'accouchement avec [mode d'entrée (7) ET provenance=1]

A11. Nombre d'accouchement uniques. RSA d'accouchement avec un code en DA commençant par Z370 (né vivant) ou Z371 (mort-né)

A12 Dont nombre d'accouchements avec enfant unique mort-né. RSA d'accouchement avec un code en DA commençant par Z371 (mort-né y compris les produits d'IMG)

A13. A14 Nombre d'accouchements multiples. Pour les naissances multiples, les résultats concernent l'ensemble des séjours «accouchements» comportant en diagnostic associé (DAS) un code de la catégorie Z37 signalant une naissance multiple.

A15. Nombre de nouveaux nés transférés (transferts néonataux) vers un autre établissement MCO (âge en jour=0 ET mode d'entrée=8 ET DP≠P95 (DP du séjour différent de mort-né) ET [mode de sortie (7) ET destination=1])

A16, A17 et A18 ne concernent que les établissements publics et les ESPIC. Il s'agit des consultations d'obstétrique hors AMP et DPN, des consultations externes assurées par les sages femmes (EPP compris) ainsi que du nombre total d'EPP effectués quel que soit le professionnel qui l'a assuré.

La question A20 s'intéresse aux sorties vers une HAD (transferts/mutations selon que l'HAD appartient à la même entité juridique ou à un autre établissement

A21 Question relative à l'existence d'une prise en charge des interruptions volontaires de grossesse

A22. Pour les IVG, il est demandé de d'indiquer leur nombre total, selon les mêmes critères que ceux utilisés les années précédentes dans la SAE (pour information donnée de la SAE 2012 en B22). En effet, selon les pratiques de codage des établissements, le comptage à partir du PMSI pourrait aboutir à un chiffre différent. En 2013, la confrontation des deux chiffres permettra d'éventuels redressements, pour ne pas introduire de « rupture » par rapport aux données des années précédentes.

A26. Interruptions de grossesse pour motif médical (IMG).

A27. Question relative à l'existence d'une autorisation d'activité clinique d'assistance médicale à la procréation (AMP)

PERSONNELS AYANT CONCOURU À L'ACTIVITÉ DE PÉRINATALITÉ (LIGNES 29 À 38)

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins décrites dans le bordereau, que ce personnel soit salarié ou non, rémunéré ou non par l'établissement. Il peut s'agir de personnel entièrement dédié à l'activité décrite, ou de professionnels mutualisés pour assurer les soins dans différentes unités.

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité des unités décrites, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs.

Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement temps partiel à 80% sera compté 0,80 même s'il est rémunéré à 86 %), sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les « Principes généraux de remplissage du personnel dans les bordereaux d'activité)

Dans les colonnes D et E, indiquer la forme que prend la permanence des soins des médecins seniors (=médecins qualifiés hors internes) pour chacune des spécialités listées (pédiatres, gynécologue-obstétriciens, anesthésistes) : une garde (un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou une astreinte (en dehors des heures ouvrables, le médecin est joignable à domicile). NB : Dans certains établissements à forte activité, on peut avoir à la fois une garde et, en seconde ligne, une astreinte d'un second médecin de la même spécialité.

Pour l'anesthésie réanimation, préciser (E32 et F32) si la permanence est dédiée à l'activité de maternité ou non : si l'anesthésiste assure simultanément une garde (ou une astreinte) pour d'autres activités (comme la chirurgie) et qu'il est donc susceptible d'intervenir dans un autre secteur que la maternité au cours de la même permanence, répondre NON.

Ligne 33 : médecins participant à l'activité d'IVG. On peut remettre ici des médecins déjà décomptés dans une autre ligne.

Pour les sages femmes, distinguer le nombre de sages femmes qui, à un moment donné, se consacrent exclusivement au secteur de naissance. Rappels : En règle générale, les sages-femmes affectées au secteur de naissance ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité (sauf de façon transitoire quand l'unité réalise moins de 500 naissances par an). Le secteur de la naissance comprend les salles de pré travail, de travail, les locaux d'observation et de soins immédiats aux nouveau-nés et une (ou des) salle(s) d'intervention pour la chirurgie obstétricale.

NEUROCHIRURGIE ET ACTIVITES INTERVENTIONNELLES PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN NEURORADIOLOGIE

Equipement

Neurochirurgie	1	Existence d'une unité dédiée à la prise en charge des patients de neurochirurgie /ou neuroradiologie ?	Si oui, nombre de lits installés au 31/12
Réanimation neurochirurgicale	2	A	B
Surveillance continue postopératoire	3	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie (il peut s'agir de lits d'une unité dédiée ou de lits mis à disposition en neurologie ou neurochirurgie par exemple)	4	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Existence d'un dispositif de neuronavigation ?	5	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Si l'équipe est sollicitée par l'intermédiaire d'un dispositif de télé-médecine, activité produite dans ce cadre

Téléexpertise (réalisée en l'absence du patient)	6	Activité de télé-médecine ?	Nombre de sollicitations
Téléconsultation (réalisée en présence du patient dans l'établissement demandeur)	7	A	B
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Activité

Activité : interventions		Autorisations particulières (CSP art 6123-100)
Interventions de neurochirurgie portant sur la sphère crânio-encéphalique chez l'adulte	8	A
Le cas échéant, activité de neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	9	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Le cas échéant, radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	10	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Le cas échéant, neurochirurgie pédiatrique	11	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie	12	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Activité : séjours, journées		Nombre de séjours	dont séjours de 0 jour	Nombre de journées réalisées
Neurochirurgie adultes (18 ans et plus)	13	A	B	C
Neurochirurgie pédiatrique (0 - 17 ans)	14	PMSI	PMSI	PMSI
Réanimation neurochirurgicale	15	PMSI	PMSI	PMSI
Surveillance continue postopératoire	16	PMSI	PMSI	PMSI
Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie	17	PMSI	PMSI	PMSI

Personnels concourant à l'activité de neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

Personnel médical hors internes	Code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	Existence d'une garde senior 24h/24 ?	Existence d'une astreinte senior 24h/24 ?
			A	B	C	D	E
Neurochirurgiens	2060	18				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Neurologues	1120	19				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Spécialistes en radiologie et imagerie médicale	1160	20				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Anesthésistes réanimateurs et réanimateurs médicaux	1030 et 1031	21					
Autres spécialités médicales (mettre ici notamment les pédiatres)		22					

Personnel non médical	Code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels
			A	B	C
Infirmiers spécialisés et personnels d'encadrement infirmiers	2120 2300	23			
Infirmiers non spécialisés	2200	24			
Aides-soignants	2500	25			
Personnels de rééducation	2400	26			
Personnels médico-techniques (manipulateurs d'électroradiologie et autres personnels de radiologie)	4100	27	92		
Autre personnel non médical		28			

Neurochirurgie et activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau affine la description des activités de neurochirurgie soumises à autorisation (c'est à dire touchant à la sphère cranio-encéphalique). Par ailleurs, le développement de la neuroradiologie interventionnelle, qui s'y substitue en partie pour le traitement des malformations vasculaires, justifie une approche conjointe, et ce d'autant que toutes deux réclament l'intervention de spécialistes en neurochirurgie, neurologie et radiologie et que l'autorisation de neuroradiologie interventionnelle suppose celle de neurochirurgie.

Les objectifs sont :

- améliorer la description de l'offre de soins, notamment le type d'activité réalisée, en lien avec une autorisation spécifique, la participation à la permanence des soins et le dimensionnement des équipes médicales spécialisées,
- disposer d'un état des lieux des établissements dont les équipes participent à la couverture des besoins grâce à la télémedecine,
- identifier les établissements ayant une activité pédiatrique,
- rendre compte des volumes d'activité, conformément aux textes qui les règlementent (seuils).

Les données d'activité sont désormais obtenues à partir d'extractions des données PMSI.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Cette activité était décrite auparavant dans le bordereau Q12.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques, qui ont une activité autorisée de neurochirurgie ou d'activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.

L'ensemble des informations attendues dans ce bordereau nécessite la collaboration entre les pôles d'activité cliniques et medicotechniques, le DIM et l'équipe administrative gestionnaire de la SAE.

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du filtre dans le bloc A : A33 (neurochirurgie) et A34 (activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire en neuroradiologie).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Code de la santé publique art R6123-100, R6123_96, R6123-104 et D6124-147

Décrets no 2007-364 et no 2007-365 du 19 mars 2007 relatifs aux conditions d'implantation ainsi qu'aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de neurochirurgie ; Arrêté du 19 mars 2007 fixant l'activité minimale des établissements pratiquant les activités de soins de neurochirurgie. Circulaire DHOS/O4 no 2007/390 du 29 octobre 2007 relative aux activités de soins de neurochirurgie

Décrets no 2007-366 et no 2007-367 du 19 mars 2007 relatifs aux conditions d'implantation ainsi qu'aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique ; Arrêté du 19 mars 2007 fixant l'activité minimale des établissements pratiquant les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. Circulaire DHOS/O4 no 2007-389 du 29 octobre 2007 relative aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.

Equipement

Lignes de 1 à 4 et colonnes A et B : Unités dédiées. Il s'agit de préciser l'existence d'unités dédiées (uniquement consacrées à l'activité indiquée) ou si les patients sont accueillis dans des unités ayant d'autres activités, ce qui distingue les services de recours, des services de relative proximité, parfois autorisés pour les craniotomies en urgence, etc. On précisera donc par OUI ou NON si l'établissement comporte de telles unités dédiées et la capacité en lits de ces différentes unités.

Lignes 6 et 7, colonnes A et B : Télémedecine. Cette question ne concerne que les établissements dont l'équipe médicale est sollicitée (« requise »), par exemple pour donner un avis expert sur la lecture et l'interprétation d'images (ou de tracés) pris à distance (télé-expertise) ou sur la conduite à tenir compte tenu de la symptomatologie, avec la présence du patient dans l'établissement demandeur (téléconsultation). Les établissements demandeurs ne sont donc pas concernés. On précisera par OUI ou NON si l'établissement est effecteur d'actes en télémedecine et on indiquera le nombre de sollicitations dans l'année.

Activité

Lignes 8 à 12, colonne A : on précisera par OUI ou NON si l'établissement détient des autorisations particulières, en neurochirurgie portant sur la sphère cranio-céphalique chez l'adulte, en neurochirurgie fonctionnelle cérébrale, en radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en condition stéréotaxique, en neurochirurgie pédiatrique et en activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.

Cellules préremplies (extraction ciblée à partir du PMSI):

Lignes 13 et 14 : sont dénombrés les séjours comportant au moins un passage dans l'unité médicale de neurochirurgie de type « 51 » (au sens Résumé d'Unité Médicale, RUM pour le PMSI). Dans le cas d'un séjour avec plusieurs passages dans ce type d'unité médicale, on ne compte qu'un seul séjour si ces passages se font au sein d'un même établissement (même code Finess géographique). Les journées comptabilisées sont uniquement celles effectuées dans les unités médicales de neurochirurgie ainsi que les séjours de 0 jour correspondants. Enfin, on distingue les séjours adultes (18 ans et plus) des séjours enfants (neurochirurgie pédiatrique – 0 à 17 ans).

Ligne 15 : sont comptabilisés les séjours qui ont fait l'objet à la fois un passage dans l'unité médicale de neurochirurgie codée « 51 » et d'un passage dans l'unité médicale de réanimation, codée « 01A » au sein du même établissement. Les journées comptabilisées sont uniquement celles effectuées dans l'unité médicale de réanimation « 01 ».

Ligne 16 : sont comptabilisés les séjours qui ont fait l'objet à la fois un passage dans l'unité médicale de neurochirurgie codée « 51 » et d'un passage dans l'unité médicale de soins surveillance continue, codée « 03A » au sein du même établissement. Les journées comptabilisées sont uniquement celles effectuées dans l'unité médicale de soins surveillance continue.

Ligne 17 : sont comptabilisés les séjours (hospitalisation complète et partielle) au cours desquels au moins un acte figurant dans la liste LT31 a été pratiqué. Le nombre de journées associées à ces séjours ainsi que le nombre de séjours de 0 jour (hospitalisation partielle) sont également calculés.

Personnel

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations comptées, pratiquant des actes au bénéfice des patients, qu'il soit salarié ou non, rémunéré ou non par ce dernier.

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité de production des actes de neurochirurgie ou d'activités interventionnelles en neuroradiologie, que les patients soient hospitalisés ou non

dans la structure ou qu'ils soient adressés pour ces actes par un autre établissement où ils sont hospitalisés, au moment de la réalisation de l'intervention.

Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps travaillé, sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les « Principes généraux de remplissage du personnel dans les bordereaux d'activité)

Seuls les médecins spécialistes (= titulaires du CES, du DES ou reconnus par la commission de qualification de l'Ordre) sont concernés par le décompte du personnel médical.

Dans les **colonnes D et E**, indiquer la forme que prend la permanence des soins des médecins seniors (=médecins qualifiés hors internes) pour l'activité des unités décrites : une garde (définition : un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou une astreinte (en dehors des heures ouvrables, un médecin est joignable à domicile).

NB : Dans certains établissements spécialisés à forte activité, on peut avoir à la fois une garde et, en seconde ligne, une astreinte d'un second médecin de la même spécialité.

ACTIVITES INTERVENTIONNELLES EN CARDIOLOGIE ET CHIRURGIE CARDIAQUE

Activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie

Autorisation d'activités interventionnelles en cardiologie :

A1	
<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Nombre de salles :

Nombre de salles numérisées dédiées :

A2	
A3	

Nombre de salles d'angiographie numérisée dédiées :

Nombre de séjours :

A4	PMSI
A5	PMSI

Nombre de journées :

A6	PMSI
A7	PMSI

Nombre d'actes :

dont actes de type 1 (rythmologie et stimulation multites)

A8	PMSI
A9	PMSI

dont actes de type 2 (cardiopathies de l'enfant et éventuelles réinterventions à l'âge adulte)

dont actes de type 3 (autres cardiopathies de l'adulte dont angioplasties)

Chirurgie cardiaque hors réa, USIC, SC dédiés ⁽¹⁾

Type d'autorisation :

Chirurgie cardiaque adulte

A10	
<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Chirurgie cardiaque de l'enfant

B10	
<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Activité de greffe

C10	
<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Nombre de salles aseptiques dédiées :

A11	
A12	

Nombre d'appareils de CEC dédiés :

Nombre total d'actes de chirurgie cardiaque enfant :

A13	PMSI
A14	PMSI

Nombre total d'actes de chirurgie cardiaque adulte :

Dont nombre d'actes en urgence :

A15	
A16	PMSI

Nombre d'actes sous CEC chez l'adulte ⁽²⁾ :

(2) Interventions à cœur battant ou CEC

		Nombre de lits dédiés installés au 31/12	Nombre de séjours	Nombre de journées réalisées
		A	B	C
Unité de chirurgie cardiaque ⁽³⁾ hors réa dédiée, USIC, et SC ⁽¹⁾	17		PMSI	PMSI
Unité de cardiologie (lits de médecine)	18			

(1) Les capacités et l'activité d'hospitalisation en réa, USIC et SC de chirurgie cardiaque sont à décrire dans le bordereau Réanimation, soins intensifs et surveillance continue

(3) S'il en existe. Les lits seulement "affectés" (pouvant recevoir d'autres patients que ceux qui bénéficient d'une chirurgie cardiaque) ne doivent pas être comptabilisés ici.

Personnels concourant à ces activités interventionnelles et de chirurgie cardiaque (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

Personnel médical <u>hors internes</u>	code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	Existence d'une garde senior 24h/24 ?	Existence d'une astreinte senior 24h/24 ?
			A	B	C	D	E
Chirurgiens cardiaques ⁽⁴⁾	2140	19				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Cardiologues	1040	20				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
dont cardiologues attachés à l'activité de chirurgie cardiaque		21				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Radiologues	1160	22				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Anesthésistes réanimateurs et réanimateurs médicaux	1030 et 1031	23				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Pédiatres	1140	24				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Autres médecins		25				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

(4) chirurgiens qualifiés au sens défini par le décret n° 91-78 du 16 janvier 1991 relatif aux activités de chirurgie cardiaque

Personnel non médical	code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels
			A	B	C
Personnels d'encadrement infirmiers	2120	26			
Infirmiers non spécialisés	2200	27			
Infirmiers de bloc opératoire	2320	28			
Infirmiers anesthésistes	2310	29			
Aides-soignants	2510	30			
Manipulateurs d'électroradiologie	4130	31			
Autre personnel non médical		32			

Activités interventionnelles en cardiologie et chirurgie cardiaque

PRINCIPES DU BORDEREAU

La description de ces 2 activités de soins est regroupée : en effet elles sont soumises à des autorisations distinctes, mais l'activité de chirurgie cardiaque ne peut être implantée que si, notamment, les activités interventionnelles sont autorisées pour l'établissement.

Les unités de réanimation, de soins intensifs cardiologiques et de surveillance continue, tous trois accompagnants règlementairement ces implantations, sont décrites dans le bordereau général portant sur ces types d'activité.

Les autorisations d'implantation s'appuient d'une part sur les équipements présents, l'activité minimale requise et la composition des équipes de professionnels concourant à chacune de ces activités : les questions de ce bordereau sont articulées sur ces 3 points.

CONCEPTS IMPORTANTS

Les données d'activité sont désormais obtenues à partir des données du PMSI avec un pré-remplissage qu'il appartient à l'établissement de valider : les actes correspondent à ceux décrits par la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et sont comptabilisés selon des listes élaborées en collaboration avec l'ATIH dans le respect des règles d'utilisation de la CCAM, avec une mise à jour annuelle de cette nomenclature. Les listes d'actes sont référencées dans le document 'spécifications des imports PMSI', disponible dans la partie documentation du site de collecte.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Cette activité était décrite auparavant dans le bordereau Q11.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques, qui ont une activité autorisée de chirurgie cardiaque ou d'activités interventionnelles en cardiologie.

L'ensemble des informations attendues dans ce bordereau nécessite la collaboration entre les pôles d'activité cliniques et medicotechniques, le DIM et l'équipe administrative gestionnaire de la SAE.

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du filtre dans le bloc A : A30 (activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie) et A37 (chirurgie cardiaque).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Code de la santé publique : articles R 6123-71 et R6122-25

Activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie

La **coronarographie**, effectuée comme seul examen radiologique, **n'est pas considérée** comme activité interventionnelle. Si elle est couplée ou suivie d'une angioplastie ou d'une autre intervention, elle est à compter alors comme activité interventionnelle.

En **case A1**, il est demandé d'indiquer par oui ou non si l'établissement possède une autorisation d'activités interventionnelles en cardiologie.

La **case A2** concerne le nombre de salles numérisées dédiées et la **case A3** le nombre de salles d'angiographie numérisée dédiées.

Cellules préremplies (extraction ciblée à partir du PMSI) à valider par l'établissement :

Les cases A4 à A9 décrivent l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie. La sélection des séjours, nombre de journées et nombres d'actes correspondant se fait à l'aide des listes d'actes IPA LT033-1 et LT033-2 fournies par l'ATIH. Les listes d'actes sont disponibles dans la partie documentation du site de collecte.

- **Cases A4 et A5** : Nombre de séjours qui contiennent les actes sélectionnés dans les listes LT033
- **Case A6** : total des actes cibles : A7+A8+A9
- **Case A7** : nombre d'actes de type 1 : actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose (ou le remplacement) de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme (les défibrillateurs cardiaques implantables (DCI) et les stimulateurs cardiaques implantables « triple chambre » (STC)). Ne sont pas soumis à autorisation les stimulateurs simples (mono ou double chambre). Les actes sélectionnés figurent dans la liste IPA L033-1.
- **Case A8** : nombre d'actes de type 2 : actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles interventions ou réinterventions à l'âge adulte des cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence. Les actes sélectionnés figurent dans la liste IPA L033-2 pour des patients de moins de 18 ans.
- **Case A9** : nombre d'actes de type 3 : actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte, y compris les angioplasties (hors les cas du type 1). Les actes sélectionnés figurent dans la liste IPA L033-2 pour des patients de 18 ans et plus.

Chirurgie cardiaque hors réa, USIC, SC dédiés

Les cases A10, B10 et C10 concernent respectivement l'existence d'une autorisation :

- **A10** : d'activité de chirurgie cardiaque adulte
- **B10** : d'activité de chirurgie cardiaque pédiatrique
- **C10** : d'activité de greffe (cœur, cœur-poumon).

L'activité de chirurgie cardiaque pédiatrique dépend du même type d'autorisation que la chirurgie cardiaque adulte, complétée de l'obligation d'implantation d'une réanimation pédiatrique.

En case A11, on demande le nombre de salles aseptiques dédiées. Seules les salles dédiées à la chirurgie cardiaque, conformément à l'article R 6123-71 du Code de la santé publique, sont à décompter.

La case A12 concerne le nombre d'appareils de circulation extra corporelle (CEC) dédiés à la chirurgie cardiaque. Il faut inscrire le nombre d'appareils disponibles pour la chirurgie cardiaque, y compris les appareils de secours. Ne pas inclure les appareils de CEC utilisés en réanimation pour le traitement des insuffisances respiratoires aiguës (oxygénation de suppléance).

A15 : interventions de chirurgie cardiaque en urgence : Au sein des interventions de chirurgie cardiaque adulte comptabilisées en A14, on demande à l'établissement celles qui sont réalisées en urgence (par opposition à celles qui sont programmées).

Cellules préremplies (extraction ciblée à partir du PMSI) à valider par l'établissement :

A13 et A14. Nombre total d'interventions de chirurgie cardiaque enfant et adulte (calculé à partir de la liste d'actes LT032 ventilée par âge)

Ensemble des interventions intra-thoraciques portant sur l'appareil cardio-vasculaire, y compris celles qui n'ont pas nécessité la mise en place d'une CEC.

A16. Nombre d'interventions sous CEC chez l'adulte adulte (calculé à partir de la liste d'actes LT032-1 avec âge > 18 ans)

B17 : Nombre de séjours ayant comporté un passage (au sens Résumé d'Unité Médicale, RUM pour le PMSI) en unité de chirurgie cardiaque hors réa dédiée,USIC, et SC (UM typée « 50 »). Dans le cas d'un séjour avec plusieurs passages dans ce type d'UM, on ne compte qu'un seul séjour si ces passages se font au sein d'un même Finess géographique (et un séjour dans chaque établissement s'il s'agit de Finess géographiques différents).

C17 : Les journées sont celles effectuées au sein de l'unité médicale 'de chirurgie cardiaque lors des séjours comptabilisés en case B17.

Cases A17 et A18 : nombre de lits dédiés installés au 31/12 dans :

- la ou les unités de chirurgie cardiaque hors réa dédiée,USIC et SC (correspond aux UM de type « 50 »)
- la ou les unités de cardiologie : on s'intéresse uniquement aux lits de médecine.

Personnel

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations comptées, pratiquant des actes au bénéfice des patients, qu'il soit salarié ou non, rémunéré ou non par ce dernier.

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité de production des actes de chirurgie cardiaque ou d'activités interventionnelles en cardiologie, que les patients soient hospitalisés ou non dans la structure ou qu'ils soient adressés pour ces actes par un autre établissement où ils sont hospitalisés, au moment de la réalisation de l'intervention.

Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps travaillé, sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les « Principes généraux de remplissage du personnel dans les bordereaux d'activité)

La ligne 19 porte sur les **chirurgiens cardiaques**, c'est-à-dire les « Chirurgiens, titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaires en chirurgie thoracique ou cardiovasculaire ou compétents en chirurgie thoracique ». (article D. 6124-120 du Code de la santé publique).

En colonne D et E, on s'intéresse pour chaque catégorie de personnel médical à l'existence d'une garde senior (un médecin senior est sur place 24h sur 24) et/ou d'une astreinte senior (en dehors des heures ouvrables, un médecin senior est joignable à domicile). NB : Dans certains établissements à forte activité, on peut avoir à la fois une garde et, en seconde ligne, une astreinte d'un second médecin de la même spécialité.

TRAITEMENT DES GRANDS BRÛLÉS

Equipement et plateau technique

		Nombre de lits installés au 31/12	Nombre de séjours	dont nombre de séjours pour des patients de moins de 18 ans	Journées réalisées
		A	B	C	D
Unité de réanimation protégée (y compris surveillance continue) pour les grands brûlés (unité médicale individualisée)	1		PMSI	PMSI	PMSI
Unité spécifique de soins médicaux et chirurgicaux pour les grands brûlés ne nécessitant pas de réanimation	2		PMSI	PMSI	PMSI
Existence d'une salle d'opération dédiée	3	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Existence d'une activité de conservation et utilisation de tissus (décret n° 99-741 du 30 août 1999) ?	4	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			

Organisation

Existe-t-il des conventions avec des structures de SSR ayant l'autorisation de prise en charge spécialisée des brûlés ?

A5 ☐ oui ☐ non

Activité

		Nombre
		A
Nombre d'actes de chirurgie plastique et reconstructrice pour le traitement des brûlures (exemple : excisions étendues ou greffes)	6	
Venues en anesthésie chirurgie ambulatoire liées au traitement des brûlures	7	PMSI
Consultations externes liées au traitement des brûlures	8	
File active des patients adultes (18 ans et plus) en hospitalisation complète ou partielle	9	PMSI
File active des patients enfants (moins de 18 ans) en hospitalisation complète ou partielle	10	PMSI

Personnels concourant à l'activité (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

Personnel médical <u>hors internes</u>	code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	Existence d'une garde senior 24h/24 propre* à l'activité de grands brûlés	Existence d'une astreinte senior 24h/24 propre* à l'activité de grands brûlés
			A	B	C	D	E
Anesthésistes réanimateurs et réanimateurs médicaux	1030	11				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Chirurgiens de chirurgie plastique et reconstructrice	2040	12				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Médecins de médecine physique et réadaptation	1180	13					
Psychiatres	3020	14					
Autres médecins		15					

* si la garde (ou l'astreinte) des anesthésistes réanimateurs (ou de réanimateurs médicaux) est commune avec la réanimation de l'établissement, répondre non

Personnel non médical	code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels
			A	B	C
Personnel d'encadrement infirmier	2120	16			
Infirmiers spécialisés (hors encadrement)	2200	17			
Infirmiers non spécialisés (hors encadrement)	2300	18			
Aides-soignants	2500	19			
Masseurs-kinésithérapeutes	2410	20			
Psychologues	2710	21			
Autre personnel des services de soins		22			

Traitement des grands brûlés

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau affine la description du traitement des grands brûlés en identifiant l'activité destinée aux enfants et adolescents de moins de 18 ans et en précisant les qualifications des personnels intervenant (tant pour les médecins que pour le personnel non médical).

Les objectifs sont :

- améliorer la description de l'offre de soins, notamment le type d'activité réalisée (accueil pédiatrique ou non), la composition des équipes médicales spécialisées et la manière dont est assurée la permanence et la continuité des soins,
 - simplifier le questionnaire sur le personnel, désormais globalisé, étant donné qu'il est souvent commun aux deux secteurs (réanimation et unités d'hospitalisation hors réanimation), même s'il ne travaille pas simultanément dans les deux pour des raisons d'hygiène.
-

CONCEPTS IMPORTANTS

Les données d'activité relatives à l'hospitalisation sont désormais obtenues à partir des données du PMSI, sur la base d'unités médicales spécifiques à cette activité.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Cette activité était décrite auparavant dans le bordereau Q10.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques, qui ont une activité autorisée de traitement des grands brûlés.

L'ensemble des informations attendues dans ce bordereau nécessite la collaboration entre les pôles d'activité cliniques et médicotechniques, le DIM et l'équipe administrative gestionnaire de la SAE.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A36 du filtre dans le bloc A (traitement des grands brûlés).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décrets no 2007-1237 et no 2007-1240 du 20 août 2007 relatifs aux conditions d'implantation ainsi qu'aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de traitement des grands brûlés.

Circulaire DHOS/O4/2007/291 du 29 octobre 2007 relative aux activités de soins de traitement des grands brûlés.

Arrêté du 15 juin 2010 relatif à liste des activités de soins faisant par dérogation l'objet d'un schéma régional d'organisation des soins en Ile de France et à La Réunion et Mayotte.

Equiperment et plateau technique

L'activité de traitement des grands brûlés nécessite de disposer d'un secteur de réanimation protégé et spécifique. Indiquer en **case A1** la capacité en lits de réanimation (y. compris surveillance continue). Les lits sont comptés en réanimation s'ils sont installés dans des chambres individuelles équipées de dispositifs particuliers de traitement de l'air (hottes à flux laminaire) et adaptés (lits fluidisés, notamment). Cette capacité demandée correspond à la capacité réelle d'accueil installée au 31 décembre de l'année (elle peut être différente de la capacité autorisée).

En **A2**, il s'agit d'indiquer le nombre de lits (hors réanimation) d'hospitalisation complète dédiés exclusivement au traitement médical ou chirurgical des patients grands brûlés.

Cellules préremplies (extraction ciblée à partir du PMSI) :

Dans les données PMSI, la réanimation et les soins de surveillance continue pour les grands brûlés constituent désormais des unités médicales spécifiques (UM 01B, 03B, 14B et 13B) .

Cases **B1 à D1** : nombre de séjours ayant un passage dans ces unités citées ci-dessus. Le nombre de journées associées est égal à la somme des durées de séjours partiels dans ces unités.

Cases **B2 à D2** : nombre de séjours et journées associées effectuées dans l'unité médicale spécifique de soins médicaux et chirurgicaux pour les grands brûlés (UM typée « 20 »).

Case A4 : Les greffes de peau nécessitent souvent le recours à une banque de tissus régie par le décret n°99-741 du 30/08/1999. L'établissement indiquera s'il dispose sur place d'une autorisation délivrée par l'Agence Française de la Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS).

Organisation

Case A5 : L'existence de convention(s) avec une ou des structures de SSR ayant l'autorisation de prendre en charge les brûlés témoigne de l'organisation d'une filière de prise en charge en aval de l'hospitalisation.

Activité

En **case A6**, est demandé le nombre d'interventions de chirurgie plastique et reconstructive pour le traitement des brûlures réalisées sur des patients en hospitalisation complète ou en chirurgie ambulatoire. Il s'agit d'identifier l'activité opératoire consacrée au traitement des brûlures (exprimée en nombre d'interventions) des chirurgiens de chirurgie plastique et reconstructrice recensés en ligne 12.

Case A8 - Consultations externes liées au traitement des brûlures

Il s'agit de consultations médicales comportant ou non des soins ne nécessitant pas d'anesthésie.

Cellules préremplies (extraction ciblée à partir du PMSI):

Case A7 - Venues en anesthésie chirurgie ambulatoire liées au traitement des brûlures

Les services de traitement de grands brûlés assurent un certain nombre de soins comportent une anesthésie sur des patients ambulatoires, enregistrés dans le PMSI comme des séjours de moins de 24 heures. On retient ici les séjours qui ont à la fois un GHM de la CMD 22 et un acte parmi les listes A-130 ou A131 et une CAS de chirurgie et une durée de séjour=0.

A9 File active des patients adultes (18 ans et plus) pris en charge en hospitalisation complète ou partielle : il s'agit du nombre de patients différents ayant été hospitalisés au moins une fois, quel que soit le mode d'hospitalisation (un même patient ayant effectué plusieurs séjours dans différents établissements sera, en revanche, comptabilisé dans chacun de ces établissements). Cette information est tirée du PMSI (à l'aide du chaînage anonyme des séjours d'un même patient mis en place depuis 2001). Tous les séjours de la CMD22 sont retenus.

A10 : La même question concerne les enfants et adolescents de moins de 18 ans.

Personnel

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations comptées qu'il soit salarié ou non, rémunéré ou non par ce dernier.

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité des unités décrites, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs.

Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps travaillé et non le temps rémunéré (un salarié de l'établissement temps partiel à 80% sera compté 0,80 même s'il est rémunéré à 86 %), sur une mesure en moyenne annuelle.


(Lire aussi les « Principes généraux de remplissage du personnel dans les bordereaux d'activité)

Dans les **colonnes C et D**, indiquer la forme que prend la permanence des soins des médecins seniors (=médecins qualifiés hors internes) propre à l'activité des unités de traitement des grands brûlés décrites : une garde (définition : un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou une astreinte (en dehors des heures ouvrables, un médecin est joignable à domicile). Dans le cas d'une permanence mutualisée avec la réanimation médicale (cas prévu par les textes), inscrire non.

Les personnels d'encadrement infirmiers inscrits dans la **ligne 16** ne doivent pas être inscrits avec les infirmiers des deux lignes suivantes pour ne pas avoir de double compte.

Bordereau posé une année sur deux

Existe-t-il des lits identifiés soins palliatifs (LISP) au sein des services de soins ?

 **Si oui,** Nombre de lits LISP (hors Unité de Soins Palliatifs) :
Dont : nombre de LISP dans des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)
nombre de LISP dans des services pédiatriques
 Nombre de séjours dans ces lits (LISP) dans l'année :

A1	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A2	
A3	
A4	
A5	

Existe t-il une unité de soins palliatifs (USP) au sein de l'établissement ?

Si oui, Classification de l'USP :

Nombre de lits au sein de l'USP :

Nombre de séjours dans l'unité, dans l'année :

A6	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A7	<input type="radio"/> MCO <input type="radio"/> SSR <input type="radio"/> Autres
A8	
A9	PMSi

Existe t-il une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) au sein de l'établissement ?

Si oui, Nombre total d'interventions physiques de l'EMSP au sein de l'établissement :

Nombre d'EHPAD dans lesquelles l'EMSP intervient (= conventions)

Nombre d'établissements de santé (EJ) dans lesquelles l'EMSP intervient (= conventions)

Nombre total d'interventions physiques de l'EMSP hors de l'établissement :

Dont : - au sein d'établissements sanitaires (y compris USLD):

- au sein d'établissements médico-sociaux (y compris EHPAD):

- au domicile des patients :

Nombre de patients différents (file active) pour lesquels il y a eu une intervention (physique ou téléphonique) de l'EMSP dans l'année, au sein et hors de l'établissement :

A10	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A11	
A12	
A13	
A14	
A15	
A16	
A17	
A18	

Actions de formation de l'EMSP

Dans l'année, nombre total d'heures de formation action en soins palliatifs dispensées par le personnel de l'EMSP au sein de l'établissement

Dans l'année, nombre total d'heures de formation action en soins palliatifs dispensées par le personnel de l'EMSP en dehors de l'établissement

A19	
A20	

Soins palliatifs

PRINCIPES DU BORDEREAU

La mission de service public relative à la prise en charge des soins palliatifs consiste à disposer d'une ou plusieurs unités identifiées (équipe mobile ou unité de soins), ainsi que des personnels en capacité de dispenser des formations relatives aux soins palliatifs à destination de professionnels de santé exerçant dans d'autres établissements de santé. Cette définition réglementaire n'englobe pas les unités d'HAD, de médecine, chirurgie, SSR ou de longue durée qui prennent en charge des patients, dès lors qu'elles n'assurent pas un rôle spécifique de recours en ce domaine. Ce bordereau s'intéresse exclusivement à l'activité des établissements qui exercent cette mission de recours. Les données recueillies ont, par ailleurs, vocation à alimenter le suivi du CPOM.

Les objectifs du bordereau sont :

- faciliter l'inventaire des établissements assurant ces missions de service public, et l'évaluation des besoins couverts, au sein des territoires,
 - permettre le rapprochement des missions décrites avec les autres activités et disciplines présentes dans l'établissement ainsi qu'avec le plateau technique pouvant être mobilisé,
 - enfin, permettre des comparaisons de situations entre régions.
-

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Les questions étaient rassemblées dans le chapitre 4 du bordereau PN et missions de service public.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques, chargés de ces missions par l'ARS.

Ce bordereau se déclenche en fonction de deux questions du filtre : A27 (EMSP), A38 dans le bloc A (LISP, USP).

Les informations attendues dans ce bordereau nécessitent la collaboration avec les équipes chargées d'assurer ces missions et l'équipe administrative gestionnaire de la SAE.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Articles L1110-10, L1112-4, L6112-1, L6112-7 et L6114-2, L6143-2-2 du Code de la santé publique, et D. 6114-3 (7°) D. 6143-37-1.

Circulaire n°2002/98 du 19 février 2002 et circulaire DHOS/02/2008 du 25 mars 2008 relatives à l'organisation des soins palliatifs.

Instruction DGOS/R4/DOCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des EMSP dans les EHPAD.

INSTRUCTION N°DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique.

QUESTIONNEMENT

Le recours aux soins palliatifs s'organise en plusieurs niveaux de prise en charge, auxquels vient s'ajouter si besoin une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) pluridisciplinaire, qui intervient en appui des professionnels qui effectuent ces prises en charge. L'accompagnement palliatif dans un service hospitalier sans lit identifié constitue le premier niveau (non questionné ici), le second correspond aux lits identifiés au sein des services de soins (Questions A1 à A5), le troisième aux unités de soins palliatifs dédiés (A6 à A9).

A1 Existe-t-il des lits identifiés de soins palliatifs (LISP) au sein des services de soins ?

« Les lits identifiés de soins palliatifs (LISP) se situent dans des services qui sont confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs. L'individualisation de LISP au sein d'un service ou d'une unité de soins permet d'optimiser son organisation pour apporter une réponse plus adaptée à des patients qui relèvent de soins palliatifs et d'un accompagnement, comme à leurs proches. »

Si c'est le cas, indiquer le nombre de lits installés au 31/12 (A2) en comptabilisant l'ensemble des LISP au sein de l'établissement, quelle que soit leur répartition dans les différents services. Les lits d'USP, comptabilisés à la question A6, ne sont pas dénombrés ici.

Il s'agit ensuite de préciser, le cas échéant, ceux qui, au sein de cet ensemble, sont identifiés dans des services de SSR (A3) et ceux implantés dans des services de pédiatrie (A4). Ces lits « identifiés » sont destinés à la prise en charge des enfants en soins palliatifs, à favoriser l'accompagnement de leurs parents et de leur fratrie et à soutenir les équipes médicales et soignantes confrontées à la fin de vie de leurs jeunes patients. Enfin, en A5, indiquer le nombre de séjours au cours de l'année. Pour les lits de court séjour, cette donnée peut être tirée du PMSI.

A6 Existe-t'il une unité de soins palliatifs (USP) ?

« Les unités de soins palliatifs (USP) sont des unités dédiées et correspondent au troisième maillon d'une prise en charge qui est graduée en fonction de la complexité des situations rencontrées. Le recours à l'unité de soins palliatifs concerne les situations les plus complexes de fin de vie. »

Si c'est le cas, indiquer le nombre de lits installés au 31/12 (A8).

Le nombre de séjours (A9) est extrait du PMSI : sont comptabilisés les séjours au cours desquels au moins un passage dans l'unité médicale de soins palliatifs (codée '08 ') a été effectué. Dans le cas d'un séjour avec plusieurs passages en USP, on ne compte qu'un seul séjour si ces passages se font dans le même Finess géographique.

A10. Existe-t-il une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) au sein de l'établissement ?

« L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) est une équipe interdisciplinaire et pluri-professionnelle qui exerce une activité transversale au sein de l'établissement de santé. Les professionnels de l'EMSP, clairement identifiés et spécifiquement formés aux soins palliatifs, se déplacent au lit du malade et auprès des soignants. Ils ont un rôle de conseil et de soutien et ne pratiquent pas d'actes de soins. Ils peuvent être amenés à intervenir au domicile ou dans d'autres structures ».

L'EMSP bénéficie d'une reconnaissance contractuelle et d'un financement sous la forme d'une enveloppe « MIG ». Les questions posées de A11 à A20, directement inspirées de la fiche thématique du guide de contractualisation, permettent de renseigner une grande partie des indicateurs de suivi proposés au niveau national.

En A11, est demandé le nombre d'interventions physiques de l'EMSP au sein de l'établissement. Il s'agit de compter le nombre d'interventions impliquant un déplacement physique de l'EMSP au lit du malade, auprès des proches ou en soutien à l'équipe médicale et soignante, quelque soit le nombre d'intervenants de l'équipe se déplaçant. Ce recueil peut paraître contraignant lorsque la fréquence des interventions est élevée. Cependant, d'une part il s'agit d'un indicateur de suivi prévu par la circulaire 2008 ; d'autre part, il est indispensable pour le calcul du pourcentage des interventions réalisées hors de l'établissement, indicateur de « mobilité de l'équipe » pour le suivi de la MIG.

En A12 et A13, sont demandés le nombre d'EHPAD et d'établissements de santé dans lesquelles l'EMSP intervient (c'est à dire avec lesquels des conventions ont été établies)

En A14, le nombre total d'interventions physiques de l'EMSP hors de l'établissement. Ce total est ensuite décomposé en trois sous-ensembles, qui correspondent aux différents lieux d'intervention possibles (établissements de santé, établissements médico-sociaux, ou domicile).

A15. Au sein d'établissements sanitaires (y compris USLD)

Sont comptabilisées ici les interventions impliquant un déplacement physique au sein de l'établissement de rattachement de l'EMSP ou au sein d'un autre établissement de santé, y compris lorsqu'il s'agit d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD). Ne pas compter les interventions réalisées au sein des structures médico-sociales rattachées à l'établissement (enregistrées en A11).

A16. Au sein d'établissements médico-sociaux (dont EHPAD)

Sont comptabilisées ici les interventions impliquant un déplacement physique au sein d'un établissement médicosocial pour personnes âgées ou personnes handicapées (EHPAD, IME, etc.). Sont incluses dans ce sous-total les interventions réalisées au sein d'une structure d'hébergement médicosociale rattachée à un établissement de santé (ex : EHPAD géré par un centre hospitalier).

A17. Au domicile des patients

Sont comptabilisées ici les interventions impliquant un déplacement physique de l'EMSP au domicile des patients.

En A18, il s'agit de dénombrer le nombre de patients différents (=file active) qui ont bénéficié du savoir-faire de l'équipe mobile de soins palliatifs, qu'il s'agisse d'un déplacement physique des membres de l'équipe au lit du malade, auprès des proches ou auprès de l'équipe soignante concernée ou d'un entretien téléphonique avec un membre de l'équipe médicale ou soignante prenant en charge le patient.

A19 et 20. Nombre total d'heures de formation de type formation action en soins palliatifs réalisées par le personnel de l'EMSP au sein de l'établissement et hors de l'établissement (cf rapports d'activité des équipes mobiles concernées).

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE PAR ÉPURATION EXTRA-RENALE

Organisation : télédialyse

L'établissement gère-t-il une (ou plusieurs) UDM de proximité (= à distance d'un centre) grâce à un dispositif de télémédecine ?

Si oui, Combien d'UDM ?

Combien au total de patients pris en charge dans ces unités « délocalisées » et reliées par télésurveillance au 31 / 12 ?

A1	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A2	
A3	

Equipements et activité

HEMODIALYSE	Code SAE			Nombre de postes utilisés (=générateur et lit ou fauteuil) ⁽¹⁾	Nombre de patients pris en charge la semaine incluant le 1 ^{er} décembre	Nombre de séances dans l'année
				A	B	C
Hémodialyse en centre	112B	Adultes	4			PMSI
		Enfants	5			PMSI
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	1130		6			PMSI
Entraînement à l'hémodialyse	112A		7			PMSI
Autodialyse	1140		8			
Hémodialyse à domicile	1150	Adultes	9			
		Enfants	10			

⁽¹⁾ : Poste utilisé défini par l'association générateur et lit ou fauteuil

Nombre de postes de repli pour les patients suivis en autodialyse ou en dialyse à domicile

A11	
-----	--

DIALYSE PERITONEALE	Code SAE			Nombre de places ou d'appareils	Nombre de patients pris en charge la semaine incluant le 1 ^{er} décembre	Nombre de séances (pour l'entraînement) ou de semaines de traitement pour autres modes de DP dans l'année
				A	B	C
Dialyse péritonéale en hospitalisation	122B	Adultes	12			
		Enfants	13			
Entraînement à la dialyse péritonéale (activité en séances)	122A		14			PMSI
Dialyse péritonéale automatisée (activité en semaines de traitement)	121C	Adultes	15			
		Enfants	16			
Dialyse péritonéale continue ambulatoire (activité en semaines de traitement)	121A 121B	Adultes	17			
		Enfants	18			
Autres techniques d'épuration extra-rénale			19			
Dialyses réservées pour vacanciers			20			

Nombre de nouveaux patients dont la prise en charge en dialyse a débuté au cours de l'année dans l'établissement, quelque soit leur mode de traitement au démarrage

A21	
-----	--

Nombre de nouveaux patients dont la prise en charge en dialyse a débuté au cours de l'année dans l'établissement, et dont le traitement a démarré en dialyse péritonéale

A22	
-----	--

Personnels concourant à l'activité (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

	Code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	Existence d'une garde senior 24h/24 ?	Existence d'une astreinte senior 24h/24 ?
			A	B	C	D	E
Néphrologues (hors internes)	1110	23				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Infirmiers et personnels d'encadrement infirmiers	2120 2200 2300	24					
Aides-soignants	2500	25					
Personnels médico-techniques	4100	26					
Autre personnel non médical		27					

Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau est centré sur l'activité des structures assurant l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique, avec leurs différentes modalités d'épuration extra-rénale et leurs différentes formes d'organisation (centre ou alternatives). Ses données sur les équipements, le volume annuel des séances et les patients traités une semaine donnée (« coupe transversale ») complètent ainsi le suivi longitudinal des patients qu'opère le registre épidémiologique REIN centré sur leurs histoires cliniques et leurs trajectoires de soins.

La prise en charge « aigue » au cours d'une hospitalisation n'est pas dans el champ de ce bordereau.

Les objectifs du nouveau bordereau sont :

- simplifier l'interrogation, notamment pour les établissements soumis au PMSI, et adopter les mêmes définitions que celles utilisées par REIN ;
 - rendre compte de l'évolution des structures de dialyse hors centre, notamment des unités de dialyse médicalisées de proximité fonctionnant par télémedecine ;
 - faciliter le suivi du SROS et de l'objectif de diversification des modalités d'épuration extra-rénale avec renforcement de la dialyse péritonéale.
-

CONCEPTS IMPORTANTS

Quelques **données d'activité** sont obtenues à partir d'extractions des données PMSI pour les établissements qui y sont soumis, avec un pré-remplissage qu'il appartient à l'établissement de valider.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Le bordereau « traitement de l'insuffisance rénale chronique » correspond pour l'essentiel à l'ancien bordereau Q17.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques, qui ont une activité autorisée de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale.

L'ensemble des informations attendues dans ce bordereau nécessite la collaboration entre les pôles d'activité cliniques et médicotéchniques, le DIM et l'équipe administrative gestionnaire de la SAE.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A11 du filtre (dialyse).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décrets n°2002-1197 et 2002-1198 du 23 septembre 2002 relatifs à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et aux conditions de fonctionnement des établissements de santé qui l'exercent.

Décret n° 2012-202 du 10 février 2012 modifiant les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale.

Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS et, notamment, ses indicateurs de suivi (www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_SROS.pdf)

EQUIPEMENTS ET ACTIVITÉ

Cases A1 à A3 : Questions destinées aux établissements qui disposent d'un centre lourd et dont l'équipe médicale assure le fonctionnement d'UDM située à distance du centre.

HEMODIALYSE

Colonne A - lignes 4 à 10 : Nombre de postes utilisés, y compris ceux à vocation spécifique (hépatite C, HIV), mais sans les postes de repli (Les postes de repli pour les patients suivis en autodialyse ou en dialyse à domicile sont isolés des autres, leur utilisation étant, par vocation, plus épisodique), qui sont à inscrire en A11.

Le poste d'hémodialyse est constitué par l'association d'un lit ou d'un fauteuil pour le patient, avec un générateur d'hémodialyse et une arrivée d'eau traitée pour la dialyse. Les appareils de secours isolés ne sont pas à compter.

Ce nombre de postes est à décliner dans le tableau selon les modalités de traitement autorisées dans l'établissement (centre en **A4 et A5**, unité de dialyse médicalisée- UDM en **A6**, entraînement à l'hémodialyse en **A7**, autodialyse en **A8** et hémodialyse à domicile en **A9 et A10**) en différenciant, pour l'hémodialyse en centre et l'hémodialyse à domicile, ceux destinés aux adultes et ceux destinés aux enfants (sont considérés comme enfants, les malades âgés de moins de 18 ans).

Les postes d'entraînement doivent être situés dans un local spécifique et réservés à la formation. Ces données sont à remplir par l'établissement autorisé à pratiquer cette activité, même s'il n'est pas propriétaire des équipements.

DIALYSE PERITONEALE

Colonne A - lignes 12 à 16 : Nombre de places (ou appareils) installées

Là encore, un équipement n'est à compter comme une place que s'il est associé à un lit ou un fauteuil et une arrivée de fluides.

Ligne 19 : Autres techniques d'épuration extra-rénale

Inscrire ici les éléments d'activité relatifs à l'hémofiltration, l'hémodiafiltration et la biofiltration.

Ligne 20 : Dialyses réservées pour vacanciers (Unité saisonnière)

Pour les centres disposant d'une unité saisonnière (article R.6123-62), inscrire ici le nombre de postes réservés aux vacanciers et le total de séances réalisées pour ces vacanciers toutes techniques confondues (en case **C20**). Pour les centres qui n'accueillent des patients extérieurs que de façon marginale, le nombre de séances réalisées est à inclure dans l'activité globale du centre.

DONNES D'ACTIVITE

Quelques cases (C4 à C7 et C14) sont pré-remplies pour les établissements soumis au PMSI et l'établissement est appelé à les valider. Pour les autres établissements, les données seront à remplir par l'établissement.

Colonne B - Nombre de patients pris en charge la semaine incluant le 1^{er} décembre

Inclure tous les patients traités cette semaine-là, même s'il s'agit d'un patient transféré temporairement dans l'unité. A l'inverse, ne pas compter les malades habituellement suivis mais absents. Ces règles sont impératives pour éviter les doubles comptes.

Le nombre de patients traités durant une semaine donnée dans l'ensemble des structures de dialyse permet de mesurer l'ensemble des patients dialysés à un moment donné (c'est à dire la prévalence « ponctuelle »). Le registre REIN totalise en fin d'année le nombre total de nouveaux patients ayant débuté leur traitement au cours d'une année civile.

Colonne C - Nombre de séances dans l'année

NB : Pour la dialyse péritonéale, la notion de séance est remplacée par celle de semaine de traitement ou d'équivalent-semaine sauf pour l'entraînement à la dialyse péritonéale où elle persiste.

Compter au maximum une séance par malade et par jour. Les séances d'hémodialyse réalisées chez des patients hospitalisés dans l'établissement sont à inclure.

La réalisation d'une séance d'hémodialyse ou d'entraînement à la dialyse péritonéale effectuée dans un établissement de santé soumis au recueil d'informations du PMSI en MCO donne lieu à la production d'un RSS-séance qu'une admission ait été prononcée ou non, c'est-à-dire y compris en l'absence d'ouverture d'un dossier administratif d'hospitalisation dans une unité de MCO.

Sont exclus de l'obligation de produire des RSS les établissements ayant pour activité le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale à domicile ou en autodialyse. À titre dérogatoire, ces établissements transmettent leurs informations de facturation sous forme de résumés standardisés de facturation anonymes ; il est

donc possible de comptabiliser les séances en se basant sur les différents forfaits relatifs aux alternatives à la dialyse en centre (forfaits « D »).

Case A21 : Nombre de nouveaux patients dont la prise en charge en dialyse a débuté au cours de l'année dans l'établissement, quel que soit leur mode de traitement au démarrage

Cette question ne concerne que les centres (ou UDM) amenés à initier des traitements réguliers d'épuration extrarénale pour des malades n'ayant jamais été dialysés auparavant (sauf dans le cas de retours de greffe). Elle ne concerne pas les établissements au sein desquels les patients sont transférés dans un second temps, après avoir débuté le traitement.

Case A22 : Nombre de nouveaux patients dont la prise en charge en dialyse a débuté au cours de l'année dans l'établissement, et dont le traitement a démarré en dialyse péritonéale

Ces deux données permettent de calculer la part des patients ayant débuté leur traitement de dialyse en dialyse péritonéale, un des indicateurs de suivi du SROS pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique.

PERSONNEL

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité décrite.

Ce personnel peut être salarié (quelque soit celui qui le rémunère) ou libéral. Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les « Principes généraux de remplissage du personnel dans les bordereaux d'activité »)

Dans les **colonnes D et E**, indiquer la forme que prend la permanence des soins des médecins néphrologues seniors (=médecins qualifiés hors internes) : une garde (un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou une astreinte (en dehors des heures ouvrables, le médecin est joignable à domicile). NB : Dans certains établissements à forte activité, on peut avoir à la fois une garde et, en seconde ligne, une astreinte d'un second médecin de la même spécialité.

TRAITEMENT DU CANCER 1/2

Pour tous les établissements traitant le cancer (établissements autorisés pour la chirurgie des cancers, les traitements par chimiothérapie, par radiothérapie et les établissements associés pour traitement par chimiothérapie des affections cancéreuses)

Traitez-vous les affections cancéreuses par chimiothérapie ?
 Traitez-vous les affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie) ?
 Avez vous des unités d'hospitalisation complète ou ambulatoire spécifiquement consacrées au cancer, avec du personnel dédié (appelées ici «unités individualisées») ?
 Activité de traitement du cancer : nombre de séjours
 Dont séjours de 0 jour
 Activité de traitement du cancer : nombre de journées

A1	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A2	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A3	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A4	PMSI
A5	PMSI
A6	PMSI

Pour les établissements traitant le cancer par chimiothérapie

Autorisation pour le champ MCO

L'établissement a-t-il reçu une autorisation de traitement du cancer par chimiothérapie ?	A7	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
---	----	---

		FINESS ET1	FINESS ET2	FINESS ET3
		A	B	C
Si non, en tant qu'établissement associé, avec quel(s) établissement(s) autorisé(s), une convention a-t-elle été signée ?	8			

Activité

		MCO	HAD
		Réalisés pendant une hospitalisation complète ou en ambulatoire	Réalisés pendant une hospitalisation à domicile
		A	B
Nombre total de séjours avec traitement de chimiothérapie	9	PMSI	PMSI
		Réalisées en ambulatoire	Réalisées pendant une hospitalisation à domicile
Nombre de séances (ou séquences en HAD) de chimiothérapie	10	PMSI	PMSI

File active

		Nombre de patients adultes (âge > ou égal à 18 ans)		Nombre de patients de moins de 18 ans	
		MCO	HAD	MCO	HAD
		A	B	C	D
Nombre de patients atteints de cancer ayant eu un traitement par chimiothérapie dans l'année	11	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI

Pour les établissements traitant le cancer par radiothérapie (radiothérapie externe et/ou curiethérapie)

Equipements

		Nombre d'appareils (ou de lits)	Equipement accessible à d'autres structures
		A	B
Accélérateurs de radiothérapie	12		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Nombre de lits protégés pour curiethérapie	13		

Activité

Nombre de séances de préparation à un traitement par radiothérapie externe, réalisées en ambulatoire ou en hospitalisation complète :

A14	PMSI
-----	------

		MCO	
		Réalisées en ambulatoire	Réalisées pendant une hospitalisation complète
		A	B
Nombre de séances de traitement par radiothérapie externe	15	PMSI	PMSI
Nombre de séances de traitement par curiethérapie	16	PMSI	PMSI

File active

		Nombre de patients adultes (âge > ou égal à 18 ans)	Nombre de patients âgés de moins de 18 ans
		A	B
Nombre de patients atteints de cancer pris en charge en radiothérapie externe dans l'année	17	PMSI	PMSI
Nombre de patients adultes atteints de cancer pris en charge en curiethérapie dans l'année	18	PMSI	

Personnels concourant à l'activité de radiothérapie (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

	code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels
			A	B	C
Médecins radiothérapeutes (hors internes)	1170	19			
Radiophysiciens	4180	20			
Manipulateurs d'électroradiologie	4130	21			
Dosimétristes	4170	22			
Autre personnel non médical de l'unité de radiothérapie		112			

TRAITEMENT DU CANCER 2/2

Pour les établissements traitant le cancer dans des unités d'hospitalisation individualisées

Caractéristiques et activité de l'unité (des unités) individualisée(s)		Nombre correspondant de lits/places	Nombre de séjours effectués	dont séjours d'enfants de moins de 18 ans	Nombre total de journées réalisées	dont journées d'enfants de moins de 18 ans
		A	B	C	D	E
Unité(s) médicale(s) de médecine en hospitalisation complète, dont hospitalisation de semaine (y compris curiethérapie)	24		PMSI	PMSI	PMSI	PMSI
Unité(s) médicale(s) de médecine en hospitalisation à temps partiel (notamment unités de chimiothérapie ambulatoire)	25		PMSI	PMSI		
Unité(s) médicale(s) de chirurgie en hospitalisation complète, dont hospitalisation de semaine	26		PMSI	PMSI	PMSI	PMSI
Unité(s) médicale(s) de chirurgie en hospitalisation à temps partiel	27		PMSI	PMSI		

Personnels concourant à l'activité de l'(es) unité(s) d'hospitalisation individualisée(s) de cancérologie (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

Personnel médical (hors internes)	code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels
			A	B	C
Médecins oncologues médicaux	1130	28			
Autres médecins habilités en cancérologie	1000, 2000	29			

Personnel non médical	code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels
			A	B	C
Infirmiers et personnels d'encadrement infirmiers	2120, 2210, 2300	30			
Aides-soignants	2510	31			
Psychologues	2710	32			
Assistant(e)s de service social	3120	33			
Autres personnels des services médicaux		34			

Traitement du cancer

PRINCIPES DU BORDEREAU

Les recueils respectifs sur le traitement des affections cancéreuses (rayonnements ionisants de haute énergie et chimiothérapie) ont été globalisés en un unique bordereau 'traitement du cancer.

Les objectifs sont :

- d'une part, s'articuler avec l'enquête réalisée par l'observatoire de la radiothérapie (simplification du recueil SAE sur les environnements techniques ainsi que sur l'activité de protonthérapie, recueillis par l'INCa),
- d'autre part, en oncologie médicale, identifier et interroger les établissements associés aux entités titulaires d'une autorisation, qui participent à la prise en charge des malades dans une logique de proximité et en lien étroit avec les établissements autorisés en charge de la primo prescription,
- enfin, prendre en compte les textes relatifs aux seuils d'activité minimale annuelle qui ne concernent que l'activité adulte (ce qui nécessite de distinguer l'activité relative aux moins de 18 ans) et l'évolution des métiers en cancérologie.

CONCEPTS IMPORTANTS

Les **données d'activité** sont désormais obtenues à partir des données du PMSI avec un pré-remplissage qu'il appartient à l'établissement de valider.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Le traitement du cancer fait désormais l'objet d'un bordereau unique qui correspond aux anciens Q15A et Q15B.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Les données de ce bordereau concernent l'activité autorisée de radiothérapie, curiethérapie, chimiothérapie ou chirurgie des cancers. Pour la chimiothérapie, il s'agit, soit d'un établissement ayant reçu une autorisation de traitement du cancer par chimiothérapie, soit d'un établissement associé, ayant passé une convention avec un établissement autorisé. Les établissements associés à l'autorisation de traitement par chimiothérapie doivent d'une part indiquer l' (les) établissement(s) titulaire(s) auquel(s) ils sont associés (numéros FINESS), d'autre part l'(les) informer de la réponse apportée avant sa validation.

L'activité de traitement du cancer doit être déclarée sur le questionnaire du site géographique interrogé, où l'activité est réalisée. En revanche, les données peuvent être renseignées et / ou validées par la personne physique ou morale titulaire de l'autorisation de l'activité de traitement du cancer.

Deux cas peuvent se présenter :

1. l'entité juridique dont dépend l'établissement site d'implantation est titulaire de l'autorisation (EX : CLCC). C'est donc une unique personne morale qui remplit l'ensemble du questionnaire SAE.
2. l'entité juridique détentrice de l'autorisation n'est pas l'entité juridique dont dépend l'établissement site d'implantation de l'autorisation, c'est-à-dire qu'il s'agit d'une autorisation en lien fonctionnel.

Par exemple, dans le cas d'un cabinet libéral titulaire d'une autorisation de radiothérapie installé dans une clinique privée, la clinique privée, si elle ne dispose pas des données, doit alors faire remplir son bordereau 'traitement du cancer' par le cabinet libéral.

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du filtre A9 (radiothérapie ou curiethérapie), A10 (chimiothérapie), A32 dans le bloc A (chirurgie des cancers).

L'ensemble des informations attendues dans ce bordereau nécessite la collaboration entre les pôles d'activité cliniques et médicotextuelles, le DIM et l'équipe administrative gestionnaire de la SAE.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décrets n°2007-388 et 389 relatifs aux conditions d'implantation et de fonctionnement applicables à l'activité de soins traitement du cancer

Critères d'agrément pour la pratique de la chimiothérapie et de la radiothérapie définis par l'INCa (voir <http://www.e-cancer.fr/soins/offre-de-soins-hospitaliere-en-cancerologie>)

Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins traitement du cancer

Circulaire n°DHOS/O/INCA/2008/101 du 26 mars 2008 relative à la méthodologie de mesure de ces seuils, ainsi que la fiche d'actualisation de mai 2011 disponible sur le site de l'INCa

POUR TOUS LES ETABLISSEMENTS TRAITANT LE CANCER

Cases A1 à A3 : Questions filtres sur le mode d'organisation des prises en charge pour cancer et le type d'autorisation. La réponse à ces questions déclenche les blocs du questionnaire suivants (chimiothérapie, radiothérapie, unités individualisées).

Cases A1 : concerne les établissements traitant par chimiothérapie, soit un établissement ayant reçu une autorisation de traitement du cancer par chimiothérapie, ou un établissement associé, ayant passé une convention avec un établissement autorisé

Case A3 : Seuls les établissements disposant d'unités individualisées d'hospitalisation complète dédiées à la prise en charge des patients atteints de cancer, répondent OUI (par exemple un service d'oncologie médicale ou d'onco-hématologie. Ne pas remplir si le seul service répondant à ces critères est un service de soins palliatifs). Sont concernés, en particulier, les centres de lutte contre le cancer (CLCC). A l'inverse, les établissements qui traitent des patients cancéreux dans des unités médicales de spécialité accueillant également des patients non cancéreux (par exemple un service de pneumologie) répondront NON.

Ces unités doivent être typées dans le PMSI-MCO en codes '40' (Unité d'hospitalisation d'oncologie médicale), '41' (Unité d'hospitalisation d'oncologie chirurgicale) ou '43' (Unité de chimiothérapie ambulatoire)

Cellules préremplies (extraction ciblée à partir du PMSI) à valider par l'établissement :

Cases A4 à A6 : Activité de traitement du cancer : sont filtrés les séjours ayant un DP ou DR compris dans [(C00 à C97) ou (D00 à D09) ou (D37 à D48)]. Parmi ceux-ci, sont retenus les séjours ayant soit un [(GHM en "C") OU (GHM '27Z02', '27Z03', '27Z04')] ou un [DP ou DA commençant par 'Z510' ou 'Z511' ou 'Z948'].

POUR LES ÉTABLISSEMENTS TRAITANT LE CANCER PAR CHIMIOTHÉRAPIE

Case A7 : les établissements autorisés à traiter des patients par chimiothérapie ou associés à un tel établissement répondent OUI.

Case A8 : Il s'agit de préciser si l'établissement détient lui-même une autorisation ou, s'il s'agit d'un établissement associé, les numéros FINESS de(s) établissement(s) titulaire(s) d'une autorisation avec lesquels une convention a été signée.

Lignes 9, 10 et 11 : Cellules préremplies (extraction ciblée à partir du PMSI) à valider par l'établissement

A9 : nombre de séjours avec traitement de chimiothérapie en MCO (réalisés pendant une hospitalisation complète ou en ambulatoire). Sont sélectionnés les séjours (avec un DP ou DA commençant par 'Z511') OU (avec au moins un code acte parmi la liste : ECLF005, ECLF006, EDLF014, EDLF015, EDLF016, EDLF017, EDLF018, EDLF019, EDLF020, EDLF021, EDLL001, EDLL002, EELF004, EELF005, QZFA008, QZFA026, QZFA033, AFLB003, AFLB006, AFLB013, HPLB003) OU (avec un GHM "17M05" ou "17M06").

A10 : nombre de séances de chimiothérapie en MCO (en ambulatoire). Sont comptés GHM 28Z07Z x nombre de séances.

B9 et B10 : nombre de séjours et séquences avec traitement de chimiothérapie en HAD : séjours et séquences sélectionnés avec au moins une séquence avec MPP '05' ET présence d'un diagnostic compris dans (C00 à C97) ou (D00 à D09) ou (D37 à D48)

Ligne 11 : file active : nombre de patients correspondants aux séjours (et séances ou séquences) des cases A9/ A10 et B9/B10.

POUR LES ETABLISSEMENTS TRAITANT LE CANCER PAR RADIOTHERAPIE (RADIOTHERAPIE EXTERNE ET/OU CURIETHERAPIE)

Equipements – lignes 12 et 13

Les questions sont réduites désormais au nombre d'accélérateurs de radiothérapie et, le cas échéant, au nombre de lits protégés pour la curiethérapie, le détail des autres équipements étant renseigné dans l'enquête de l'Observatoire National de la Radiothérapie.

Pour la colonne B, cocher « OUI » si l'équipement est utilisé par des médecins non attachés à l'unité dans le cadre d'une activité libérale, ou s'il est utilisé par des médecins d'une autre entité juridique dans le cadre de conventions.

Cocher « NON », si l'équipement n'est utilisé que par l'établissement ou le cabinet.

Activité – lignes 14 à 18

L'activité est maintenant mesurée tant en nombre de patients adultes (en référence à l'arrêté sur les seuils d'activité minimale, en l'occurrence 600 patients adultes) qu'en nombre de séances (tous patients confondus). Pour les établissements hospitaliers, elle est extraite des données PMSI et **les cellules préremplies correspondantes sont à valider par l'établissement**. Les centres privés de radiothérapie (« cabinets ») ne déclarent pas leur activité dans le PMSI. Il leur appartient de présenter leur activité correspondant aux critères utilisés par le PMSI (patient d'âge égal ou supérieur à 18 ans, diagnostic de cancer et prise en charge liée à celui-ci).

Le détail des spécifications ayant servi à calculer ces valeurs est dans le document 'spécifications des imports PMSI', disponible dans la partie documentation du site de collecte.

Nombre de séances

Il convient de distinguer les séances selon qu'elles sont pratiquées chez des patients ambulatoires, ou des patients en hospitalisation complète dans la structure.

A14 Nb de séances de préparation à un traitement par radiothérapie externe - Réalisées en ambulatoire : Séjours avec un GHM parmi ('28Z19', '28Z20', '28Z21', '28Z22') ET [DR = vide ou DR compris dans (C00 à C97) ou (D00 à D09) ou (D37 à D48)]

A15 Nb de séances de traitement par radiothérapie externe - Réalisées en ambulatoire (Séjours dans les GHM 28Z11Z, 28Z18Z, 28Z23Z, 28Z24Z, 28Z25Z)x nb séances

B15 Nb de séances de traitement par radiothérapie externe - Réalisées pendant une hospitalisation complète GHM 17K04 OU (actes des listes A-170, A-304, A-318, A-319, A-320 ET hors CM28)

A16 Nb de séances de traitement par curiethérapie - Réalisées en ambulatoire Séjours avec un GHM '28Z10Z' x nb séances ET [DR = vide ou DR compris dans (C00 à C97) ou (D00 à D09) ou (D37 à D48)]

B16 Nb de séances de traitement par curiethérapie - Réalisées pendant une hospitalisation complète séjours hors CM28 avec (au moins un acte dans la liste 'A-205') OU (un GHM parmi (17K05, 17K06))

Lignes 17 et 18 : Nombre de patients pris en charge dans l'année (correspond aux patients comptabilisés dans les séances des lignes 15 et 16)

PERSONNEL CONCOURANT À L'ACTIVITÉ DE RADIOTHERAPIE

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux qui contribuent à cette activité de radiothérapie qu'ils soient salariés ou non, rémunérés ou non par l'établissement. Par exemple, si tout ou partie de l'équipe est mutualisée entre plusieurs établissements géographiques ou entités, ce qui tend à être de plus en plus souvent le cas, compter en effectif (au 31 décembre) toutes les personnes intervenant quelle que soit leur quotité de temps, et compter en ETP (moyenne annuelle) leur temps de travail effectif pour l'unité.

Personnel médical (hors internes) – ligne 19

Dans la colonne C « ETP moyens annuels », compter tous les radiothérapeutes (titulaires du DES d'oncologie radiothérapie ou qualifiés spécialistes de radiothérapie par commission de qualification ordinale) concourant à l'activité, y compris à temps partiel. Pour ceux qui partagent leur temps entre ce secteur et la chimiothérapie, compter leur fraction de temps estimée consacrée à la radiothérapie.

Personnel non médical – lignes 21 et 22

On distingue dorénavant les dosimétristes des manipulateurs d'électroradiologie. Le dosimétriste participe, avec l'oncologue radiothérapeute et le radiophysicien, au calcul de la dose de rayons nécessaire à la radiothérapie et à la planification du traitement. Dans le cas (fréquent) où le dosimétriste est un manipulateur ayant suivi une formation complémentaire, ne pas le compter comme manipulateur mais seulement comme dosimétriste.

Autres personnels non médicaux de l'unité de radiothérapie – ligne 23

Compter tous les personnels autres que les radiophysiciens, manipulateurs ou dosimétristes participant à l'activité de l'unité. Les personnels administratifs notamment (secrétariat) doivent être inclus ici.

POUR LES ÉTABLISSEMENTS TRAITANT LE CANCER DANS DES UNITES D'HOSPITALISATION INDIVIDUALISEES

Caractéristiques et activité de l'unité (des unités) individualisée(s) :

Lignes 24 à 27- colonne A : Les capacités totales des unités d'hospitalisation dédiées à la prise en charge des patients atteints de cancer sont à ventiler selon leur discipline de rattachement (médecine UM de type '40' ou '43' ou chirurgie UM de type '41') et le mode d'hospitalisation.

Cellules préremplies (extraction ciblée à partir du PMSI) à valider par l'établissement - lignes 24 à 27- colonnes B, C, D, E :

L'activité est mesurée au travers des données PMSI. Sont décomptés dans les colonnes B et C les séjours avec au moins un passage dans des unité(s) individualisée(s) de traitement du cancer, cités ci-dessus, en distinguant les patients adultes (âge 18 ans et plus) de ceux de moins de 18 ans. Enfin, est comptabilisé dans les colonnes D et E le nombre de journées correspondant à ces séjours.

Personnels concourant à l'activité de l'(es) unité(s) d'hospitalisation individualisée(s) de cancérologie (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

Les effectifs et les équivalents temps plein sont ceux qui contribuent à l'activité décrite dans le bordereau. Ce personnel peut être salarié (quelque soit celui qui le rémunère) ou libéral. Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les « Principes généraux de remplissage du personnel dans les bordereaux d'activité »)

Lignes 28 et 29 Personnel médical (hors internes)

Médecins oncologues médicaux / Autres médecins habilités en cancérologie :

Ces 2 lignes remplacent la ligne « Médecins habilités en cancérologie » des précédentes collectes SAE. Sont appelés médecins oncologues médicaux (**ligne 28**), les médecins titulaires du DES en oncologie - option oncologie médicale et ceux qui ont été qualifiés de spécialistes en oncologie médicale après avis de la commission de qualification.

Les médecins dits « ancien régime » spécialistes d'organe et ayant acquis une compétence en cancérologie reconnue sont à comptabiliser en tant qu'« autres médecins habilités en cancérologie » (**ligne 29**), de même que les médecins nouveau régime titulaires d'un DES autre que le DES d'oncologie et d'un DESC en cancérologie. De même, les chirurgiens qui ont à la fois un DESC2 de chirurgie et un DESC1 de cancérologie seront également à identifier dans cette même ligne.

Ligne 34 Autres personnels des services médicaux

Compter ici tous les personnels autres que les infirmiers et personnels d'encadrement, aides-soignants, psychologues et assistants de service sociaux participant à l'activité de(s) l'unité(s) des lignes précédentes. Les personnels administratifs notamment (secrétariat) doivent être inclus.

STRUCTURE DES URGENCES (1/2)

Caractéristiques de la structure des urgences implantée sur le site

Il s'agit de décrire l'activité des structures des urgences, autorisées en application du 3° de l'article R.6123-1 du décret 2006-576 du 22 mai 2006, et disposant de moyens et de personnel spécifiquement affecté à cette activité d'urgence.

Tous les malades qui passent par la structure autorisée des urgences doivent être pris en compte. Sont exclus en revanche les accueils d'urgences non autorisées, les admissions directes dans les services (USIC ou UNV), l'activité non programmée de même que les urgences dans un établissement qui n'a qu'une activité de psychiatrie.

Sur le site géographique, disposez-vous d'une implantation d'une structure d'urgences autorisée ?

Si oui, s'agit-il d'une structure des urgences générales ?

Si oui, s'agit-il d'une structure des urgences pédiatriques ?

A1	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A2	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A3	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A4	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Dans le cadre de cette structure, accueillez-vous majoritairement des malades pour l'une ou l'autre de ces spécialités (avec des moyens et du personnel spécifiques, dédiés aux urgences) ?

A5	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
----	---

NB : Il s'agit d'isoler ici les structures des urgences ne traitant que certaines urgences spécifiques, avec du personnel affecté à cette activité d'urgence et donnant lieu à des passages compris dans le total.

Ne pas indiquer ici les structures non autorisées, les éventuelles filières organisées avec admissions directes dans les services (exemple maternité, USIC ou UNV).

Si oui, lesquelles ? Cocher la (les cases) correspondantes

		A
Cardiologie	6	
Chirurgie	7	
Neurologie	8	
Ophtalmologie	9	
Autres	10	

Informations complémentaires

Une équipe mobile de gériatrie intervient-elle au SU ?

Avez-vous mis en place un recueil systématique de Résumés de Passages aux Urgences (RPU), selon le format type national ?

Si oui, transmettez vous régulièrement les données de ces RPU à un observatoire régional ?

A11	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A12	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A13	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Activité

STRUCTURE DES URGENCES GENERALES

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année

médecins :

IDE (infirmier diplômé d'état) ou infirmiers spécialisés :

A14	
A15	

Existe-t-il un soignant d'accueil et d'orientation ?

A16	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par :

A17	<input type="radio"/> IAO <input type="radio"/> MAO
-----	--

Passages		Nombre de passages (recueil RPU ou système apparenté)	DONT hospitalisés en MCO dans la même entité juridique	DONT hospitalisés en SSR, PSY, USLD dans la même entité juridique	DONT hospitalisés dans une autre entité juridique
		A	B	C	D
Nombre total de passages aux urgences dans l'année	18				
dont nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	19				
dont nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de moins de 18 ans	20				

UHCD		Nombre de lits installés au 31/12	Nombre de journées-lits exploitables	Nombre de séjours	dont séjours de 0 jour	Nombre de journées
		A	B	C	D	E
Unité d'hospitalisation de courte durée	21			PMSI	PMSI	PMSI

Existe-t-il un suivi des temps d'attente et de passage ?

A22	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A23	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Le service a-t-il mis en place une revue de mortalité et de morbidité (RMM) ?

STRUCTURE DES URGENCES (2/2)

Activité

STRUCTURE DES URGENCES PEDIATRIQUES

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année :

médecins :	A24	
IDE (infirmier diplômé d'état) ou infirmiers spécialisés :	A25	

Existe-t-il un soignant d'accueil et d'orientation ?

A26	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par :

A27	<input type="radio"/> IAO <input type="radio"/> MAO
-----	--

Passages		Nombre de passages (recueil RPU ou système apparenté)	DONT hospitalisés
		A	B
Nombre total de passages aux urgences dans l'année	28		

UHCD		Nombre de lits installés au 31/12	Nombre de journées-lits exploitables	Nombre de séjours	dont séjours de 0 jours	Nombre de journées
		A	B	C	D	E
Unité d'hospitalisation de courte durée	29			PMSI	PMSI	PMSI

Personnels affectés à la structure d'urgence, contribuant à l'activité décrite (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

	code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	Dans le cas où l'établissement gère aussi un SMUR, ce personnel est-il commun avec le SMUR ?	Si oui, personnel adjoint, conjoint, les deux ⁽¹⁾ ?
			A	B	C	D	E
Médecins (hors internes)	1000 2000 3020	30				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> Adjoint, <input type="radio"/> conjoint <input type="radio"/> les deux
dont pédiatres	1140	31				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> Adjoint, <input type="radio"/> conjoint <input type="radio"/> les deux
dont psychiatres	3020	32					
Personnel non médical		33					
Dont cadres de santé	2120	34				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> Adjoint, <input type="radio"/> conjoint <input type="radio"/> les deux
Dont infirmiers (y.c infirmiers spécialisés ; exemples : puéricultrices, IADE, mais hors encadrement)	2200 2310 2320	35				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> Adjoint, <input type="radio"/> conjoint <input type="radio"/> les deux
Dont aides-soignants	2510 2530	36					
Dont brancardiers	2620	37				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> Adjoint, <input type="radio"/> conjoint <input type="radio"/> les deux
Dont assistants de service social	3120	38					
Dont secrétaires	1220	39				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> Adjoint, <input type="radio"/> conjoint <input type="radio"/> les deux

⁽¹⁾ mutualisation adjointe : polyvalence d'un professionnel (ex: régulateur AMU, SMUR, urgentiste) alternativement (un jour sur un poste, l'autre jour sur un autre poste)
mutualisation conjointe : polyvalence d'un professionnel (ex: régulateur AMU, SMUR, urgentiste) le même jour

Structure des urgences

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce questionnaire porte sur l'organisation de la médecine d'urgence. Celle-ci se décline selon les trois modalités prévues pour l'autorisation (Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 – art. 179) : 1° La régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6112-5, permettant que l'accueil et le tri s'opèrent au maximum en amont de la structure d'urgence ; 2° La prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation, appelée SMUR, ou la structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons, appelée SMUR pédiatrique ; 3° La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences ou dans la structure des urgences pédiatriques.

Les objectifs de ce questionnement sont :

- continuer à rendre compte de l'accès de la population d'un territoire aux structures d'urgence à travers la description géolocalisée de leurs différentes composantes,
 - mesurer l'activité de la structure des urgences elle-même (sans les admissions directes dans les services),
 - identifier les établissements proposant au sein de leur structure des urgences générales, des prises en charge différenciées
 - enfin, rendre compte des formes de mutualisation des personnels entre les modalités de la médecine d'urgence
-

CONCEPTS IMPORTANTS

Les données d'activité correspondent aux informations pour l'UHCD, sont extraites de la base PMSI de l'établissement.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Le bordereau médecine d'urgence correspond pour l'essentiel à la première partie du bordereau Q13.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques, qui ont une activité autorisée d'urgences générales ou pédiatriques.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A16 du filtre (structure autorisée des urgences).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décrets n° 2006-576 et 2006-577 relatifs à la médecine d'urgence et à ses conditions techniques de fonctionnement.
Circulaire DHOS/01 n° 2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences
Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 – art.179

TYPE D'AUTORISATION DETENUE

A1 à A4 : Précisez s'il s'agit d'une autorisation générale ou pédiatrique et si elle est saisonnière ou non.

A5 à A10 : Ces questions sont destinées aux établissements géographiques détenteurs d'une autorisation de structure d'urgences générales, qui accueillent majoritairement des malades pour une spécialité avec des moyens et du personnel dédié. Il est demandé de préciser la ou les spécialités concernées (sachant que toutes les spécialités chirurgicales sont incluses dans le libellé chirurgie).

Attention : Il ne s'agit pas ici de décrire des filières spécifiques avec admissions directes dans les services (exemple USIC ou maternité), d'autant que leur activité et leurs ressources humaines ne sont pas inclus dans les indicateurs correspondant de ce bordereau (passages et personnels).

A11 : Compte tenu de la part des personnes âgées dans les passages aux urgences et des problèmes spécifiques d'aval qu'elles posent, il s'agit d'abord d'identifier les structures qui bénéficient de l'intervention de compétences spécialisées sous la forme d'une équipe mobile de gériatrie, y compris venant d'un établissement différent.

A12 et A13 : Les questions portent sur le recueil des données sur les passages et leur transmission.

ACTIVITE DE LA STRUCTURE DES URGENCES GENERALES

Il s'agit ici de rassembler les données relatives à la structure d'urgences. Par contre, les admissions directes ne sont pas concernées et ne doivent pas être incluses, du fait qu'il ne s'agit pas de passages mobilisant le personnel de la structure d'urgences.

A14. A15 : Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année : nombre d'heures de présence, en moyenne sur une semaine. Ce nombre d'heures hebdomadaires est demandé pour les médecins et pour les infirmiers (qu'il s'agisse d'infirmier diplômé d'état ou d'infirmiers spécialisés, le cas échéant).

Il peut être calculé à partir du tableau de présence hebdomadaire type sur un mois en veillant à bien compter 8 heures dans le cas où deux médecins sont présents en même temps sur une plage de 4 heures par exemple. Si les volumes horaires diffèrent d'une semaine sur l'autre, il convient de faire la moyenne sur les 4 semaines.

A16. A17 : Soignant d'accueil et d'orientation (IAO et MAO) :

L'objectif est d'identifier si la fonction d'accueil et d'orientation lors de l'arrivée du patient dans la structure est assurée par un soignant. Si oui, il est alors demandé si cette fonction est remplie par un médecin ou par un infirmier.

A18 à D20 : Passages (total et orientation des patients hospitalisés)

Le nombre de passages aux urgences pour l'année inclut l'ensemble des arrivées ayant donné lieu à une mobilisation de ressources pour des soins, quels que soient les modes d'arrivée et les modes de sortie, y compris l'activité de suites d'urgence ou l'accueil en première intention des patients attendus en hospitalisation, si l'unité est organisée ainsi. Si seul le dossier d'un patient a été enregistré, sans suites (le patient est reparti avant d'être vu), il ne faut pas le comptabiliser.

Pour les patients hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences, il est demandé dans les **colonnes B, C et D**, de répartir leur nombre selon leurs modes de sorties (mutation lorsque le patient est hospitalisé dans la même entité juridique - code 6 dans le format standard national des résumés de passages aux urgences (RPU), ou transfert- code 7 s'il est hospitalisé dans une autre entité juridique) et pour ceux qui restent dans la même entité juridique, la destination doit être précisée : MCO (code +1 dans RPU), ou soins de suite (+2), psychiatrie (+3), unité de soins de longue durée - code +4).

Les mêmes questions sont posées (total des passages et orientation des patients hospitalisés) pour les patients âgés de plus de 80 ans (ATTENTION, l'âge seuil a changé par rapport aux années précédentes où on demandait les données pour les plus de 75 ans), et les enfants et adolescents de moins de 18 ans.

L'UHCD seule ne doit pas être considérée comme une unité d'hospitalisation complète. Cette orientation vers une unité d'hospitalisation complète peut faire suite à un simple passage aux urgences ou à une hospitalisation en UHCD.

A21 : Nombre de lits dans l'unité d'hospitalisation de courte durée. Ne doivent pas être comptés les boxes destinés aux examens et aux soins.

B21 : Nombre de journées-lits exploitables : Le nombre de journées-lits exploitables sur l'année est égal à la somme des lits en état d'accueillir des malades de chaque journée de l'exercice. Un lit fonctionnel toute l'année donnera 365 'journées-lits exploitables, à l'inverse un lit fermé durant un mois correspondra à 335 journées lits exploitables.

Cellules préremplies (extraction ciblée à partir du PMSI) :

C21 à E21 : Séjours avec au moins un passage dans l'unité médicale '07A'. Le nombre de journées correspond à celles effectuées au sein de l'unité médicale '07A'.

A22 : Suivi des temps d'attente et de passage

A23 : Revue de mortalité et morbidité (RMM)

Il s'agit d'indicateurs de qualité des pratiques organisationnelles mises en place dans les services.

ACTIVITE DE LA STRUCTURE DES URGENCES PEDIATRIQUES

Les informations demandées sont globalement identiques à celles des urgences générales. L'unité médicale prise en compte est typée en '07B'.

PERSONNEL DE LA STRUCTURE D'URGENCES

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité (passages et UHCD).

Ce personnel peut être salarié (quelque soit celui qui le rémunère) ou libéral. Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les « Principes généraux de remplissage du personnel dans les bordereaux d'activité)

Pour les médecins qui partagent leur temps entre la structure d'urgence et d'autres activités (SMUR, SAMU ou autres), compter en ETP leur fraction de temps estimée consacrée à la structure d'urgence.

Ligne 34, isoler les personnels d'encadrement ; lorsque ceux-ci sont des infirmiers, pour ne pas avoir de double compte, ne pas les compter dans le total de la ligne suivante.

Questions D30 à D39

La mutualisation des équipes et des compétences consiste à ce qu'un même professionnel puisse partager son temps en alternance entre SU, UHCD, Samu et Smur. Elle peut prendre diverses formes. Ici les questions concernent le partage entre le SU (y compris l'UHCD) et le SMUR.

Il peut s'agir simplement de la prise de garde de professionnels de la structure d'urgence au sein du SMUR (ou inversement). Dans ce cas, répondre oui dans la **colonne D**, en face de la catégorie de personnel concernée.

Dans certains établissements, les équipes SU SMUR sont entièrement communes, leur planning étant organisé de manière à occuper en alternance des fonctions au sein de l'un ou l'autre secteur. Dans ce dernier cas, la réponse aux questions de la **colonne D** est évidemment oui.

Enfin, il existe des cas où certains personnels sont en commun, mais pas la totalité. Par convention, lorsque plus de la moitié des personnels d'une même catégorie (exemple les infirmiers) sont en commun, l'établissement répondra oui.

Questions E30 à E39

Mutualisation adjointe : polyvalence d'un professionnel (ex: régulateur AMU, SMUR, urgentiste) alternativement (un jour sur un poste, l'autre jour sur un autre poste)

Mutualisation conjointe : polyvalence d'un professionnel (ex: régulateur AMU, SMUR, urgentiste) le même jour.

SMUR ET SAMU (1/2)

Sur le site géographique, disposez-vous d'une implantation de SMUR ?

Si oui, s'agit-il d'un SMUR général ?

Saisir : ☐ oui ☐ non

Si oui, s'agit-il d'un SMUR pédiatrique ?

Si oui, êtes-vous une antenne SMUR ?

Saisir : ☐ oui ☐ non

A1	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A2	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A3	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A4	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A5	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A6	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

FINESS de l'entité juridique détentrice de l'autorisation de SMUR :

B5 Numéro FINESS

Disposez-vous au sein de votre établissement d'un SAMU ?

A7	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
----	---

Activité du SMUR (en prenant en compte adultes et enfants)

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année :

médecins :

IDE (infirmier diplômé d'état) ou infirmiers spécialisés :

Ambulancier (ou faisant fonction)

A8	
A9	
A10	

Moyens d'intervention dont le SMUR est propriétaire		Nombre
Ambulances	B8	
Véhicules légers	B9	
Moyens aériens	B10	
Moyens maritimes	B11	

Ensemble des sorties des U.M.H. (Unité Mobile Hospitalière) - SMUR

			Nombre
Sorties terrestres	Sorties terrestres primaires	A11	
	Sorties terrestres secondaires	A12	
	dont sorties terrestres secondaires transports infirmiers inter-hospitalier	A13	
Sorties aériennes	Sorties aériennes primaires	A14	
	Sorties aériennes secondaires	A15	
Sorties maritimes		A16	

Nombre total de sorties dans l'année

A17

Sorties primaires (y compris maritimes)

			Nombre
Sorties primaires non suivies de transport médicalisé par le SMUR	Total des sorties primaires non suivies de transport médicalisé	A18	
	Patients décédés	A19	
	Patients laissés sur place (refus d'évacuation)	A20	
	Patients traités sur place	A21	
	Patients transportés à l'hôpital par un moyen non médicalisé	A22	
Répartition des patients transportés dans le cadre de sorties primaires	Total des patients transportés par le SMUR vers un établissement de soins (quel que soit le véhicule)	A23	
	dont patients de moins de 18 ans	A24	
	dont patients de plus de 80 ans	A25	
	dont patients transportés vers l'établissement siège du SMUR	A26	
	dont patients transportés d'emblée vers un autre établissement	A27	

Régulation et activité du SAMU

Nombre d'appels :

présentés*

décrochés*

décrochés* en moins d'une minute

A28	
A29	
A30	

Nombre de Dossiers de Régulation :

Dont nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM) :

Dont nombre de DRM effectués par des médecins libéraux rémunérés par l'assurance maladie :

A31	
A32	
A33	

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année pour la régulation :

- Médecins régulateurs (hors internes)

- dont médecins régulateurs titulaires de l'AMU

- dont médecins régulateurs libéraux rémunérés par l'assurance maladie

- ARM (Assistant de régulation médicale)

A34	
A35	
A36	
A37	

Organisation du SAMU

Participation de la médecine libérale à la régulation dans le cadre de la PDSA ?

Numéro spécifique pour la médecine libérale ?

Nombre de médecins libéraux correspondants de SAMU :

A38	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A39	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A40	

Nombre de carences ambulancières :

A41	
-----	--

Plateforme commune SAMU-SDIS (unité de lieu) :

A42	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

SMUR ET SAMU (2/2)

Personnels affectés au SMUR et au SAMU, contribuant à l'activité décrite (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

	code SAE		SMUR				SAMU		
			Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	Ce personnel est-il commun avec celui de la structure d'urgences ?	Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels
			A	B	C	D	E	F	G
Médecins (hors internes)	1000	43				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
dont médecins régulateurs		44				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
dont pédiatres	1140	45				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Personnel non médical		46				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Dont cadres de santé	2120	47				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Dont infirmiers (y.c infirmiers spécialisés ; exemples : puéricultrices, IADE, mais hors encadrement)	2200 2310 2320	48				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Dont aides-soignants	2510, 2530	49							
Dont brancardiers	2620	50				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Dont assistants de service social	3120	51				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Dont secrétaires	1220	52				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			

SMUR-SAMU

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce questionnaire porte sur l'organisation de la médecine d'urgence, et plus spécialement le SAMU et le SMUR. Les antennes SMUR sont également concernées par ce bordereau.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Le bordereau médecine d'urgence correspond pour l'essentiel aux deux dernières parties du bordereau Q13.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques, qui ont une activité autorisée de SMUR ou de SAMU.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A17 du filtre (SAMU ou SMUR ou antenne SMUR).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décrets n° 2006-576 et 2006-577 relatifs à la médecine d'urgence et à ses conditions techniques de fonctionnement.
Circulaire DHOS/01 n° 2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences
Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 – art.179

SERVICE MOBILE D'URGENCE ET DE RÉANIMATION (SMUR)

Les premières questions concernent le type d'autorisation détenue.

A1 à A6 : Précisez s'il s'agit d'une autorisation générale ou pédiatrique et si elle est saisonnière ou non.

A5 et B5 : Dans le cas d'une antenne SMUR, c'est l'établissement où se situe l'antenne qui doit déclarer l'activité et indiquer le numéro finess de l'entité juridique détentrice de l'autorisation.

Les questions sur l'activité prennent en compte sans les distinguer l'activité des SMUR général et spécialisée (pédiatrique)

A8, A9, A10 : Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année : nombre d'heures de présence sur l'année, en moyenne sur une semaine. Ce nombre d'heures hebdomadaire est demandé pour l'ensemble des médecins, pour l'ensemble des infirmiers que ce soient des IDE (infirmier diplômé d'état) ou des infirmiers spécialisés et pour l'ensemble des ambulanciers (ou faisant fonction).

Il peut être calculé à partir du tableau de présence hebdomadaire pour un mois en veillant à bien compter 8 heures dans le cas où deux médecins sont présents en même temps sur une plage de 4 heures par exemple. Si les volumes horaires diffèrent d'une semaine sur l'autre il convient de faire la moyenne sur les 4 semaines.

Le bloc **B8 à B11** correspond à des questions sur les moyens d'intervention dont l'établissement est propriétaire, compte tenu des conséquences en termes de reversement financiers vis à vis des partenaires.

A11 à A16 : Ensemble des sorties.

On recense ici l'activité des SMUR et de leur(s) antenne(s) : service ou pôle d'activité d'un service hospitalier chargé d'apporter hors de l'enceinte hospitalière des soins aux malades et aux blessés et de les transporter dans des conditions de réanimation satisfaisantes en coordination avec le SAMU (service d'aide médicale urgente).

- Sortie : intervention médicalisée d'une unité mobile hospitalière ayant pour but d'apporter des soins aux blessés, malades ou parturientes
- Sortie primaire : transport médicalisé ou non effectué par un SMUR de l'hôpital vers le lieu de la détresse et retour vers l'établissement de soins.
- Sortie secondaire : transport médicalisé effectué par un SMUR d'un établissement de soins à un autre.

A18 à A27 : Sorties primaires.

Les sorties blanches, interventions annulées en cours de route et interventions sans transport de patients doivent être comptées.

A18 : Total des sorties primaires non suivies de transport médicalisé vers un établissement de soins (quelle que soit la raison de l'absence de transport). Ces sorties peuvent concerner plusieurs patients. Le total n'est donc pas nécessairement égal à la somme des patients détaillée ensuite. Sont demandés :

- les patients décédés
- les patients laissés sur place (refus d'évacuation),
- les patients traités sur place (qui ont bénéficié de soins sur place),
- les patients transportés à l'hôpital par un moyen non médicalisé (secouristes, sapeurs pompiers, véhicule particulier, taxi, ambulance privée sans fonction SAMU).

– Dans le cas de catastrophes avec sorties conjointes de plusieurs SMUR, ne pas chercher à compter ici les autres patients que ceux transportés par le SMUR enquêté.

A23 : Nombre total de patients transportés par le SMUR vers un établissement de soins, quel que soit le type de véhicule utilisé (véhicule d'intervention des unités mobiles hospitalières : ambulance de secours et de soins d'urgence (ASSU), les voitures de secours d'urgence aux asphyxiés et blessés (VSAB)).

Ce nombre doit être réparti d'une part selon l'âge (**A24 et A25**), d'autre part selon l'établissement de destination (siège du SMUR ou autre)

SERVICE D'AIDE MÉDICALE URGENTE - RÉGULATION DES APPELS (SAMU)

A28, A29, A30 : Nombre d'appels présentés et décrochés : nombre d'appels dans l'année, qu'ils soient enregistrés ou non.

Appels présentés : Ce sont les appels entrants en mesure d'être pris en charge par le Samu-Centre 15. Ils peuvent être décrochés par un ARM ou traités automatiquement par un serveur vocal interactif.

Appels décrochés : Appels présentés qui ont été pris en charge par une personne physique (essentiellement ARM ...).

Appels décrochés en moins de 1 minute

A32 : Nombre de dossiers de régulation médicale ouverts dans l'année. Un Dossier de Régulation (DR) sera qualifié en tant que Dossier de Régulation Médicale (DRM) dès lors qu'il a bénéficié d'un acte de régulation médicale par application des règles spécifiées dans le règlement intérieur du Samu-Centre 15

A33 : Nombre de dossiers de régulation médicale réalisés par des médecins libéraux rémunérés par l'assurance maladie : Nombre de DRM traités par les médecins libéraux quand ils sont rémunérés par l'Assurance Maladie dans le cadre de la régulation libérale. Sont donc exclus les DRM traités par les médecins hospitaliers ainsi que ceux traités par des médecins libéraux employés par l'établissement (en tant qu'attaché par exemple) sans versement de forfait de régulation par l'Assurance Maladie.

A34. A37 : Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année pour la régulation : nombre d'heures de présence, en moyenne sur une semaine. Ce nombre d'heures est demandé :

- pour l'ensemble des médecins régulateurs,
- puis il convient de distinguer ceux qui participent à l'aide médicale urgente (AMU) et les médecins libéraux rémunérés par l'assurance maladie,
- pour les assistants de régulation médicale (ARM)

Le cas échéant, il peut être calculé à partir du tableau de présence hebdomadaire pour chacune des 4 semaines sur un mois, en veillant à bien compter 8 heures dans le cas où deux médecins sont présents en même temps sur une plage de 4 heures par exemple. Si les volumes horaires diffèrent d'une semaine sur l'autre, il convient de faire la moyenne sur les 4 semaines.

A41 : Nombre de carences ambulancières : les carences ambulancières sont définies par le nombre d'interventions par les SDIS (sapeurs-pompiers) à la demande de la régulation médicale du centre 15, lorsqu'elle constate le défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés. Cette prise en charge est à la charge de l'hôpital (Article 124 de la Loi 2002-276 du 27 février 2002 (14) complète l'Article L.1424-42 du Code Général des Collectivités Territoriales).

PERSONNEL DU SMUR ET DU SAMU AYANT CONCOURU À L'ACTIVITÉ DECRITE

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité (sorties, réponses aux appels et régulations).

Ce personnel peut être salarié (quelque soit celui qui le rémunère) ou libéral. Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle. (Lire aussi les « Principes généraux de remplissage du personnel dans les bordereaux d'activité »)

Pour les médecins qui partagent leur temps entre le SMUR et la structure d'urgence (voire le SAMU), compter leur fraction de temps estimée consacrée au SMUR et répondre oui dans la colonne **D**.

Ligne 47, isoler les personnels d'encadrement ; lorsque ceux-ci sont des infirmiers, pour ne pas avoir de double compte, ne pas les compter dans le total de la ligne suivante.

Questions D43 à D52

Dans certains établissements, les équipes SU SMUR sont entièrement communes, leur planning étant organisé de manière à occuper en alternance des fonctions au sein de l'un ou l'autre secteur. Dans ce cas, la réponse aux questions de la **colonne D** est oui.

Il existe des cas où certains personnels sont en commun, mais pas la totalité. Par convention, lorsque plus de la moitié des personnels d'une même catégorie (exemple les infirmiers) sont en commun, l'établissement répondra oui.

RÉANIMATION, SURVEILLANCE CONTINUE ET SOINS INTENSIFS
(yc réa,USIC, SC dédiés de chirurgie cardiaque, SI de l'UNV MAIS HORS néonatalogie et grands brûlés)

Equipement et activité

		Unités de réanimation ADULTES	Unités de réanimation ENFANTS (hors néonatalogie)
		A	B
Nombre de lits installés au 31/12	1		
Journées lits-exploitables	2		
Nombre de séjours	3	PMSI	PMSI
Nombre de passages	4	PMSI	PMSI
dont nombre de passages de 0 jour	5	PMSI	PMSI
Nombre de journées	6	PMSI	PMSI
% entrées en provenanced'autres entités juridiques	7	PMSI	PMSI
IGS 2 médian	8		
Part des patients âgés de 80 ans et plus	9	PMSI	

		SOINS INTENSIFS (quelque soit l'âge hors néonatalogie)			TOTAL Soins intensifs (hors néonatalogie) (calculé)
		USIC	SI de l'UNV	Autres SI	
		A	B	C	D
Nombre de lits installés au 31/12	10				
Journées lits-exploitables	11				
Nombre de séjours	12	PMSI	PMSI	PMSI	
Nombre de journées	13	PMSI	PMSI	PMSI	

		SURVEILLANCE CONTINUE ADULTES	SURVEILLANCE CONTINUE ENFANTS
		A	B
Nombre de lits installés au 31/12	14		
Journées lits-exploitables	15		
Nombre de séjours	16	PMSI	PMSI
Nombre de journées	17	PMSI	PMSI

Personnels concourant à l'activité (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

Si le personnel est mutualisé entre unités et SI, faire une règle de trois en fonction du temps passé

			Unités de réanimation		SOINS INTENSIFS (quelque soit l'âge, hors néonatalogie)			Surveillance continue	
			Adultes	Enfants (hors néonat)	USIC	SI de l'UNV	Autres SI	Adultes	Enfants
			A	B	C	D	E	F	G
Médecins (hors internes): réanimateurs, pédiatres réanimateurs, anesthésistes réanimateurs, cardiologues pour lesUSIC, neurologues pour les SI-UNV, Autres médecins ...	Effectifs temps plein	18							
	Effectifs temps partiel	19							
	ETP moyens annuels	20							
Infirmiers spécialisés et personnels d'encadrement infirmiers (code SAE : 2120, 2300)	Effectifs temps plein	21							
	Effectifs temps partiel	22							
	ETP moyens annuels	23							
Infirmiers non spécialisés (code SAE : 2200)	Effectifs temps plein	24							
	Effectifs temps partiel	25							
	ETP moyens annuels	26							
Aides-soignants (code SAE : 2500)	Effectifs temps plein	27							
	Effectifs temps partiel	28							
	ETP moyens annuels	29							
Masseurs kinésithérapeutes (code SAE : 2130, 2410)	Effectifs temps plein	30							
	Effectifs temps partiel	31							
	ETP moyens annuels	32							
Autre personnel non médical	Effectifs temps plein	33							
	Effectifs temps partiel	34							
	ETP moyens annuels	35							

Réanimation, surveillance continue et soins intensifs

(y compris réa, USIC, SC dédiés de chirurgie cardiaque, SI de l'UNV
MAIS HORS néonatalogie et grands brûlés)

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne la description des unités de réanimation adultes et enfants, de réanimation pédiatrique spécialisée, des unités de soins intensifs adultes (pour la plupart spécialisées) et des unités de surveillance continue adultes et enfants, obéissant aux textes réglementaires de 2006.

Les soins intensifs de cardiologie et ceux des unités neuro-vasculaires, soumis aux mêmes conditions générales de fonctionnement, doivent en faire partie, même si leur autorisation relève d'autres textes, en raison de leurs liens étroits avec des activités de soins complémentaires.

N'en sont exclues que la réanimation et les soins intensifs de néonatalogie qui, faisant partie intégrante de l'autorisation octroyée en périnatalité est, à ce titre, décrite dans le bordereau correspondant et celle des grands brûlés, également indissociable de l'autorisation d'activité et par conséquent, décrite dans le bordereau particulier dédié à cette prise en charge.

Les objectifs de ce bordereau remanié sont :

- disposer d'une vision plus fine de l'offre de soins, en particulier de la diversité des soins intensifs (pour la plupart spécialisés) et de la répartition des réanimations pédiatriques spécialisées ;
- mieux décrire l'organisation graduée des trois niveaux de soins, et préciser la place qu'occupe chaque établissement dans le dispositif, en identifiant notamment les transferts entre établissements et en renseignant l'IGS2 médian.
- simplifier l'interrogation sur le personnel, tout en précisant les qualifications médicales impliquées.

CONCEPTS IMPORTANTS

Les données d'activité sont obtenues à partir des données du PMSI, sur la base d'unités médicales spécifiques à cette activité.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

L'activité de ces différentes unités était décrite dans les bordereaux Q14A pour les enfants et Q14B pour les adultes. Les unités liées à la chirurgie cardiaque ou interventionnelle, aux USIC ou la neurochirurgie figuraient dans les bordereaux Q11, Q12, et les soins intensifs dans l'Unité Neurovasculaire dans le Q08.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques, qui ont une activité autorisée de réanimation, soins intensifs ou surveillance continue.

L'ensemble des informations attendues dans ce bordereau nécessite la collaboration entre les pôles d'activité cliniques et médicotechniques, le DIM et l'équipe administrative gestionnaire de la SAE.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A31 du filtre dans le bloc A (réanimation, soins intensifs et surveillance continue).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décrets n°2002-465 et 466 du 5 avril 2002 (modifié par le décret n°2007-133 du 30 janvier 2007) et la circulaire d'application n°DHOS/SDO/2003/413 du 27 août 2003, relatifs à la réanimation, aux soins intensifs et à la surveillance continue.

Décret n°2006-72 du 24 janvier 2006 relatifs à la réanimation pédiatrique et sa circulaire d'application
n°DHOS/O/2006/396 du 8 septembre 2006.

Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS et, notamment, sa fiche « réanimation, soins intensifs et surveillance continue » (www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_SROS.pdf)

EQUIPEMENT ET ACTIVITE

Lignes 1, 10 et 14 : Nombre de lits :

Pour chaque catégorie d'unités dont dispose l'établissement (voir les définitions réglementaires ci-dessous), décrire le nombre de lits en état d'accueillir des malades et du nombre de lits fermés temporairement pour cause de travaux, désinfection. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

Lignes 2, 11,15 : Nombre de lits-exploitable.

Le nombre de journées exploitables sur l'année est égal à la somme des lits en état d'accueillir des malades de chaque journée de l'exercice. Un lit exploitable pendant toute une année fournira 365 (ou 366 les années bissextiles) "journées-lits exploitables". Les exceptions sont définies strictement : travaux ou désinfection, ou modification du nombre de lits et places en cours d'année (déménagement, restructuration, etc).

Lignes 8 : l'IGS2 médian observé sur l'ensemble des séjours.

Pour les réanimations adultes. Ce score, dont les paramètres sont colligés dans les 24H suivant l'admission, témoigne de la gravité de l'état d'un patient et de la charge de travail en rapport avec celle-ci. Enregistré dans le RUM, il permet de valoriser l'activité de réanimation (au dessus de 15, il donne lieu à un forfait réanimation). La connaissance de l'ensemble des valeurs permet de calculer l'IGS médian (rappel : la valeur médiane est la valeur qui partage cette distribution en deux parties égales).

Définitions réglementaires :

« Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance. » Les réanimations ne peuvent être autorisées que si l'établissement possède par ailleurs une unité de surveillance continue, elle aussi polyvalente.

« La réanimation pédiatrique a pour mission le traitement des détresses vitales les plus fréquentes des nourrissons, enfants et adolescents de moins de 18 ans ; elle assure également la réanimation postopératoire des enfants de la chirurgie pédiatrique et, le cas échéant, de la chirurgie néonatale. »

Les unités de réanimations « enfants », conformément à la définition réglementaire, correspondent aux unités accueillant des nourrissons, enfants et adolescents de moins de 18 ans.

« La surveillance continue (art D.6124-117 du CSP) est pratiquée dans les établissements de santé comprenant une (ou exceptionnellement plusieurs unités si la taille de l'établissement le justifie) organisées pour prendre en charge des malades qui nécessitent en raison de leur état ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique. Ces unités ne sont pas soumises à autorisation mais font, elles aussi, l'objet d'une reconnaissance contractuelle, inscrite dans le CPOM. »

« La surveillance continue pédiatrique a pour mission de prendre en charge les nourrissons, enfants et adolescents qui nécessitent une surveillance rapprochée ou continue en raison d'un risque de défaillance d'un ou de plusieurs organes ne nécessitant pas la mise en oeuvre de méthode de suppléance. La surveillance continue pédiatrique est médicale et chirurgicale. »

« Les soins intensifs accueillent des patients qui présentent une défaillance d'un organe nécessitant une surveillance rapprochée et/ou l'usage de techniques de suppléance. Ils doivent être encadrés par des spécialistes de la discipline correspondant à l'organe (ex USIC encadrée par des cardiologues, SI-UNV par des neurologues, USIP par des pneumologues, etc...). Ils ne sont pas soumis à autorisation mais font l'objet d'une reconnaissance contractuelle, inscrite dans le CPOM. »

Cellules préremplies (extraction ciblée à partir du PMSI) :

Lignes 3, 4, 5 et 6 : est décrite l'activité en unités de réanimation adultes (UM 01A) et enfants (UM 13A). Le nombre de séjours et journées correspondants sont calculés lignes 3 et 6. Le nombre de journées associé est égale à la somme des durées de séjour partiel dans ces unités de réanimation. On s'intéresse également au nombre de passages, dont les passages de 0 jour (lignes 4 et 5). En effet, il peut y avoir plusieurs passages dans ces unités par séjour et l'hospitalisation des patients dans ces unités ne représente le plus souvent pas la totalité du séjour hospitalier.

Ces données sont complétées par d'autres éléments cherchant à caractériser les flux et les caractéristiques des patients accueillis :

Ligne 7 : pour les unités de réanimation adultes et pédiatrique, il s'agit de connaître le pourcentage d'entrées en provenance d'autres entités juridiques (un pourcentage élevé de transferts témoignant d'un rôle de recours).

Ligne 9 : est calculé le nombre de patients de 80 ans et plus sortis ayant séjourné dans ces unités de réanimation adultes. L'âge est en effet un élément qui influence plusieurs données comme la DMS (durée moyenne de séjour) ou l'IGS.

Lignes 12 et 13 : Il s'agit ici de comptabiliser le nombre de séjours, et nombre de journées associées, avec au moins un passage en unités médicales de soins intensifs en cardiologie (USIC, codée 02A), soins intensifs en UNV (codée 18) et autres unités de soins intensifs (codée 02B). (Si plusieurs passages dans ces unités ont lieu au cours d'un même séjour, un seul séjour est compté.) Ici encore, la durée du séjour (c'est-à-dire le nombre de journées associées) est égale à la somme des durées de séjour partiel dans ces unités de soins intensifs.

Lignes 16 et 17 : sont comptabilisés les séjours et nombre de journées associées en unité de surveillance continue enfants (14A) et adultes (03A). Si plusieurs passages dans ces unités ont lieu au cours d'un même séjour, un seul séjour est compté et le nombre de journées est égal à la somme des durées de séjour partiel dans ces unités de soins intensifs.

PERSONNEL

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins pendant les séjours dans ces unités médicales qu'il soit salarié ou non, rémunéré ou non par l'établissement. Il peut s'agir de personnel entièrement dédié à l'activité décrite, que de temps de professionnels mutualisés pour assurer les soins dans ces différentes unités.

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité des unités décrites, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs.

Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps travaillé et non le temps rémunéré (un salarié de l'établissement temps partiel à 80% sera compté 0,80 même s'il est rémunéré à 86 %), sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les « Principes généraux de remplissage du personnel dans les bordereaux d'activité)

Le remplissage se fait verticalement, dans la (les) colonne(s) correspondant au(x) type(s) d'unité dont dispose l'établissement ; en cas d'unités multiples de même nature (par exemple deux réanimations adultes), cumuler les personnels.

Pour les unités de réanimations adultes (**colonne A**), ne compter que les effectifs et ETP des médecins seniors (hors internes) spécialistes en anesthésie-réanimation et/ou en réanimation médicale (titulaires du DES, ou reconnus par la commission de qualification). Compter également d'une part les assistants chefs de clinique ou les assistants spécialistes inscrits en DESC de réanimation médicale, d'autre part les spécialistes de médecine interne ayant un diplôme complémentaire en réanimation.

Pour les unités de réanimations enfants (**colonne B**), ne compter que les effectifs et ETP des médecins seniors (hors internes) spécialistes en anesthésie-réanimation (avec une expérience en anesthésie réanimation

pédiatrique), en pédiatrie ou en chirurgie pédiatrique. Compter également les assistants chefs de clinique ou les assistants spécialistes inscrits en DESC de réanimation médicale.

Les soins intensifs spécialisés doivent être encadrés par des spécialistes de la discipline correspondant à l'organe (exemple :USIC encadrée par des cardiologues, SI-UNV par des neurologues, USIP par des pneumologues, etc.).

La **colonne C** correspond aux soins intensifs cardiologiques. Ne compter dans cette colonne que les médecins seniors (hors internes) qualifiés de spécialistes en cardiologie.

La **colonne D** correspond aux soins intensifs de l'unité neurovasculaire. Ne compter dans cette colonne que les médecins seniors (hors internes) qualifiés de spécialistes en neurologie.

La **colonne E** « Autres SI » rassemble des unités d'autres spécialités (exemple : pneumologie, gastroentérologie, néphrologie, greffés, infectiologie, etc.). Le principe reste le même : compter les spécialistes correspondant à la discipline.

Dans les **colonnes F et G** « Surveillance continue », cumuler tous les médecins seniors (hors internes) intervenant, quelle que soit leur spécialité (pour les adultes et les enfants séparément).

<p style="text-align: center;">EFFECTIF ET EQUIVALENT TEMPS PLEIN</p> <p style="text-align: center;">DES PERSONNELS MEDICAUX ET NON MEDICAUX</p>
--

Q20 (3 pages) : Personnels médicaux (hors internes) des établissements sanitaires par spécialité exercée : Effectifs et ETP moyens annuels rémunérés	137
Q21 : Personnels médicaux (hors internes) des établissements sanitaires par groupes de discipline d'équipement : ETP moyens annuels rémunérés	143
Q22 : Internes et faisant fonction d'internes : Effectifs.....	147
Q23 (2 pages) : Sages-femmes et personnels non médicaux des établissements sanitaires : Effectifs et ETP moyen annuels rémunérés	150
Q24 : Sages-femmes et personnels non médicaux des établissements sanitaires par groupes de disciplines d'équipement : ETP moyens annuels rémunérés	153
Q25 - Emplois aidés.....	157
Q26 : Personnel non rémunéré directement par l'établissement (intérim ou mise à disposition)	159

Q20 - PERSONNELS MÉDICAUX (HORS INTERNES) DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES PAR SPÉCIALITÉ EXERCÉE (1/3)

1. Effectifs au 31/12 selon la spécialité exercée, par sexe et temps de travail

	Code SAE		PRATICIENS SALARIÉS				PRATICIENS LIBÉRAUX			
			Effectif des personnels salariés temps plein		Effectif des personnels salariés temps partiel		Effectif des praticiens libéraux temps plein		Effectif des praticiens libéraux temps partiel	
			Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
			A	B	C	D	E	F	G	H
TOTAL PERSONNEL MEDICAL	9999	1								
MEDECINE GENERALE										
Médecine générale (hors gériatrie)	1010	2								
SPECIALITES MEDICALES	1000									
Anatomie et cytologie pathologiques	1020	3								
Anesthésie - Réanimation	1030	4								
Cardiologie et maladies vasculaires	1040	5								
Dermatologie - Vénérologie	1050	6								
Endocrinologie et maladies métaboliques	1070	7								
Gastro entérologie et hépatologie	1090	8								
Génétique	1310	9								
Gériatrie	1320	10								
Hématologie	1330	11								
Médecine Interne	1100	12								
Médecine nucléaire	1210	13								
Médecine physique et de réadaptation	1180	14								
Néphrologie	1110	15								
Neurologie	1120	16								
Pédiatrie	1140	17								
Pneumologie	1150	18								
Radiologie	1160	19								
Oncologie médicale	1130	20								
Oncologie radiothérapique	1170	21								
Réanimation médicale	1031	22								
Rhumatologie	1190	23								
Autres spécialités médicales	1200	24								
SPECIALITES CHIRURGICALES	2000									
Chirurgie générale	2010	25								
Chirurgie digestive	2120	26								
Chirurgie vasculaire	2130	27								
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	2020	28								
Chirurgie orthopédique et traumatologie	2030	29								
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	2040	30								
Chirurgie thoracique et cardiaque	2140	31								
Gynécologie - Obstétrique	2050	32								
Neuro-chirurgie	2060	33								
Chirurgie infantile	2150	34								
Ophtalmologie	2070	35								
Oto-Rhino-laryngologie	2080	36								
Chirurgie urologique	2100	37								
Autres spécialités chirurgicales	2110	38								
AUTRES DISCIPLINES	3000									
Médecins spécialisés en biologie médicale	3011	39								
Psychiatrie	3020	40								
Odontologie	3030	41								
Pharmaciens spécialisés en biologie médicale	3012	42								
Pharmaciens hospitaliers	3050	43								
Santé publique (y compris DIM)	3040	44								
Médecins du travail	3060	45								
Autres	3070	46								

Q20 - PERSONNELS MÉDICAUX (HORS INTERNES) DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES PAR SPÉCIALITÉ EXERCÉE (2/3)

2. ETP moyens annuels des salariés et des libéraux selon la spécialité exercée, le statut et le sexe

				PRATICIENS SALARIES							PRATICIENS LIBERAUX		
				ETP moyen annuel rémunéré total des personnels salariés		Secteur public						ETP moyen annuel des praticiens libéraux	
						dont ETP des hospitaliers universitaires titulaires	dont ETP des praticiens hospitaliers titulaires	dont ETP des assistants	dont ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	dont ETP des attachés	dont ETP des autres salariés (y compris ne relevant pas d'un statut)		
Code SAE		Hommes	Femmes								Hommes	Femmes	
		I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R		
TOTAL PERSONNEL MEDICAL		9999	1										
MEDECINE GENERALE													
Médecine générale (hors gériatrie)	1010	2											
SPECIALITES MEDICALES	1000												
Anatomie et cytologie pathologiques	1020	3											
Anesthésie - Réanimation	1030	4											
Cardiologie et maladies vasculaires	1040	5											
Dermatologie - Vénérologie	1050	6											
Endocrinologie et maladies métaboliques	1070	7											
Gastro entérologie et hépatologie	1090	8											
Génétique	1310	9											
Gériatrie	1320	10											
Hématologie	1330	11											
Médecine Interne	1100	12											
Médecine nucléaire	1210	13											
Médecine physique et de réadaptation	1180	14											
Néphrologie	1110	15											
Neurologie	1120	16											
Pédiatrie	1140	17											
Pneumologie	1150	18											
Radiologie	1160	19											
Oncologie médicale	1130	20											
Oncologie radiothérapique	1170	21											
Réanimation médicale	1031	22											
Rhumatologie	1190	23											
Autres spécialités médicales	1200	24											
SPECIALITES CHIRURGICALES	2000												
Chirurgie générale	2010	25											
Chirurgie digestive	2120	26											
Chirurgie vasculaire	2130	27											
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	2020	28											
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2030	29											
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	2040	30											
Chirurgie thoracique et cardiaque	2140	31											
Gynécologie - Obstétrique	2050	32											
Neuro-chirurgie	2060	33											
Chirurgie infantile	2150	34											
Ophtalmologie	2070	35											
Oto-Rhino-laryngologie	2080	36											
Chirurgie urologique	2100	37											
Autres spécialités chirurgicales	2110	38											
AUTRES DISCIPLINES	3000												
Médecins spécialisés en biologie médicale	3011	39											
Psychiatrie	3020	40											
Odontologie	3030	41											
Pharmaciens spécialisés en biologie médicale	3012	42											
Pharmaciens hospitaliers	3050	43											
Santé publique (y compris DIM)	3040	44											
Médecins du travail	3060	45											
Autres	3070	46				135							
Total ETP budgétés		147		ETP TOTAL rémunéré par l'établissement et mis à disposition dans un autre établissement							Q48		

Q20 - PERSONNELS MÉDICAUX (HORS INTERNES) DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES PAR SPÉCIALITÉ EXERCÉE (3/3)

3. Totaux

	Code SAE		PRATICIENS SALAIRES		PRATICIENS LIBERAUX	
			Effectif total	ETP moyen annuel rémunéré total	Effectif total	ETP moyen annuel total
			S	T	U	V
TOTAL PERSONNEL MEDICAL	9999	1				
MEDECINE GENERALE						
Médecine générale (hors gériatrie)	1010	2				
SPECIALITES MEDICALES	1000					
Anatomie et cytologie pathologiques	1020	3				
Anesthésie - Réanimation	1030	4				
Cardiologie et maladies vasculaires	1040	5				
Dermatologie - Vénérologie	1050	6				
Endocrinologie et maladies métaboliques	1070	7				
Gastro entérologie et hépatologie	1090	8				
Génétique	1310	9				
Gériatrie	1320	10				
Hématologie	1330	11				
Médecine Interne	1100	12				
Médecine nucléaire	1210	13				
Médecine physique et de réadaptation	1180	14				
Néphrologie	1110	15				
Neurologie	1120	16				
Pédiatrie	1140	17				
Pneumologie	1150	18				
Radiologie	1160	19				
Oncologie médicale	1130	20				
Oncologie radiothérapique	1170	21				
Réanimation médicale	1031	22				
Rhumatologie	1190	23				
Autres spécialités médicales	1200	24				
SPECIALITES CHIRURGICALES	2000					
Chirurgie générale	2010	25				
Chirurgie digestive	2120	26				
Chirurgie vasculaire	2130	27				
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	2020	28				
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2030	29				
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	2040	30				
Chirurgie thoracique et cardiaque	2140	31				
Gynécologie - Obstétrique	2050	32				
Neuro-chirurgie	2060	33				
Chirurgie infantile	2150	34				
Ophthalmologie	2070	35				
Oto-Rhino-laryngologie	2080	36				
Chirurgie urologique	2100	37				
Autres spécialités chirurgicales	2110	38				
AUTRES DISCIPLINES	3000					
Médecins spécialisés en biologie médicale	3011	39				
Psychiatrie	3020	40				
Odontologie	3030	41				
Pharmaciens spécialisés en biologie médicale	3012	42				
Pharmaciens hospitaliers	3050	43				
Santé publique (y compris DIM)	3040	44				
Médecins du travail	3060	45				
Autres	3070	46	136			

Q20 – Personnels médicaux (hors internes) des établissements sanitaires par spécialité exercée : effectifs et ETP moyens annuels rémunérés

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne le **personnel médical rémunéré** par l'entité, **au profit de l'établissement géographique sanitaire interrogé** et les **médecins libéraux** intervenant dans l'établissement.

Doit être dénombré le personnel médical de la section hôpital, et également le personnel médical de l'administration et des fonctions médicotechniques. Le personnel médical inclut les pharmaciens, odontologistes et médecins spécialisés en biologie médicale.

En revanche, le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formations est à exclure.

Les internes et faisant fonction d'internes (FFI) ne sont pas concernés par ce bordereau mais par les Q21 et Q22.

Le bordereau Q20 fonctionne avec le Q21 : la somme des ETP du Q20 doit être égale à celle du Q21.

CONCEPTS IMPORTANTS

Dans ce bordereau, le personnel mis à disposition doit être renseigné uniquement par l'établissement qui prend en charge la rémunération, en effectif comme en ETP, que l'établissement qui reçoit le salarié rembourse ou non le salaire. Toutefois, dans le cas où tout ou partie du personnel de l'entité est rémunéré par un ex syndicat inter-hospitalier (transformé en CHT, GIP ou GCS sans activité de soins), ce personnel sera considéré comme rémunéré par l'entité dans laquelle il exerce son activité. Le personnel mis à disposition, payé par un autre établissement de santé doit figurer dans le bordereau Q26.

Le personnel qui a bénéficié d'un rappel à l'exclusion de toute autre rémunération ne doit pas être comptabilisé.

Un salarié **travaillant dans deux établissements** et rémunéré par chacun d'eux, sera compté pour 1 en effectif dans chacun des établissements et en ETP au prorata du temps passé.

Dans le cas d'un salarié partagé entre établissements avec une **rémunération unique au sein d'une même entité juridique publique**, le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement et sera comptabilisé au prorata en ETP dans chaque établissement. Pour une même entité juridique publique, il n'y a donc pas de double compte. Ce principe peut également être appliqué pour les entités de dialyse. Dans le cas cité, un établissement peut donc avoir à déclarer l'ETP partiel d'un salarié sans le déclarer dans son effectif.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Pour les entités publiques et les entités de dialyse, l'interrogation de la SAE s'effectuant dorénavant par établissement géographique, il n'y a plus de possibilité de consolider le personnel au niveau de l'entité juridique. Il est primordial que la **somme des effectifs déclarés sur les différents établissements** soit bien égale à **l'ensemble du personnel rémunéré par l'entité juridique**. Le personnel mutualisé (siège, plateaux techniques) peut être affecté au prorata de l'activité des établissements ou selon une clef de répartition budgétaire ou peut être enregistré sur un établissement géographique particulier.

Les changements du bordereau sont les suivants :

- Les bordereaux Q20A et Q20B ont été réunis en un bordereau Q20 identique pour le public et le privé.
 - Les concepts d'effectifs et d'ETP ont été modifiés pour se rapprocher de ce qui est demandé dans d'autres sources de données (EPRD, bilans sociaux) : Effectifs au 31/12 et ETP moyens annuels.
 - La nomenclature des spécialités médicales a été actualisée. Notamment, ont été ajouté : l'hématologie, la génétique, et la gériatrie. Les libellés des spécialités du cancer ont été modifiées : « oncologues médicaux » et « oncologues radiothérapeutes ». En biologie médicale, les pharmaciens ont été distingués des médecins.
 - Les effectifs des libéraux ne sont plus ventilés selon leur statut exclusif / non exclusif. Cette notion est remplacée par la demande des ETP des libéraux.
-

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Arrêtés du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des Diplômes d'Etudes Spécialisées (D.E.S.) et des Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) de médecine.

1. EFFECTIF DES PRATICIENS SALARIÉS ET LIBÉRAUX SELON LA SPÉCIALITÉ EXERCÉE, PAR SEXE ET PAR TEMPS DE TRAVAIL (page 1/2)

- **Effectif au 31 décembre**

Pour le **personnel salarié**, il s'agit du nombre de personnes physiques sous contrat au 31 décembre, qu'ils soient ou non présents dans l'établissement à cette date-là (exemple : congé simple, congés longue durée). Pour les **médecins libéraux**, on approxime les effectifs au 31 décembre en comptant les libéraux qui sont intervenus dans l'établissement au mois de décembre, car on ne souhaite pas avoir un biais lié aux vacances de fin d'année.

- **Temps plein**

Dans ce cadre, est considéré comme un temps plein tout médecin qui exerce à temps plein quel que soit son statut. Par exemple, un attaché qui effectue 10 vacations figurera comme temps plein. Les praticiens hospitalo-universitaires travaillent à temps plein, même si leur valence hospitalière est à mi-temps.

Les médecins temps plein qui sont partagés entre deux activités (comme un anesthésiste chargé à temps partiel également du DIM ou un réanimateur de l'hygiène hospitalière), figureront dans la partie du bordereau relative aux effectifs sur une seule ligne et devront donc être affectés arbitrairement sur une des deux spécialités et une seule. Par contre, dans la partie suivante sur les **ETP** par statut et spécialité exercée, ils seront répartis en deux fractions d'équivalents temps plein (par exemple 0,5 en réanimation et 0,5 en hygiène hospitalière).

- **Temps partiel**

Dans les colonnes temps partiel, figureront toutes les personnes qui travaillent à temps partiel, quels que soient leur statut et leur quotité de travail (50%, 80%, etc.).

2. ETP DES PRATICIENS SALARIÉS ET LIBÉRAUX SELON LA SPÉCIALITÉ EXERCÉE, PAR SEXE ET PAR STATUT (page 2/2)

Pour les médecins salariés, la répartition des ETP est demandée par sexe et par statut. Le total par sexe doit être égal au total par statut. En pratique, il faut que la somme des colonnes I et J soit égale à la somme des colonnes K, L, M, N, O, P.

- **ETP moyens annuels**

Cette notion d'ETP moyens annuels correspond aussi à la moyenne des ETP moyens mensuels. Elle fait référence à la fois à la durée de la période de travail dans l'année, et à la quotité de travail dans la semaine.

Un salarié qui est rémunéré toute l'année à temps plein compte pour 1 ETP.

Un salarié qui est rémunéré du 01 juillet au 31 décembre à temps plein compte pour 0,5 ETP.

Un salarié qui est rémunéré à mi-temps toute l'année compte pour 0,5.

Un salarié qui est rémunéré à mi-temps du 01 juillet au 31 décembre compte pour 0,25.

L'ETP d'un salarié est au plus égal à 1, même si la durée du travail est supérieure à la durée légale.

Par convention, 1 ETP = 10 demi-journées par semaine.

Arrivée d'un salarié en cours d'année : un salarié qui change d'établissement en cours d'année doit être compté en ETP au pro rata du temps passé dans chaque établissement et en effectif dans l'établissement qui l'employait au 31 décembre.

Exemple : Si un salarié quitte un établissement A le 30 juin pour un établissement B il doit être compté comme suit :

	Effectif	ETP
Établissement A	0	0.5
Établissement B	1	0.5

Dans le cas d'un établissement qui a eu des fortes variations d'effectif sur l'année (restructuration, fermeture, ouverture) il se peut donc qu'il n'y ait pas cohérence entre les effectifs au 31/12 et les ETP moyens sur l'année.

- **ETP rémunérés des salariés** (colonnes I à P)

Les ETP des salariés sont comptabilisés selon leur taux de rémunération, quel que soit leur temps de présence effectif.

- Une personne en mi-temps thérapeutique (donc travaillant à mi-temps pour un salaire à 100%) compte pour 1 ETP.
- Une personne à 80% payée 86 % comptera pour 0,86 en ETP.
- Une personne en congés longue durée payée à 50 % comptera pour 0,5.

- **ETP des libéraux** (cases Q1, R1)

Les ETP des libéraux doivent être estimés par rapport aux demi-journées effectuées, la référence étant de 10 demi-journées par semaine. Pour simplifier le questionnaire, on ne demande pas de ventiler les ETP des libéraux par spécialité exercée.

Avant on estimait le volume de travail des libéraux à partir des effectifs exclusifs (temps plein et temps partiel) et non exclusifs. S'il est délicat de calculer les ETP des libéraux, il est possible d'utiliser l'ancienne méthode de calcul :

- libéraux exclusifs temps plein : 1 ETP
- exclusifs temps partiel : 0,5 ETP
- non exclusifs : 0,2 ETP.

- **ETP budgétés** (case I47)

Les ETP budgétés sont les ETP théoriques. En faisant la différence entre les ETP budgétés et les ETP rémunérés (T1), on disposera d'une information sur les ETP vacants en décembre dans l'établissement.

- **ETP mis à disposition** (case Q48)

Les personnels mis à disposition dans d'autres structures mais rémunérés par l'entité sont à déclarer, même si la rémunération est remboursée par l'entité bénéficiant de la mise à disposition.

- **Statut**

La correspondance entre les statuts demandés ici et la nomenclature des emplois hospitaliers (NEHMED) est disponible dans la brochure des nomenclatures.

Praticiens hospitalo-universitaires (colonne K et N) : pour tenir compte de leur double appartenance, les praticiens hospitalo-universitaires (titulaires et non titulaires) doivent être comptés 0,5 en équivalent temps plein.

Praticiens hospitaliers titulaires (colonne L) : N'inscrire dans cette colonne que les praticiens hospitaliers titulaires. Les non-titulaires sont à inscrire dans la colonne 'Autres'.

Assistants (colonne M) : il s'agit des assistants non-universitaires.

Attachés (colonne O) : Les ETP d'attachés correspondent à la quotité de temps rémunérée dans l'année.

On doit les compter même lorsqu'ils sont rémunérés sur des postes vacants ou des budgets spécifiques. Le temps de travail est compté en vacations, une vacation correspondant à une demi-journée de travail. L'ETP est donc égal à 1 si l'attaché effectue 10 vacations dans la semaine.

Autres salariés (colonne P) : On doit y inscrire les praticiens adjoints contractuels (PAC), les praticiens nommés à titre provisoire, les praticiens contractuels, c'est-à-dire les praticiens non titulaires.

SPÉCIALITÉ EXERCÉE

Le personnel est interrogé sur la spécialité principale d'exercice des médecins, **correspondant à la prestation rendue par le médecin au patient.**

La liste des spécialités proposées est celle des DES et des DESC de type II dits « qualifiants ». De manière générale, elle équivaut à la spécialité d'inscription à l'Ordre et d'enregistrement à l'assurance maladie. Dans le public, elle correspond le plus souvent à l'intitulé du poste occupé.

Même si pour la majorité des médecins, il y a équivalence entre diplôme et exercice, il existe des exceptions :

- Un certain nombre de médecins de DIM sont titulaires de diplômes de spécialités cliniques. Il faut dans ce cas les compter sur la ligne Santé publique et DIM.
- Les médecins à diplôme étranger n'ont pas toujours leur qualification ordinale en France dans la spécialité dans laquelle ils exercent (ils seront néanmoins inscrits dans leur spécialité d'exercice).
- Certains médecins ont plusieurs spécialités et seront inscrits dans celle correspondant à leur exercice principal.

La spécialité exercée renvoie aussi à une notion différente de la discipline d'équipement du service dans lequel le praticien exerce : par exemple, les pédiatres qui interviennent en maternité ne sont pas à inscrire en gynécologie-obstétrique.

Les spécialistes d'organe également pédiatres (cardiologues infantiles, néphrologues infantiles, etc.) qui exercent dans des unités spécialisées pour enfants, doivent être répertoriés comme exerçant des activités de cardiologie, néphrologie etc. et non de pédiatrie.

Les médecins salariés qui sont partagés entre deux activités (par ex Anesthésie-Réanimation ou Santé publique y compris DIM) figureront dans la partie du bordereau relative aux effectifs sur une seule ligne (là où la quotité horaire est la plus importante, arbitrairement si elles sont égales) et devront donc être affectés sur une seule spécialité. Par contre, dans la partie suivante sur les ETP par statut et spécialité exercée, ils seront répartis en deux fractions d'équivalents temps plein (par exemple 0,5 en réanimation et 0,5 en hygiène hospitalière). Pour un même établissement, il ne peut donc pas y avoir de double-compte, ni en effectif, ni en ETP.

Q21 - PERSONNELS MÉDICAUX DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES PAR GROUPE DE DISCIPLINES D'ÉQUIPEMENT

ETP moyens annuels des salariés, des libéraux et des internes

		Médecine, chirurgie et obstétrique	Psychiatrie	HAD	Soins de suite ou de réadaptation	Soins de longue durée	Total Section hôpital (calculé)	Administration, services hôteliers et techniques	Total entité interrogée (calculé)
		2100	2200	2300	2400	2500	2000	1000	9999
		A	B	C	D	E	F	G	H
ETP moyen annuel rémunéré du personnel médical salarié	1								
Dont : ETP moyen annuel rémunéré du personnel médical de statut hospitalo-universitaire	2								
Dont : ETP moyen annuel rémunéré du personnel mis à disposition	3								
ETP moyen annuel des PRATICIENS LIBÉRAUX	4								
ETP moyen annuel rémunéré des INTERNES (y compris FFI)	5								

Q21 – Personnels médicaux des établissements sanitaires par groupe de discipline d'équipement : ETP moyens annuels rémunérés

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne le **personnel médical rémunéré** par l'entité, **au profit de l'établissement géographique sanitaire interrogé** et les **médecins libéraux** intervenant dans l'établissement.

Doit être dénombré le personnel médical de la section hôpital, et également le personnel médical de l'administration et des fonctions médicotechniques. Le personnel médical inclut les pharmaciens, odontologistes et médecins spécialisés en biologie médicale.

Les internes et faisant fonction d'internes (FFI) sont recensés dans ce bordereau, contrairement au Q20.

En revanche, le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formations est à exclure.

Le bordereau Q21 fonctionne avec le Q20 : la somme des ETP du Q20 doit être égale à celle du Q21.

CONCEPTS IMPORTANTS

Dans ce bordereau, le personnel mis à disposition doit être renseigné uniquement par l'établissement qui prend en charge la rémunération, en effectif comme en ETP, que l'établissement qui reçoit le salarié rembourse ou non le salaire. Toutefois, dans le cas où tout ou partie du personnel de l'entité est rémunéré par un ex syndicat inter-hospitalier (transformé en CHT, GIP ou GCS sans activité de soins), ce personnel sera considéré comme rémunéré par l'entité dans laquelle il exerce son activité. Le personnel mis à disposition, payé par un autre établissement de santé doit figurer dans le bordereau Q26.

Le personnel qui a bénéficié d'un rappel à l'exclusion de toute autre rémunération ne doit pas être comptabilisé.

Un salarié **travaillant dans deux établissements** et rémunéré par chacun d'eux, sera compté pour 1 en effectif dans chacun des établissements et en ETP au prorata du temps passé.

Dans le cas d'un salarié partagé entre établissements avec une **rémunération unique au sein d'une même entité juridique publique**, le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement et sera comptabilisé au prorata en ETP dans chaque établissement. Pour une même entité juridique publique, il n'y a donc pas de double compte. Ce principe peut également être appliqué pour les entités de dialyse. Dans le cas cité, un établissement peut donc avoir à déclarer l'ETP partiel d'un salarié sans le déclarer dans son effectif.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Pour les entités publiques et les entités de dialyse, l'interrogation de la SAE s'effectuant dorénavant par établissement géographique, il n'y a plus de possibilité de consolider le personnel au niveau de l'entité juridique. Il est primordial que la **somme des effectifs déclarés sur les différents établissements soit bien égale à l'ensemble du personnel rémunéré par l'entité juridique**. Le personnel mutualisé (siège, plateaux techniques) peut être affecté au prorata de l'activité des établissements ou selon une clef de répartition budgétaire ou peut être enregistré sur un établissement géographique particulier.

Les changements du bordereau sont les suivants :

- Le concept d'ETP a été modifié pour se rapprocher de ce qui est demandé dans d'autres sources de données (EPRD, bilans sociaux) : ETP moyens annuels.
 - Les effectifs des libéraux ne sont plus ventilés selon leur statut exclusif / non exclusif. Cette notion est remplacée par la demande des ETP des libéraux.
 - La discipline d'équipement 'Autres disciplines de la section hôpital' a été supprimée. Les urgences et la dialyse sont considérés comme de la médecine, et les personnels des fonctions médicotechniques (ex : pharmaciens, biologistes, anesthésistes) doivent être réaffectés dans la discipline pour laquelle ils travaillent.
 - La discipline d'équipement HAD a été individualisée.
-

DISCIPLINE D'ÉQUIPEMENT

Il s'agit de répartir les personnels médicaux en fonction de leur affectation et de cumuler les ETP des médecins, pharmaciens et biologistes (salariés et libéraux) qui sont affectés dans un même groupe de disciplines d'équipement, quelle que soit l'activité exercée (au sens de la spécialité).

La nomenclature agrégée des disciplines d'équipement, ainsi que la correspondance avec les anciens codes NODESS sont proposées dans la brochure des nomenclatures.

Pour un médecin qui se partage entre deux activités n'appartenant pas au même groupe de disciplines, il convient de calculer un ETP au prorata du temps consacré à chacune d'entre elles.

Par exemple, un pédiatre qui travaille à mi-temps dans une maternité et à mi-temps en soins de suite et réadaptation sera compté 0,5 ETP dans la colonne « Médecine, chirurgie et obstétrique », et 0,5 dans la colonne « Soins de suite et réadaptation ».

La discipline d'équipement 'Administration' contient à la fois l'administration et, pour les salariés, la différence entre les heures travaillées et les heures rémunérées. Ainsi, pour le personnel dont le temps rémunéré est supérieur au temps travaillé, l'ETP travaillé se situe dans le groupe de discipline d'équipement dans lequel le personnel est affecté et le complément de rémunération dans la colonne administration (voir exemple plus bas). Si la distinction temps travaillé/rémunéré ne peut être faite, renseigner l'effectif rémunéré dans l'unité ou groupe de discipline d'équipement.

ETP MOYENS ANNUELS

Cette notion d'ETP moyens annuels correspond aussi à la moyenne des ETP moyens mensuels. Elle fait référence à la fois à la durée de la période de travail dans l'année, et à la quotité de travail dans la semaine.

Un salarié qui est rémunéré toute l'année à temps plein compte pour 1 ETP.

Un salarié qui est rémunéré du 01 juillet au 31 décembre à temps plein compte pour 0,5 ETP.

Un salarié qui est rémunéré à mi-temps toute l'année compte pour 0,5.

Un salarié qui est rémunéré à mi-temps du 01 juillet au 31 décembre compte pour 0,25.

L'ETP d'un salarié est au plus égal à 1, même si la durée du travail est supérieure à la durée légale.

Par convention, 1 ETP = 10 demi-journées par semaine.

• ETP rémunérés des salariés (lignes 1 à 3)

Les ETP des salariés sont comptabilisés selon leur taux de rémunération, quel que soit leur temps de présence effectif. La différence entre le temps travaillé et le temps rémunéré se trouve dans la colonne administration.

- Une personne en mi-temps thérapeutique (donc travaillant à mi-temps pour un salaire à 100%) compte pour 1 ETP, dont 0,5 en colonne 'Administration'. (cas 1).
- Une personne à 80% payée 86 % comptera pour 0,86 en ETP, dont 0,06 en colonne 'Administration'. (cas 2).
- Une personne en congés longue durée payée à 50 % comptera pour 0,5 ETP, dont 0,5 en colonne 'Administration'. (cas 3).

Dans les cas cités au dessus :

	Discipline d'équipement (MCO, PSY, HAD, SSR, ou SLD)	Administration	TOTAL
Cas 1 : mi-temps thérapeutique	0,50	0,50	1
Cas 2 : temps partiel 80%	0,80	0,06	0,86
Cas 3 : congé longue durée	0	0,50	0,50

Les internes ne sont pas comptabilisés dans ce personnel médical salarié, mais à part.

- **Dont ETP du personnel de statut hospitalo-universitaire** (ligne 2)

Pour tenir compte de leur double appartenance, les praticiens hospitalo-universitaires (titulaires et non titulaires) doivent être comptés 0,5 en équivalent temps plein.

- **Dont ETP du personnel mis à disposition** (ligne 3)

Sur cette ligne doit apparaître le personnel salarié payé par l'entité et mis à disposition dans une autre entité. Il doit apparaître dans la discipline d'équipement dans laquelle il exerce, ou si cette information n'est pas connue, dans la colonne administration.

- **ETP des libéraux** (ligne 4)

Les ETP des libéraux doivent être estimés par rapport aux demi-journées effectuées, la référence étant de 10 demi-journées par semaine.

Avant on estimait le volume de travail des libéraux à partir des effectifs exclusifs (temps plein et temps partiel) et non exclusifs. S'il est délicat de calculer les ETP des libéraux, il est possible d'utiliser l'ancienne méthode de calcul :

- libéraux exclusifs temps plein : 1 ETP
- exclusifs temps partiel : 0,5 ETP
- non exclusifs : 0,2 ETP.

- **ETP moyen annuel rémunéré des INTERNES (y compris FFI)** (ligne 5)

Il s'agit ici des ETP moyens annuels rémunérés des internes en médecine, pharmacie et odontologie. Les Faisant Fonction d'Internes doivent également être comptés.

Cohérence entre les bordereaux Q20 et Q21

Les ETP déclarés dans ce bordereau doivent correspondre aux ETP totaux du bordereau Q20, comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

Catégorie de personnel	ETP du Q20	ETP du Q21
Personnel médical salarié	Case T1	Case H1
Dont personnel médical de statut hospitalo-universitaire	Cases K1 + N1	Case H2
Dont personnel mis à disposition	Case Q48	Case H3
Praticiens libéraux	Case V1	Case H4

Q22 - INTERNES ET FAISANT FONCTION D'INTERNES

Effectifs au 31 décembre

		Code SAE		Effectifs au 31 décembre
Internes de :	médecine (toutes spécialités confondues, hormis celle de médecine générale)	211A	A1	
	pharmacie	2120	A2	
	odontologie	2130	A3	
	médecine générale	211B	A4	
Faisant fonction d'internes (FFI)		2200	A5	
Total (calculé)			A6	

Q22 – Internes et faisant fonction internes

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne les internes et faisant fonction d'internes (FFI) affectés dans l'établissement interrogé.

Doivent être comptabilisés les internes en médecine, en pharmacie et en odontologie, et les faisant fonction d'internes (FFI).

Les internes et faisant fonction d'internes ne doivent être inscrits que dans les bordereaux Q21 et Q22.

CONCEPTS IMPORTANTS

Les internes et résidents affectés dans un établissement privé sous dotation globale, bien que rémunérés par un centre hospitalier universitaire (CHU), doivent figurer dans les effectifs de l'établissement privé où ils exercent leur activité (et non dans ceux du CHU de rattachement).

Les internes en stage chez le praticien ne doivent pas figurer dans les effectifs des CHU qui leur versent la rémunération. De même, les internes en stages extrahospitaliers bien que rémunérés par un CHU ne doivent pas figurer dans les effectifs du CHU.

La seule exception concerne les internes en stages hors subdivision (et à l'étranger) car leur rémunération n'est pas remboursé au CHU dont ils dépendent, contrairement aux trois cas de figure précédents. Ils seront donc inclus dans les effectifs du CHU dont ils dépendent.

Le personnel qui a bénéficié d'un rappel à l'exclusion de toute autre rémunération ne doit pas être comptabilisé.

Sont comptabilisés les effectifs au 31 décembre, c'est-à-dire le nombre d'internes sous contrat au 31 décembre, qu'ils soient en congés ou non à cette date-là.

A1 : Internes de médecine (toutes spécialités confondues hormis celle de médecine générale) : effectif des internes de médecine, à l'exclusion des internes de médecine générale

A2 : Internes de pharmacie

A3 : Internes d'odontologie

A4 : Internes de médecine générale : effectif des seuls internes en DES de médecine générale.

A5 : Faisant Fonction d'Internes

Les internes de médecine générale entrés en troisième cycle depuis les ECN 2005-2006, sont des internes de spécialités, comme tous les autres internes de médecine. Néanmoins, du fait de la place spécifique qu'occupe ce Diplôme d'Études Spécialisées notamment pour les soins de premier recours et de sa part croissante dans les effectifs d'internes de médecine, il est préférable de continuer à les distinguer.

Q23 - SAGES-FEMMES ET PERSONNELS NON MÉDICAUX DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES (1/2)

Effectifs au 31/12 et ETP moyens annuels rémunérés

			Personnel en CDI		Personnel en CDD		Titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière		Ensemble du personnel des établissements sanitaires (calculé)	
Code SAE			Effectif au 31/12	ETP moyen annuel rémunéré	Effectif au 31/12	ETP moyen annuel rémunéré	Effectif au 31/12	ETP moyen annuel rémunéré	Effectif au 31/12	ETP moyen annuel rémunéré
			A	B	C	D	E	F	G	H
PERSONNELS de DIRECTION et ADMINISTRATIFS										
PERSONNELS DE DIRECTION	1100	1								
DIRECTEURS DE SOINS INFIRMIERS	1400	2								
DIRECTEURS DE SOINS NON INFIRMIERS	1300	3								
AUTRES PERSONNELS ADMINISTRATIFS										
Secrétaires médicaux et assistants médico-administratifs	1210	4								
Autres personnels administratifs - N.d.a	1220	5								
Total personnels de direction et administratifs (calculé)		6								
PERSONNELS des SERVICES de SOINS										
PERSONNELS D'ENCADREMENT (SERVICES DE SOINS)										
Surveillants, surv. chefs infirmiers et cadres infirmiers	2120	7								
Surveillants, surv. chefs des pers. de rééducation et cadres non infirmiers	2130	8								
INFIRMIERS NON SPECIALISES										
Infirmiers diplômés d'Etat ou autorisés (hors secteur psychiatrique)	2210	9								
Infirmiers de secteur psychiatrique	2220	10								
INFIRMIERS SPECIALISES										
Infirmiers anesthésistes	2310	11								
Infirmiers de bloc opératoire	2320	12								
Puéricultrices	2340	13								
AIDES-SOIGNANTS										
Aides-soignants	2510	14								
Aides médico-psychologiques	2520	15								
Auxiliaires de puériculture	2530	16								
ASHQ ET AUTRES PERSONNELS DE SERVICE										
Agents de service hospitalier qualifiés (ASHQ)	2610	17								
Autres personnels de service des services de soins	2620	18								
Familles d'accueil	2630	19								
PSYCHOLOGUES	2710	20								
SAGES-FEMMES (y compris encadrement et écoles)	2800	21								
PERSONNELS DE REEDUCATION										
Masseurs kinésithérapeutes	2410	22								
Pédicures-podologues	2420	23								
Orthophonistes	2430	24								
Orthoptistes	2440	25								
Diététiciens	2450	26								
Ergothérapeutes	2460	27								
Psychomotriciens	2470	28								
Autres emplois des services de rééducation	2480	29								
Total personnels des services de soins (calculé)		30								

Q23 - SAGES-FEMMES ET PERSONNELS NON MÉDICAUX DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES (2/2)

Effectifs au 31/12 et ETP moyens annuels rémunérés

			Personnel en CDI		Personnel en CDD		Titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière		Ensemble du personnel des établissements sanitaires (calculé)	
	Code SAE		Effectif au 31/12	ETP moyen annuel rémunéré	Effectif au 31/12	ETP moyen annuel rémunéré	Effectif au 31/12	ETP moyen annuel rémunéré	Effectif au 31/12	ETP moyen annuel rémunéré
			A	B	C	D	E	F	G	H
PERSONNELS EDUCATIFS et SOCIAUX										
Cadres socio-éducatifs	3121	31								
Educateurs spécialisés	3111	32								
Assistants de service social	3120	33								
Autres personnels éducatifs et sociaux	3130	34								
Total personnels éducatifs et sociaux (calculé)		35								
PERSONNELS MEDICO-TECHNIQUES										
Cadres de santé Médico-techniques	4160	36								
Techniciens de laboratoires (y compris encadrement)	4110	37								
Personnels de services de pharmacie	4120 et 412A	38								
Manipulateurs d'électroradiologie médicale (y compris encadrement)	4130	39								
Dosimétristes	4170	40								
Radiophysiciens	4180	41								
Conseillers en génétique	4190	42								
Autres personnels des services de radiologie	4140	43								
Autres personnels médico-techniques	4150	44								
Total personnels médico-techniques (calculé)		45								
PERSONNELS TECHNIQUES et OUVRIERS										
Ingénieurs	5110	46								
Personnels des services techniques (hors ingénieurs)	511A	47								
Personnels informatique et organisation (hors ingénieurs)	5120	48								
Personnels des services ouvriers et des services intérieurs	5130	49								
Conducteurs ambulanciers	5140	50								
Total personnels techniques et ouvriers (calculé)		51								
TOTAL SAGES-FEMMES et PERSONNELS NON MEDICAUX (CALCULE)		52			149					

Q23 – Sages-femmes et personnels non médicaux des établissements sanitaires : effectifs et ETP moyens annuels rémunérés

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne le **personnel non médical (y compris sages-femmes) rémunéré par l'entité, au profit de l'établissement géographique sanitaire interrogé.**

Doit être dénombré le personnel non médical de la section hôpital, et également le personnel non médical de l'administration et des fonctions médicotechniques. En revanche, le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation est à exclure.

Ne doivent pas être comptabilisés dans ce bordereau :

- les élèves qui sont encore en formation.
- les pharmaciens, odontologues, qui font partie des personnels médicaux (Q20 et Q21).
- les emplois aidés recensés dans le bordereau Q25.
- les salariés des sociétés de sous-traitance ou d'intérim exerçant en décembre leur activité dans l'enceinte de l'établissement, recensés dans le bordereau Q26.
- les non salariés, congrégationnistes et bénévoles qui ne sont pas à la charge de l'établissement.

Le bordereau Q23 fonctionne avec le Q24 : la somme des ETP du Q23 doit être égale à celle du Q24.

CONCEPTS IMPORTANTS

Dans ce bordereau, le personnel mis à disposition doit être renseigné uniquement par l'établissement qui prend en charge la rémunération, en effectif comme en ETP, que l'établissement qui reçoit le salarié rembourse ou non le salaire. Toutefois, dans le cas où tout ou partie du personnel de l'entité est rémunéré par un ex syndicat inter-hospitalier (transformé en CHT, GIP ou GCS sans activité de soins), ce personnel sera considéré comme rémunéré par l'entité dans laquelle il exerce son activité. Le personnel mis à disposition, payé par un autre établissement de santé doit figurer dans le bordereau Q26.

Le personnel qui a bénéficié d'un rappel à l'exclusion de toute autre rémunération ne doit pas être comptabilisé.

Un salarié **travaillant dans deux établissements** et rémunéré par chacun d'eux, sera compté pour 1 en effectif dans chacun des établissements et en ETP au prorata du temps passé.

Dans le cas d'un salarié partagé entre établissements avec une **rémunération unique au sein d'une même entité juridique publique**, le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement et sera comptabilisé au prorata en ETP dans chaque établissement. Pour une même entité juridique publique, il n'y a donc pas de double compte. Ce principe peut également être appliqué pour les entités de dialyse. Dans le cas cité, un établissement peut donc avoir à déclarer l'ETP partiel d'un salarié sans le déclarer dans son effectif.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Pour les entités publiques et les entités de dialyse, l'interrogation de la SAE s'effectuant dorénavant par établissement géographique, il n'y a plus de possibilité de consolider le personnel au niveau de l'entité juridique. Il est primordial que la **somme des effectifs déclarés sur les différents établissements** soit bien égale à **l'ensemble du personnel rémunéré par l'entité juridique**. Le personnel mutualisé (siège, plateaux techniques) peut être affecté au prorata de l'activité des établissements ou selon une clef de répartition budgétaire ou peut être enregistré sur un établissement géographique particulier.

Les changements du bordereau sont les suivants :

- Les concepts d'effectifs et d'ETP ont été modifiés pour se rapprocher de ce qui est demandé dans d'autres sources de données (EPRD, bilans sociaux) : Effectifs au 31/12 et ETP moyens annuels.
 - La nomenclature des emplois et grades a été actualisée. Notamment, ont été ajoutés les dosimétristes, radiophysiciens et conseillers en génétique.
-

- **Effectif au 31 décembre**

Il s'agit du nombre de personnes physiques sous contrat au 31 décembre, qu'elles soient ou non présentes dans l'établissement à cette date-là (exemple : congé simple, congés longue durée).

- **ETP moyens annuels rémunérés**

Cette notion d'ETP moyens annuels correspond aussi à la moyenne des ETP moyens mensuels. Elle fait référence à la fois à la durée de la période de travail dans l'année, et à la quotité de travail dans la semaine.

Un salarié qui est rémunéré toute l'année à temps plein compte pour 1 ETP.

Un salarié qui est rémunéré du 01 juillet au 31 décembre à temps plein compte pour 0,5 ETP.

Un salarié qui est rémunéré à mi-temps toute l'année compte pour 0,5.

Un salarié qui est rémunéré à mi-temps du 01 juillet au 31 décembre compte pour 0,25.

L'ETP d'un salarié est au plus égal à 1, même si la durée du travail est supérieure à la durée légale.

Par convention, 1 ETP = 10 demi-journées par semaine.

Arrivée d'un salarié en cours d'année : un salarié qui change d'établissement en cours d'année doit être compté en ETP au pro rata du temps passé dans chaque établissement et en effectif dans l'établissement qui l'employait au 31 décembre.

Exemple : Si un salarié quitte un établissement A le 30 juin pour un établissement B il doit être compté comme suit :

	Effectif	ETP
Établissement A	0	0.5
Établissement B	1	0.5

Dans le cas d'un établissement qui a eu des fortes variations d'effectif sur l'année (restructuration, fermeture, ouverture) il se peut donc qu'il n'y ait pas cohérence entre les effectifs au 31/12 et les ETP moyens sur l'année.

Les ETP des salariés sont comptabilisés selon leur taux de rémunération, quel que soit leur temps de présence effectif.

- Une personne en mi-temps thérapeutique (donc travaillant à mi-temps pour un salaire à 100%) compte pour 1 ETP.
- Une personne à 80% payée 86 % comptera pour 0,86 en ETP.
- Une personne en congés longue durée payée à 50 % comptera pour 0,5.

TYPE DE CONTRAT

Tous les postes doivent être renseignés, y compris les postes sur emplois non permanent, dans une des trois catégories suivantes :

- Colonne A et B : Personnel en CDI
- Colonne C et D : Personnel en CDD
- Colonne E et F : Titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière.

Le personnel de remplacement rémunéré par l'établissement doit être comptabilisé parmi les CDD.

CATÉGORIE DE PERSONNEL

La nomenclature des catégories de personnel SAE est disponible dans la brochure des nomenclatures.

Le personnel non médical est comptabilisé selon l'emploi ou le grade et non pas selon l'unité fonctionnelle ou le service où se trouve l'emploi. Exemple : Un aide-soignant travaillant dans un service médico-technique doit être comptabilisé en tant qu'aide-soignant et non en tant qu'autre personnel médico-technique.

Le personnel absent pour formation est compté dans le grade où il est rémunéré. Tout agent relevant d'un grade local ne figurant pas dans la liste doit être compté dans la rubrique "autres" du groupe de grades le plus adapté.

Q24 - SAGES-FEMMES ET PERSONNELS NON MÉDICAUX DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES PAR GROUPE DE DISCIPLINES D'ÉQUIPEMENT

ETP moyens annuels rémunérés

			Médecine, chirurgie et obstétrique	Psychiatrie	HAD	Soins de suite ou de réadaptation	Soins de longue durée	Total Section hôpital (calculé)	Administration, services hôteliers et techniques	Total entité interrogée (calculé)
	Code SAE		2100	2200	2300	2400	2500	2000	1000	9999
			A	B	C	D	E	F	G	H
Personnels de direction	1100	1								
Directeurs de soins infirmiers	1400	2								
Autres personnels administratifs	1200	3								
Directeurs des soins non infirmiers	1300	4								
Total personnels de direction et administratifs (calculé)	1000	5								
Personnels d'encadrement (total)	2100	6								
Infirmiers non spécialisés	2200	7								
Infirmiers spécialisés	2300	8								
Aides-soignants	2500	9								
ASHQ et autres personnels de services	2600	10								
Psychologues	2700	11								
Sages-femmes	2800	12								
Personnels de rééducation	2400	13								
Total personnels des services de soins (calculé)	2000	14								
Personnels éducatifs et sociaux (sauf Assistants de service social)	3100 sauf 3120	15								
Assistants de service social	3120	16								
Total personnels éducatifs et sociaux (calculé)	3000	17								
Personnels médico-techniques	4100	18								
Personnels techniques et ouvriers	5100	19								
TOTAL PERSONNELS (calculé)	9999	20								

Q24 – Sages-femmes et personnels non médicaux des établissements sanitaires par groupe de discipline d'équipement : ETP moyens annuels rémunérés

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne le **personnel non médical (y compris sages-femmes) rémunéré par l'entité, au profit de l'établissement géographique sanitaire interrogé.**

Doit être dénombré le personnel non médical de la section hôpital, et également le personnel non médical de l'administration et des fonctions médicotechniques. En revanche, le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation est à exclure.

Ne doivent pas être comptabilisés dans ce bordereau :

- les élèves qui sont encore en formation.
- les pharmaciens, odontologues, qui font partie des personnels médicaux (Q20 et Q21).
- les emplois aidés recensés dans le bordereau Q25.
- les salariés des sociétés de sous-traitance ou d'intérim exerçant en décembre leur activité dans l'enceinte de l'établissement, recensés dans le bordereau Q26.
- les non salariés, congrégationnistes et bénévoles qui ne sont pas à la charge de l'établissement.

Le bordereau Q24 fonctionne avec le Q23 : la somme des ETP du Q23 doit être égale à celle du Q24.

CONCEPTS IMPORTANTS

Dans ce bordereau, le personnel mis à disposition doit être renseigné uniquement par l'établissement qui prend en charge la rémunération, en effectif comme en ETP, que l'établissement qui reçoit le salarié rembourse ou non le salaire. Toutefois, dans le cas où tout ou partie du personnel de l'entité est rémunéré par un ex syndicat inter-hospitalier (transformé en CHT, GIP ou GCS sans activité de soins), ce personnel sera considéré comme rémunéré par l'entité dans laquelle il exerce son activité. Le personnel mis à disposition, payé par un autre établissement de santé doit figurer dans le bordereau Q26.

Le personnel qui a bénéficié d'un rappel à l'exclusion de toute autre rémunération ne doit pas être comptabilisé.

Un salarié **travaillant dans deux établissements** et rémunéré par chacun d'eux, sera compté pour 1 en effectif dans chacun des établissements et en ETP au prorata du temps passé.

Dans le cas d'un salarié partagé entre établissements avec une **rémunération unique au sein d'une même entité juridique publique**, le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement et sera comptabilisé au prorata en ETP dans chaque établissement. Pour une même entité juridique publique, il n'y a donc pas de double compte. Ce principe peut également être appliqué pour les entités de dialyse. Dans le cas cité, un établissement peut donc avoir à déclarer l'ETP partiel d'un salarié sans le déclarer dans son effectif.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Pour les entités publiques et les entités de dialyse, l'interrogation de la SAE s'effectuant dorénavant par établissement géographique, il n'y a plus de possibilité de consolider le personnel au niveau de l'entité juridique. Il est primordial que la **somme des effectifs déclarés sur les différents établissements** soit bien égale à **l'ensemble du personnel rémunéré par l'entité juridique**. Le personnel mutualisé (siège, plateaux techniques) peut être affecté au prorata de l'activité des établissements ou selon une clef de répartition budgétaire ou peut être enregistré sur un établissement géographique particulier.

Les changements du bordereau sont les suivants :

- Le concept d'ETP a été modifié pour se rapprocher de ce qui est demandé dans d'autres sources de données (EPRD, bilans sociaux) : ETP moyens annuels.
 - La discipline d'équipement 'Autres disciplines de la section hôpital' a été supprimée. Les urgences et la dialyse sont considérés comme de la médecine, et les personnels des fonctions médicotechniques (ex : pharmaciens, biologistes, anesthésistes) doivent être réaffectés dans la discipline pour laquelle ils travaillent.
 - La discipline d'équipement HAD a été individualisée.
-

DISCIPLINE D'ÉQUIPEMENT

Il s'agit de répartir les sages-femmes et personnels non médicaux en fonction de leur affectation et de cumuler les ETP qui sont affectés dans un même groupe de disciplines d'équipement.

La nomenclature agrégée des disciplines d'équipement, ainsi que la correspondance avec les anciens codes NODESS sont proposées dans la brochure des nomenclatures.

Pour un personnel qui se partage entre deux activités n'appartenant pas au même groupe de disciplines, il convient de calculer un ETP au prorata du temps consacré à chacune d'entre elles.

Les infirmiers diplômés d'état qui constituent un pôle polyvalent sont à renseigner dans le groupe de disciplines "Administration, services hôteliers et techniques".

La discipline d'équipement 'Administration' contient à la fois l'administration et, pour les salariés, la différence entre les heures travaillées et les heures rémunérées. Ainsi, pour le personnel dont le temps rémunéré est supérieur au temps travaillé, l'ETP travaillé se situe dans le groupe de discipline d'équipement dans lequel le personnel est affecté et le complément de rémunération dans la colonne administration (voir exemple plus bas). Si la distinction temps travaillé/rémunéré ne peut être faite, renseigner l'effectif rémunéré dans l'unité ou groupe de discipline d'équipement.

ETP MOYENS ANNUELS RÉMUNÉRÉS

Cette notion d'ETP moyens annuels correspond aussi à la moyenne des ETP moyens mensuels. Elle fait référence à la fois à la durée de la période de travail dans l'année, et à la quotité de travail dans la semaine.

Un salarié qui est rémunéré toute l'année à temps plein compte pour 1 ETP.

Un salarié qui est rémunéré du 01 juillet au 31 décembre à temps plein compte pour 0,5 ETP.

Un salarié qui est rémunéré à mi-temps toute l'année compte pour 0,5.

Un salarié qui est rémunéré à mi-temps du 01 juillet au 31 décembre compte pour 0,25.

L'ETP d'un salarié est au plus égal à 1, même si la durée du travail est supérieure à la durée légale.

Par convention, 1 ETP = 10 demi-journées par semaine.

Les ETP des salariés sont comptabilisés selon leur taux de rémunération, quel que soit leur temps de présence effectif. La différence entre le temps travaillé et le temps rémunéré se trouve dans la colonne administration.

- Une personne en mi-temps thérapeutique (donc travaillant à mi-temps pour un salaire à 100%) compte pour 1 ETP, dont 0,5 en colonne 'Administration'. (cas 1).
- Une personne à 80% payée 86 % comptera pour 0,86 en ETP, dont 0,06 en colonne 'Administration'. (cas 2).
- Une personne en congés longue durée payée à 50 % comptera pour 0,5 ETP, dont 0,5 en colonne 'Administration'. (cas 3).
- Une personne en formation longue pour l'année payée à 100 % comptera pour 1 ETP, entièrement affecté à la colonne 'Administration'. (cas 4).

Dans les cas cités au dessus :

	Discipline d'équipement (MCO, PSY, HAD, SSR, ou SLD)	Administration	TOTAL
Cas 1 : mi-temps thérapeutique	0,50	0,50	1
Cas 2 : temps partiel 80%	0,80	0,06	0,86
Cas 3 : congé longue durée	0	0,50	0,50
Cas 4 : formation longue	0	1	1

CATÉGORIE DE PERSONNEL

La nomenclature des catégories de personnel SAE est disponible dans la brochure des nomenclatures.

Le personnel non médical est comptabilisé selon l'emploi ou le grade et non pas selon l'unité fonctionnelle ou le service où se trouve l'emploi. Le personnel absent pour formation est compté dans le grade où il est rémunéré.

COHÉRENCE ENTRE LES BORDEREAUX Q23 ET Q24

Les ETP déclarés dans ce bordereau doivent correspondre aux ETP totaux du bordereau Q23, comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

Catégorie de personnel	ETP du Q23	ETP du Q24
Personnels de direction et administratifs	Case H6	Case H5
Personnels des services de soins	Case H30	Case H14
Personnels éducatifs et sociaux	Case H35	Case H17
Personnels médico-techniques	Case H45	Case H18
Personnels techniques et ouvriers	Case H51	Case H19

Q25 - EMPLOIS AIDÉS

Effectifs au 31 décembre

EMPLOIS AIDES		Effectifs présents au 31 décembre	
		Hommes	Femmes
		A	B
CUI-CAE (Contrat Unique d'Insertion - Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi)	1		
CUI-CIE (Contrat Unique d'Insertion - Contrat Initiatives Emploi) et CAE-DOM (Contrat d'Accès à l'Emploi DOM)	2		
Contrats d'apprentissage / professionnalisation	3		
Emplois d'Avenir et Emplois-Jeunes	4		
Autres contrats aidés (CIA, CES, CEC)	5		

Q25 – Emplois aidés

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne les emplois aidés employés par l'établissement **sanitaire interrogé**, qu'ils soient ou non rémunérés par l'entité interrogée.

Le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation est à exclure.

Le personnel recensé dans ce bordereau ne doit figurer dans aucun autre bordereau.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Les types de contrats ont été mis à jour, conformément aux contrats en vigueur :

- Les Contrats Jeunes en Entreprise (CJE) ont été supprimés, car abrogés et sans stock résiduels en 2013
 - Pour le secteur non marchand, le Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi (CAE) et le Contrat d'Avenir (CAV) ont été remplacés par le Contrat Unique d'Insertion – Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi (CUI-CAE)
 - Pour le secteur marchand, les Contrats Initiatives Emploi (CIE) et le Contrat d'Insertion Revenu Minimum d'Activité (CI-RMA) ont été remplacés par le Contrat Unique d'Insertion – Contrat Initiative emploi (CUI-CAE)
 - La catégorie Emploi d'Avenir a été créée
-

REFERENCES REGLEMENTAIRES

LOI n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion.

- **Effectif au 31 décembre**

Il s'agit du nombre de personnes physiques sous contrat au 31 décembre, qu'elles soient ou non présentes dans l'établissement à cette date-là (exemple : congé simple, congés longue durée).

- **CUI-CAE (cases A1 et B1)**

Le Contrat Unique d'Insertion - Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi concerne le secteur non marchand.

- **CUI-CIE et CAE-DOM (cases A2 et B2)**

Le Contrat Unique d'Insertion - Contrat Initiatives Emploi concerne le secteur marchand. Les Contrats d'Accès à l'Emploi DOM (CAE-DOM), sont également à renseigner.

- **Contrats d'apprentissage / professionnalisation (cases A3 et B3)**

Les contrats d'apprentissage et de professionnalisation sont considérés comme des emplois aidés.

- **Emplois d'Avenir et Emplois-Jeunes (cases A4 et B4)**

Les Emplois d'Avenir et Emplois-Jeunes sont à renseigner.

- **Autres contrats (cases A5 et B5)**

Les Contrats d'Insertion par l'Activité (CIA) dans les DOM, ainsi que les Contrats Emploi Solidarité (CES) et les Contrats Emploi Consolidé (CEC) restants à Mayotte sont à renseigner ici.

Q26 - PERSONNEL NON RÉMUNÉRÉ DIRECTEMENT PAR L'ÉTABLISSEMENT (INTÉRIM, PRESTATAIRE OU MISE A DISPOSITION)

Avez-vous eu recours dans l'année à :

			du personnel intérimaire ou rémunéré via un prestataire		du personnel payé par un autre établissement de santé		Si oui, FINESS de l'établissement qui établit la fiche de paye	
Personnel non médical	Code SAE		A		B	FINESS 1	FINESS 2	
			C	D				
Personnels de direction et personnels administratifs	1000	1	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
Personnel des services de soin	2000	2	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
Personnels éducatifs et sociaux	3000	3	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
Personnels médico-techniques	4000	4	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
Personnels techniques et ouvriers	5000	5	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
Personnel médical								
Diplômés en médecine générale	1010	6	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
Diplômés en spécialités médicales	1000	7	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
Diplômés en spécialités chirurgicales	2000	8	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
Diplômés en autres spécialités	3000	9	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		

Q26 – Personnel non rémunéré directement par l'établissement (intérim, prestataire ou mise à disposition)

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne le **personnel médical et non médical** qui a exercé **une activité dans l'année dans l'établissement** sanitaire interrogé, sans avoir été rémunéré directement par l'entité. Il est demandé si l'établissement ou l'entité juridique a eu recours à du personnel intérimaire ou rémunéré par un prestataire ou mis à disposition par un autre établissement.

Doit être dénombré le personnel de la section hôpital, et également le personnel de l'administration et des fonctions médicotechniques. En revanche, le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation est à exclure.

CORRESPONDANCE AVEC LA SAE 2012

Les changements du bordereau sont les suivants :

- Désormais, le bordereau concerne le personnel médical et non médical
 - Il n'est plus demandé de renseignements sur le personnel non médical libéral.
 - En revanche, il est demandé si l'établissement a eu recours à du personnel mis à disposition par un autre établissement, ou rémunéré via un prestataire.
-

- **Personnel intérimaire ou rémunéré via un prestataire**

Il est demandé à l'établissement d'indiquer s'il a recours à du personnel intérimaire ou rémunéré via un prestataire.

- **Personnel payé par un autre établissement de santé**

Il est demandé à l'établissement d'indiquer s'il a recours à du personnel mis à disposition et rémunéré par un autre établissement de santé. Dans ce cas, on demande d'indiquer le numéro Finess de l'établissement de santé en question.

- **Ventilation par catégorie de personnel**

Le personnel médical et non médical sont regroupés selon les catégories agrégées des nomenclatures correspondantes.

FICHES DE SYNTHÈSE

Une fois les données de votre établissement saisies et validées sur le site de collecte, celui-ci vous offre la possibilité d'obtenir trois fiches de synthèse reprenant les principales informations des différents bordereaux (Menu Bordereau / Synthèse).

La première synthèse sur **l'Activité générale et activités autorisées** constitue une image globale de votre établissement pouvant servir de support de présentation aux instances décisionnelles ou consultatives (conseil d'administration, CME...) ou à vos partenaires (ARS, autres établissements...).

La deuxième synthèse porte sur la **Permanence des soins**.

La troisième synthèse porte sur des **indicateurs SROS** qui ont pu être calculés à partir de l'enquête.

Rappel : les données de votre établissement, ainsi que cette fiche de synthèse sont diffusées, une fois validées, via un site de diffusion Internet <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>.

Fiche de synthèse : Activité générale et activités autorisées (1/2)

1. Activité hospitalière MCO

	Hospitalisation complète (dont hospitalisation de semaine)			Hospitalisation à temps partiel		Consultations, soins externes	
				Hospitalisation partielle ou ambulatoire ou chirurgie ambulatoire			Séances
	Nombre de lits installés au 31/12	Nombre de séjours	Nombre de journées	Nombre de places	Nombre de séjours	Nombre	Nombre
Médecine							
Chirurgie							
Gynécologie-Obstétrique							
Total MCO							

Existe t-il un (ou plusieurs) service(s) ou une unité de court séjour pédiatrique dans l'établissement ?

oui ☐ non ☐

Existe t-il un (ou plusieurs) service(s) ou une unité de médecine gériatrique dans l'établissement ?

oui ☐ non ☐

2. Activité hospitalière en psychiatrie

	Prises en charge à temps complet			Prises en charge à temps partiel				Prise en charge ambulatoire					File active totale
	Nombre de lits ou places installées au 31/12	Nombre de séjours	File active hospitalisée à temps plein	Hospitalisation de jour		Hospitalisation de nuit		CATTP		CMP ou unité de consultation des services de psychiatrie		File active exclusivement ambulatoire	
				Nombre de places	Nombre de venues	Nombre de places	Nombre de venues	Nombre de structures	Nombre d'actes, soins et interventions	Nombre de structures	Nombre d'actes, soins et interventions		
Psychiatrie générale													
Psychiatrie infanto-juvénile													
Total psychiatrie													

3. Activité hospitalière en SSR et SLD

	Hospitalisation complète		Hospitalisation à temps partiel	
	Nombre de lits installés au 31/12	Nombre de séjours	Nombre de places	Nombre de séjours
Soins de suite et de réadaptation				
Soins de longue durée				

4. Activité hospitalière en HAD

	Nombre de places	Nombre de séjours
HAD		

5. Activités autorisées ou spécifiques

Structure des urgences générales	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Nombre de passages	
Structure des urgences pédiatriques	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Nombre de passages	
SMUR général	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
SMUR pédiatrique	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
SAMU	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Nombre de séjours	
Obstétrique	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Nombre de séjours avec accouchement dans l'établissement	
Néonatalogie (niv. 2)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Nombre de séjours	
Réanimation néonatale (niv. 3)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Nombre de séjours	
Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Nombre de séances	
Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Nombre de séances	
Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Nombre de séances	
Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Nombre de séances	
Unité de soins palliatifs	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Chirurgie cardiaque	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Activité interventionnelle en cardiologie	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Neurochirurgie	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Activité interventionnelle en neurologie	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Activité de greffe	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Activité d'AMP clinique	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
IVG	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

Fiche de synthèse : Activité générale et activités autorisées (2/2)

6. Personnels médicaux et internes

Spécialité exercée	Effectifs des salariés au 31 décembre	Effectifs des libéraux au 31 décembre	ETP moyens annuels rémunérés des salariés	ETP moyens annuels des libéraux
Médecine Générale				
Spécialités médicales				
- dont anesthésistes-réanimateurs				
Spécialités chirurgicales				
- dont Gynécologues-obstétriciens				
Psychiatres				
Odontologues				
Pharmaciens				
Autres				
TOTAL (hors internes)				
Internes				

7. Personnels non médicaux salariés

Catégorie de personnel	Effectifs au 31 décembre	ETP moyens annuels rémunérés
Sages femmes		
Personnels d'encadrement du personnel soignant		
Infirmiers spécialisés		
Infirmiers non spécialisés		
Aides soignants		
ASH		
Psychologues		
Personnels de rééducation		
Total Services de Soins		
Personnel de direction		
Directeurs de soins infirmiers		
Autres pers. administratifs		
Personnels éducatifs et sociaux		
- dont assistants de service social		
Personnels pharmacie		
Personnels laboratoire		
Personnels radiologie		
Autres personnels médico-techniques		
Personnels techniques et ouvriers		
Total Hors Services de Soins		
Total personnel non médical salarié		

8. Activité des laboratoires et pharmacies

LABORATOIRES	
Biochimie générale et spécialisée	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Microbiologie (= Bactériologie et/ou virologie et/ou parasitologie)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Hématologie (= Hématocytologie et/ou immunohématologie et/ou hémostase)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Immunologie (= Allergie et/ou auto-immunité et/ou immunologie spécialisée et histocompatibilité)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Génétique constitutionnelle et/ou génétique somatique	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Assistance médicale à la procréation	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Anatomie et cytologie pathologiques	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

PHARMACIES	
La PUI bénéficie-t-elle d'une solution d'informatisation du circuit du médicament ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
La PUI bénéficie-t-elle d'une informatisation de la gestion des stocks ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
La PUI gère-t-elle des dispositifs médicaux implantables ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Le contrat de bon usage des médicaments est-il validé ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
La PUI bénéficie-t-elle d'une informatisation du processus de stérilisation (traçabilité informatique du suivi des DM en stérilisation) ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

9. Activité des plateaux médico-techniques

EQUIPEMENTS ET SALLES	Nombre d'équipement dans l'établissement	Activité interventionnelle à visée thérapeutique réalisée à l'aide de l'appareil
Scanner		
IRM		
Caméra à scintillation		
TEP / CDET		
Salles d'intervention		
Postes de réveil		

Fiche de synthèse : Permanence des soins

1. SAMU-SMUR

SAMU

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année :

Médecins régulateurs

Assistants de régulation médicale

Médecins libéraux
correspondants

oui ☐ non ☐

SMUR

Type de SMUR

général :

Pédiatrique :

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année :

Médecins

Infirmiers

Ambulanciers

2. Services des urgences

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année :

Médecins

Infirmiers

3. Gardes/Astreintes des services cliniques

		Existence d'une garde sénior 24h/24	Existence d'une astreinte sénior 24h/24
Pédiatrie	Pédiatre	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Obstétrique	Gynéco-Obstétricien	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Pédiatre dédié	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Anesthésiste dédié	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Neurochirurgie et neurologie	Neurochirurgien	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Neurologue	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Cardiologie et chirurgie cardiaque	Chirurgien cardiaque	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Cardiologue	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Grands brûlés	Chirurgien en chirurgie plastique et reconstructrice	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Dialyse	Néphrologue	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Psychiatrie adulte	Psychiatre	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

4. Gardes/Astreintes du plateau technique

		Existence d'une garde sénior 24h/24	Existence d'une astreinte sénior 24h/24
Imagerie	Radiologue	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Médecin de médecine nucléaire	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Biologie	Médecin biologiste	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Pharmacien biologiste	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Pharmacie	Pharmacien	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Fiche de synthèse : Indicateurs SROS

MCO

Taux de séjours chirurgicaux en ambulatoire (en %)	
Taux de césariennes (en %)	
Nombre d'enfants transférés en néonatalogie ou réanimation néonatale / nombre de séjours pour accouchement	
Part des IVG médicamenteuses (en %)	
Proportion de nouveaux patients ayant débuté leur dialyse en dialyse péritonéale (en %)	
Proportion de passages de patients âgés de 80 ans et plus hospitalisés en MCO après un passage aux urgences (en %)	
Proportion de patients âgés de 80 ans et plus hospitalisés en réanimation (en %)	
Nombre de patients adultes atteints de cancer pris en charge en radiothérapie externe dans l'année	

Psychiatrie

Part des adultes de la file active avec une prise en charge ambulatoire exclusive en psychiatrie générale (en %)	
Part des enfants de la file active avec une prise en charge ambulatoire exclusive en psychiatrie infanto-juvénile (en %)	
Part des personnes présentes en hospitalisation temps plein depuis plus d'un an en psychiatrie générale (en %)	
Proportion des patients hospitalisés sans consentement (sur décision de représentation de l'état ou à la demande d'un tiers, hors détenus et placement provisoire) (en %)	

SSR

Part des séjours supérieurs à 3 mois (en %)	
Nombre d'ETP de personnel de rééducation (2400)	

HAD

Taux de recours (en nombre de patients) sur le territoire autorisé (en %)	
Proportion de patients de plus de 80 ans pris en charge en HAD (en %)	
Part des séjours pour traitement de chimiothérapie réalisés en HAD (en %)	