

Ministère des solidarités et de la santé
Ministère du travail
Ministère de l'action et des comptes publics

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

Statistique annuelle des établissements de santé

SAE 2021

Aide au remplissage

Définitions - Consignes

Ouverture du site : 03 février 2022

Retour attendu :

17 mars 2022 (vague 1)
07 avril 2022 (vague 2)

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

Tous publics :
lien « informations ou aide au remplissage de la SAE »

**Par simple clic au niveau de chaque bordereau
au moment du remplissage en ligne**

**Ministère des solidarités et de la santé
Ministère du travail
Ministère de l'action et des comptes publics**

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

BES/21/56

décembre 2021

Statistique annuelle des établissements de santé

SAE 2021

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

<p>Présentation générale</p> <p>Nouveautés de la collecte SAE 2021</p> <p>Quelques rappels sur la refonte de 2013</p> <p>Mode d'interrogation.....</p> <p style="text-align: center;"><i>Identification et organisation</i></p> <p>ID1 Identification de l'entité interrogée</p> <p>ID2 Complément d'identification</p> <p>STB Structure de l'interrogation en psychiatrie et en USLD.....</p> <p>ORG Organisation et coopération</p> <p>PN Suivi de politiques nationales et missions de service public</p> <p style="text-align: center;"><i>Filtre</i></p> <p>FILTRE Filtre déclenchant la suite du questionnaire.....</p> <p style="text-align: center;"><i>Synthèse des activités de soins par discipline</i></p> <p>MCO Personnel dans les bordereaux d'activités de soins</p> <p>PSY Médecine-Chirurgie-Obstétrique</p> <p>SSR Psychiatrie</p> <p>USLD Soins de suite et de réadaptation</p> <p>HAD Unités de soins de longue durée</p> <p>BLOCS Hospitalisation à domicile</p> <p style="text-align: center;"><i>Équipements et plateaux techniques</i></p> <p>IMAGES Sites opératoires et salles d'intervention</p> <p>BIO IMAGERIE médicale.....</p> <p>TELEMED Biologie médicale et anatomo-cytopathologie</p> <p>INFOMED Télémédecine</p> <p>PALIA Information médicale.....</p> <p style="text-align: center;"><i>Activités de soins soumises à autorisation</i></p> <p>PERINAT Périnatalité</p> <p>NEUROCHIR Neurochirurgie et activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.....</p> <p>CHIRCAR Activités interventionnelles en cardiologie et chirurgie cardiaque.....</p> <p>BRULES Traitement des grands brûlés</p> <p>DIALYSE Soins palliatifs</p> <p>CANCERO Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale</p> <p>URGENCES Traitement du cancer</p> <p>SMURSAMU Structure des urgences</p> <p>REA SMUR et SAMU</p> <p>RÉA Réanimation, surveillance continue et soins intensifs.....</p> <p style="text-align: center;"><i>Effectifs et équivalent temps plein des personnels médicaux et non médicaux</i></p> <p>Q20 Personnels médicaux (hors internes) des établissements sanitaires par spécialité exercée : Effectifs et ETP moyens annuels rémunérés.....</p> <p>Q21 Personnels médicaux des établissements sanitaires par groupes de discipline d'équipement : ETP moyens annuels rémunérés des salariés et des internes et effectifs des libéraux</p> <p>Q22 Internes et faisant fonction d'internes : Effectifs</p> <p>Q23 Sages-femmes et personnels non médicaux salariés des établissements sanitaires : Effectifs et ETP moyen annuels rémunérés</p> <p>Q24 Sages-femmes et personnels non médicaux salariés des établissements sanitaires par groupes de disciplines d'équipement : ETP moyens annuels rémunérés</p> <p>INTERMED Sages-femmes et personnels non médicaux salariés non rémunérés directement par des établissements sanitaires</p> <p>FIN Fin du questionnaire : temps de réponse à l'enquête et remarques.....</p> <p><i>Fiches de synthèse</i></p>	<p>5</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>10</p> <p>13</p> <p>15</p> <p>18</p> <p>20</p> <p>24</p> <p>33</p> <p>37</p> <p>40</p> <p>49</p> <p>59</p> <p>64</p> <p>67</p> <p>72</p> <p>78</p> <p>83</p> <p>88</p> <p>92</p> <p>96</p> <p>101</p> <p>105</p> <p>109</p> <p>112</p> <p>116</p> <p>121</p> <p>128</p> <p>135</p> <p>142</p> <p>148</p> <p>156</p> <p>161</p> <p>164</p> <p>169</p> <p>174</p> <p>178</p> <p>179</p>
--	---

- 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 DROM). 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, etc.), 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 (séjours et journées en hospitalisation complète, séjours 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, Hospidiag, Scope-santé, etc.).

Elle permet ainsi de rendre compte des transformations 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.sante.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 qui est disponible sur le site de collecte.

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 août, les données de votre établissement, ainsi que les données de synthèse sont diffusées, une fois validées, via le site Internet de diffusion :

<https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/>.

Ces données sont également disponibles sous forme de base de données (fichiers csv ou fichiers SAS) sur :
<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter le Bureau des Établissements de Santé à la DREES :
mail : drees-sae@sante.gouv.fr

Des publications issues de la SAE sont disponibles :

- Panorama de la Drees sur les établissements de santé :
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/>
- Études et Résultats, dans la rubrique « Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux »:
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/>

Nouveautés de la collecte SAE 2021

Pour la SAE 2021, le questionnaire de l'enquête a peu évolué, pour assurer une stabilité. Cependant, un nouveau bordereau de personnel **INTERMED** a été ajouté pour les établissements qui disposent de personnel non-médical et de sages-femmes dont ils ne prennent pas directement en charge la rémunération. Ce nouveau bordereau permettra, pour un établissement donné, de dresser une image de ses charges indirectes de personnel. Ce bordereau n'a pas d'incidence sur les bordereaux Q23 et Q24 qui concernent les personnels directement rémunérés par l'établissement : leur remplissage reste d'actualité, suivant la même méthodologie que depuis la SAE 2013.

Par ailleurs, le bordereau **COVID19** n'a pas été reconduit, afin d'alléger la charge de collecte des établissements.

De plus, quelques changements ont été apportés, dont les principaux sont recensés ci-dessous :

- Pour la SAE 2021, c'est le bordereau **PALIA** qui sera proposé au lieu du bordereau **DOULEUR**, puisque ces bordereaux sont proposés en alternance une année sur deux.
- Depuis la SAE 2019, les deux bordereaux **PHARMA** et **BIO** sont interrogés alternativement afin de poursuivre l'allègement de la charge de collecte. Pour la SAE 2021, le bordereau **BIO** sera collecté.
- Afin d'alléger la charge de collecte, dans le bordereau **ORG**, la section 3 sur le nombre d'ETP chargés de la gestion administrative des coopérations dans l'établissement) et la section 4 concernant le nombre d'ETP moyens annuels mis à disposition dans des structures de coopération du site ont été supprimées.
- Suite à la non-reconduction du bordereau **COVID19**, la question filtre (A40) a été retirée. En outre, suite aux difficultés de remplissage signalées par plusieurs établissements, la question relative à la case A29 sur les activités médico-sociales et sociales a été retirée.
- Dans le bordereau **PSYCHIATRIE**, la question A41 permet de repérer la présence dans les établissements de santé d'Unités pour Malades Difficiles (UMD), d'Unités pour Malades Agités et Perturbateurs (UMAP) ou d'Unités Psychiatrique Intersectorielle Départementale (UPID). Dans cette question, le terme Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie (USIP) a remplacé les termes UMAP et UPID.
- Dans le bordereau **BLOCS**, afin d'alléger la charge de collecte et après analyse de la qualité des réponses apportées aux questions sur l'activité du mois d'octobre pour les patients hospitalisés, les cases F10 à I15 ont été supprimées.
- Dans le bordereau **IMAGES**, afin d'alléger la charge de collecte et après analyse de la qualité des réponses apportées aux questions sur l'activité réalisée durant le mois d'octobre, les cases G1 à G10 ont été supprimées.
- Le télésoin est une nouvelle modalité de télémédecine. Une question (A39) a donc été ajoutée sur ce sujet dans le bordereau **TELEMED**.
- Dans le bordereau **DIALYSE**, dans la mesure où il n'existe pas d'autorisations de soins distinctes pour la dialyse péritonéale des adultes et des enfants, cette répartition a été supprimée et ces deux catégories sont désormais fusionnées.
- Dans le bordereau **CANCERO**, les sous-séquences d'une même séquence de soins sont définies arbitrairement par l'établissement pour une nécessité de flexibilité de la facturation. Ainsi, les spécifications des imports PMSI pour le traitement du cancer en HAD s'appuient désormais sur la description des séjours et des journées, et non plus des sous-séquences. Les impacts sont ciblés sur les cases B6 sur le nombre de journées (et non plus de sous-séquences) et B10 qui est supprimée, le nombre de séances de chimiothérapie réalisées au cours d'une HAD n'étant pas disponible.
- Le cursus des internes ayant évolué ces dernières années, le vocabulaire utilisé dans les bordereaux **Q21** et **Q22** pour les désigner a été mis à jour : le terme « internes » est remplacé par « étudiants de 3ème cycle » qui regroupent les internes, les docteurs juniors et les faisant fonction d'internes ; une nouvelle ligne sur les stagiaires associés a été ajoutée.

Toutes les modifications, du questionnaire et des concepts, sont reportées dans l'aide au remplissage de chaque bordereau concerné. Les bordereaux impactés par une révision sont :ORG, FILTRE, PSY, BLOCS, IMAGES, BIO, TELEMED, PALIA, DIALYSE, CANCERO, Q21, Q22 et INTERMED.

Quelques rappels sur la refonte de 2013

La collecte des données 2020 s'effectue dans le même format que les collectes postérieures à la refonte de la SAE (sur données 2013). Cette refonte a visé une plus grande cohérence du système d'information sur les établissements de santé 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'effectue depuis 2013 au niveau de l'établissement géographique, pour le secteur public comme pour le secteur privé (exception faite de la psychiatrie). Ce mode d'interrogation permet une analyse localisée de l'offre de soins pour répondre aux besoins de connaissance sur l'accès aux soins et supprime les interrogations en double entre l'entité juridique et l'entité géographique.

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

- **Un questionnaire plus fluide et paramétrable**

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

Toutes les questions sur les autorisations sont pré-remplies à partir du répertoire Finess (lui-même alimenté par Arhgos) mais peuvent être modifiées si besoin.

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

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

L'import est réalisé, en cours de collecte, par la DREES et l'ATIH dès que les fichiers PMSI du mois de décembre sont validés par l'ARS (cumul données PMSI de l'année N-1). Pour cette année, les imports seront réalisés entre fin février et fin mars par lot d'établissements. En tant qu'établissement de santé, vous transmettrez 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 fournissez 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 sont de deux statuts différents :

- Données non modifiables. Une erreur flagrante (ex : répartition MCO non faite sur l'ensemble de l'année 2020, un problème d'identification en HAD) sera à signaler à la hotline (hotlinesae@ipsos.com)
- Données modifiables par l'établissement sur le site de collecte, en raison d'un problème de couverture du champ (dialyse, radiothérapie) ou d'une mauvaise répartition par autorisation (SSR). 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 et qui n'ont pas été retirées automatiquement lors des imports PMSI.

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 est 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 suivent au plus près la loi HPST, les schémas régionaux de santé et les prises en charge ciblées.

- **De nouveaux produits de diffusion**

Des fiches de synthèse portent sur l'offre de soins, l'organisation de la permanence des soins en établissements de santé, ou les principaux indicateurs SRS (ex-SROS). Ces fiches peuvent 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 DROM), y compris les structures qui ne font qu'un seul type d'hospitalisation (exemple : hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile, etc.) ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins. Sont également inclus, les services pénitentiaires des établissements de santé et le service de santé des armées.

Définition du champ :

Entrent dans le champ tous les établissements suivants, publics ou privés, ayant eu une activité au cours de 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 et de réadaptation, 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. Sont ainsi distingués 10 groupes d'entités interrogées, et 5 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, 04 ou 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.

Lors de la SAE 2013, les USLD publiques se situant dans les mêmes locaux qu'un autre établissement interrogé, ne remplissaient pas de questionnaire SAE propre. Pour les SAE suivantes, il a été décidé de créer un groupe pour ces ET non interrogés : il s'agit du groupe 34 « ET USLD situés à la même adresse qu'un ET public » (rattachés à un ET de groupe 04).

- 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 ou est un centre de lutte contre le cancer, il fait partie du groupe 18.

S'il a une autre activité décrite dans la 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.

Est interrogé :

- L'EJ, lorsqu'elle a plusieurs établissements de santé mentale, tous situés dans le même département. 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. 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. Épuration extra-rénale (EER) communément appelé dialyse

Les établissements de dialyse sont interrogés (catégories 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.

- d. USLD

Pour la SAE 2014 et les suivantes, il a été décidé de généraliser au secteur privé le mode d'interrogation des USLD du secteur public. En conséquence, les USLD privées situées à la même adresse qu'un autre établissement interrogé sont classées en groupe 39 « ET USLD situés à la même adresse qu'un ET privé » (rattachés à un ET de groupe 09), et ne sont pas interrogées elles-mêmes.

IDENTIFICATION ET ORGANISATION

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

ID1 - IDENTIFICATION DE L'ENTITE INTERROGEE

Identification de l'entité interrogée

Téléphone :

A0

A1	N° FINESS de l'entité interrogée :	B1	C1	D1
○ Entité juridique				N° Siren ou N° Siret :
○ Etablissement				N° FINESS de l'Entité juridique :
Raison sociale de l'entité interrogée :		A2		
Complément de raison sociale :		A3		
Complément de distribution :		A4		

Adresse

A5	N° Voie	B5	Type voie	Nom de la voie :
				C5
Lieu-dit ou Boîte Postale :				
A6				
Code postal :		Libellé commune :		
A7		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

Réservé 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)
<input type="radio"/> ○ ESPIC (non lucratif)
<input type="radio"/> ○ non ESPIC (non lucratif)
<input type="radio"/> ○ non concerné

A20

Mode de fixation de tarif
<input type="radio"/> ○ DG ou ex-DG
<input type="radio"/> ○ OQN ou ex-OQN
<input type="radio"/> ○ Tarif d'autorité
<input type="radio"/> ○ Autres

A21

Convention collective de rattachement des personnels non médicaux
<input type="radio"/> ○ 31 octobre 1951 (FEHAP)
<input type="radio"/> ○ 29 juin 1998 (FNCLCC)
<input type="radio"/> ○ Croix-Rouge (1986)
<input type="radio"/> ○ 8 février 1957 (UCANSS)
<input type="radio"/> ○ 18 avril 2002 (FHP)
<input type="radio"/> ○ 26 février 1987 (MGEN)
<input type="radio"/> ○ 12 juin 1975 (FNEMEA)
<input type="radio"/> ○ Autres
<input type="radio"/> ○ Sans

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

A19B

Qualité d'ESPIC (Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif)
<input type="radio"/> ○ ESPIC (non lucratif)
<input type="radio"/> ○ non ESPIC (non lucratif)
<input type="radio"/> ○ non concerné

Veuillez confirmer votre mode de fixation de tarif
dans la case ci-dessous :

A20B

Mode de fixation de tarif (hors MCO)
<input type="radio"/> ○ DG ou ex-DG
<input type="radio"/> ○ OQN ou ex-OQN
<input type="radio"/> ○ Tarif d'autorité
<input type="radio"/> ○ 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

Case A0 : Numéro de téléphone

Case C1 : Numéro Siren (pour l'entreprise) ou Siret (pour l'établissement) : numéro d'identification au répertoire d'immatriculation des entreprises Sirene

Case D1 : Numéro Finess de l'entité juridique

Cases A2, A3 et A4 : Raison sociale de l'entité interrogée

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

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

Cadre réservé aux établissements privés :

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

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

Case A18 : Raison sociale

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

Case A19B : Exécution du service public hospitalier. A remplir pour modifier ou confirmer la case A19.

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

Cases 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).

Cases A20 et A20B : 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 L.162-22-6 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 ID1 avec le mode de financement présent dans le répertoire Finess.

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	Raison sociale :	B1	
N° FINESS :	A2	Raison sociale :	B2	
N° FINESS :	A3	Raison sociale :	B3	
N° FINESS :	A4	Raison sociale :	B4	
N° FINESS :	A5	Raison sociale :	B5	
N° FINESS :	A6	Raison sociale :	B6	
N° FINESS :	A7	Raison sociale :	B7	

Responsable SAE

A8 M.
 Mme

B8

Nom

n° téléphone :

A9

N° de poste :

B9

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) / Déclaration sociale nominative (DSN)

Lors de votre déclaration de données sociales de l'année dernière, quel(s) identifiant(s) avez-vous utilisé(s) ?

N° Siren : C1

N° Siret : C2

N° Siret : C3

N° Siret : C4

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.

NOUVEAUTES SAE 2020

Afin d'alléger la charge de collecte et comme aucun établissement ne communique avec l'équipe SAE par fax, le numéro de fax des correspondants ne sera plus collecté.

- 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, lithotripteur, 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 sa 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).

Remarque concernant les établissements organisés en GIP : 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.

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

La DREES est en charge de la collecte d'informations sur les responsables de la SAE en établissement. Les informations recueillies sont : la civilité, le nom, le prénom, les numéros de téléphone et e-mail professionnels. Ces informations sont destinées 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 et au règlement général sur la protection des données (RGPD), 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.

- Modification de l'entité juridique**

La question concerne les modifications de l'entité juridique liées à des opérations de fusion, 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 collecte.

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 la 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 (A17), en prenant soin de conserver le numéro utilisé dans l'exercice précédent, puis dans les deuxième et troisième cases (B11, C6), 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 d'année d'exercice, en ce qui concerne les capacités. Dans la mesure du possible, la SAE sera remplie par les entités intervenant dans la fusion ou dans la scission de plusieurs établissements, pour être le plus fidèle possible à la réalité. Cependant, en cas de fusion de deux établissements, lorsque la fusion a eu lieu en début d'année (dans le courant du premier trimestre), 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, dans le cas d'une scission ayant eu lieu en début d'année, 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.

- **Déclaration annuelle de données sociales (DADS) / Déclaration sociale nominative (DSN)**

Pour permettre une meilleure cohérence d'ensemble des systèmes d'informations sur les établissements de santé, il vous est demandé de renseigner le numéro Siren et les numéros Siret (Siren + Nic) utilisés pour les DADS ou la DSN 2020. Attention, les numéros Siret des établissements médico-sociaux (maison de retraite, EPHAD, etc.) 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 ou de la DSN 2020.

STB - STRUCTURE DE L'INTERROGATION EN PSYCHIATRIE ET EN USLD

Etablissement (ou entité juridique)

N° FINESS de l'établissement interrogé (ou de l'entité juridique)		A1
Raison sociale		B1
Observations		
<i>Liste des établissements dont l'activité doit être incluse dans la réponse de l'établissement (ou de l'entité juridique) enquêté(e) :</i>		
A2	N° FINESS	Raison sociale
A3	N° FINESS	Raison sociale
A4	N° FINESS	Raison sociale

STB – Structure de l’interrogation en psychiatrie et en USLD

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 (ou de l’entité juridique) interrogé(e) (**A1**) et raison sociale (**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 ID1.

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) :

Trois cas se présentent dont deux pour l’interrogation en psychiatrie et une pour les USLD :

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 répond donc pour lui-même et pour les établissements qui lui sont rattachés.

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 la 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.

3. Interrogation des USLD publiques et privées

Les USLD publiques et privées se situant dans les mêmes locaux qu’un autre établissement interrogé ne remplissent pas de questionnaire SAE propre.

En conséquence, un établissement est désigné pour répondre pour l’ensemble des USLD se situant à la même adresse. Le bordereau STB fournit dans ce cas la liste des établissements rattachés.

ORG - ORGANISATION ET COOPERATION

1. Organisation

À combien de coopérations (hors GHT) votre établissement participe-t-il ?
Indiquer les deux principaux thèmes

GCS		Nombre	Thème 1 ⁽¹⁾		Thème 2 ⁽¹⁾	
			A	B	C	
	Etablissement de santé (ES)	1				
GCS	GCS de moyens	2				
	GCS de moyens exploitants	24				
	Autres GCS (dont pré-HPST)	3				
	GIP (Groupement d'Intérêt Public)	6				
	GIE (Groupement d'Intérêt Economique)	7				
	FMIH (Fédération Médicale Inter-Hospitalière)	8				
	Conventions	10				
	Autre	11				

(1) voir l'aide au remplissage pour la liste des thèmes

2. Etablissements privés uniquement : existence d'un partenariat avec un GHT

Votre établissement a-t-il signé une convention de partenariat avec un ou plusieurs GHT ?
Si oui, combien ?

Indiquez les cinq premiers GHT auxquels vous appartenez :

A17 oui non
A18

A19
A20
A21
A22
A23

ORG – Organisation et coopération

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau vise à recenser les coopérations ou les groupements d'établissements dans lesquels l'établissement est impliqué permettant ainsi de visualiser les mutualisations de l'offre de soins sur le territoire. Il permet de faire un focus sur les thèmes pour lesquels les établissements réalisent ces mutualisations. Celles-ci peuvent porter sur la gestion d'activités de soins ou l'activité d'enseignement et de recherche, ou peuvent s'effectuer sur les moyens des établissements de santé (gestion administrative, informatiques, plateaux techniques, etc.). Il permet enfin de mettre en regard les moyens mis à disposition pour le fonctionnement de ces coopérations tant sur le personnel médical que sur le personnel administratif.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques.

Si vous êtes un groupement de coopération sanitaire (GCS), vous devez remplir ce bordereau uniquement si vous participez à d'autres coopérations. Vous ne devez pas décrire votre propre organisation.

NOUVEAUTES SAE 2021

Afin d'alléger la charge de collecte, la section 3 (sur le nombre d'ETP chargés de la gestion administrative des coopérations dans l'établissement) et la section 4 (concernant le nombre d'ETP moyens annuels mis à disposition dans des structures de coopération du site) ont été supprimées.

1. Votre établissement participe-t-il à :

Colonne A : Indiquer le nombre de coopérations, hors GHT, auxquelles est associé votre établissement selon le type de coopération (GCS, GIP, convention, etc.).

Lignes 1, 2, 24 et 3 : Si vous êtes un GCS, ne renseigner que si vous avez une autre coopération avec un GCS. Ne pas décrire votre propre organisation.

Colonnes B et C : Renseigner par type de coopération les deux principaux thèmes concernés. La liste des thèmes est donnée ci-dessous.

(1) : Liste des thèmes :

Code	Libellé
A	Gestion d'activités administratives et/ou de support logistique
B	Gestion d'activités informatiques
C	Gestion d'activités de soins (dont Prestations médicales croisées, équipes communes, permanence des soins hospitalière, permanence des soins, pôle inter-établissements)
D	Gestion d'activités médico-techniques (gestion des plateaux techniques, équipements matériels lourds dont imagerie, ainsi que les activités de pharmacie à usage intérieur (PUI) et de laboratoires d'analyses médicales)
E	Gestion d'activité d'enseignement et recherche (doit être utilisé dans le cadre de projets de coopération entre établissements de santé et autres d'acteurs, comme par exemple la constitution d'équipes de recherche communes sur un projet partagé)

F	Gestion / porteur d'un investissement immobilier
G	Porteur d'un réseau de santé (L.6321-2 du CSP)

GCS : Le groupement de coopération sanitaire de moyens et le groupement de coopération sanitaire établissement de santé

Le groupement de coopération sanitaire (dit GCS), permet la mutualisation de moyens de toute nature. Il possède la personnalité morale et doit compter parmi ses membres au moins un établissement de santé. Il s'agit alors d'un **GCS de moyens**. Au-delà de la mutualisation de moyens, un GCS de moyens peut être titulaire d'une autorisation de pharmacie à usage intérieur (PUI), porteur d'un laboratoire de biologie médicale et/ou titulaire d'une autorisation d'équipement matériel lourd (scanner, IRM, etc.).

Lorsqu'un GCS devient titulaire d'une autorisation d'activité de soins, il est érigé en **établissement de santé (GCS ES)**.

Il subsiste une catégorie spécifique de GCS de moyens, dérogatoire au régime de droit commun décrit précédemment : certains **GCS de moyens créés avant la loi HPST (21 juillet 2009)** exploitent l'autorisation d'activités de soins de leurs membres (ils sont alors appelés « **GCS exploitant** ») sans pour autant devenir des GCS ES, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas érigés en établissement de santé et restent des GCS de moyens.

GIP : Le groupement d'intérêt public

Le groupement d'intérêt public (GIP) est doté de la personnalité morale de droit public. Non dédié au secteur sanitaire, il s'adresse exclusivement à des personnes morales, de droit public ou de droit privé et doit comprendre au moins une personne morale de droit public. Permettant notamment de gérer des équipements ou des activités d'intérêt commun, il peut détenir une autorisation d'équipements matériels lourds mais pas d'autorisation d'activités de soins.

GIE : Le groupement d'intérêt économique

Le groupement d'intérêt économique (GIE) est doté de la personnalité morale de droit privé. S'adressant à des personnes physiques (professionnels libéraux) ou à des personnes morales de droit public ou de droit privé, il a pour objectif de faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres. Il s'agit d'un outil juridique et économique non dédié au secteur sanitaire, même si l'on trouve un certain nombre de GIE portant sur l'exploitation d'équipements matériels lourds comme des scanners. Il ne peut détenir d'autorisation d'activités de soins.

FMIH : La fédération médicale inter-hospitalière

La possibilité pour des centres hospitaliers de participer à des fédérations médicales inter-hospitalières est ouverte aux seuls centres hospitaliers, excluant les établissements de santé privés. Sur le support d'une convention, il permet aux établissements de rapprocher leurs activités médicales, de regrouper certains de leurs pôles d'activité clinique ou médico-technique ou certaines de leurs structures internes.

Ses activités sont placées sous la responsabilité d'un praticien hospitalier coordonnateur. Le coordonnateur est assisté par une sage-femme, un cadre paramédical ou un membre du personnel soignant et par un membre du personnel administratif.

Convention

Reposant sur le principe de liberté contractuelle et d'utilisation très souple, elle repose sur le libre accord des parties qui peuvent passer des conventions sur un ensemble de domaines de sa compétence.

Un établissement de santé est amené à signer de très nombreuses conventions de coopération avec d'autres établissements de santé (tous secteurs confondus) et/ou d'autres acteurs tels que les professionnels libéraux, centres de santé, maisons de santé, établissements sociaux et médico-sociaux, réseaux de santé, etc. L'objectif de ce bordereau n'est pas de recenser l'intégralité de ces conventions mais de dénombrer les conventions qui ont un impact réel sur l'organisation des soins de l'établissement, c'est-à-dire lorsque les soins délivrés par

l'établissement ne peuvent être assurés qu'avec le concours d'autres acteurs partenaires. Ainsi, l'établissement doit saisir le nombre de conventions de coopération à caractère médical, et/ou portant sur la mutualisation médico-technique et/ou logistique (thèmes A à E).

Il s'agit par exemple :

- des conventions de repli et de transferts de patients, y compris les conventions de coopération organisant la prise en charge des patients insuffisants rénaux lorsque l'établissement ne dispose pas des trois modalités de traitement nécessaires à l'autorisation,
- des conventions de mise à disposition de personnel, à l'exception de celles formalisant la mise à disposition dans le cadre d'un groupement (GCS, GIP, GIE).

Sont exclues du périmètre de la ligne 10 :

- les conventions d'exercice libéral,
- les conventions signées avec les partenaires industriels,
- les conventions individuelles formalisant la mise à disposition dans le cadre d'un groupement (GCS, GIP, GIE),
- les conventions d'occupation temporaire du domaine public,
- les conventions constitutives des divers groupements et communautés hospitalières de territoire recensés précédemment (GCS, GIP, GIE, GHT, FMIH) pour éviter des doubles comptes,
- les contrats de sous-traitance,
- les conventions et accords-cadres de coopération internationale.

Autre (hors GHT)

Il s'agit de modèles d'organisation et de coopération distincts des précédents, comme par exemple les associations de loi 1901, les groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS). Depuis la SAE 2019, les sociétés coopératives hospitalières de médecins sont à comptabiliser dans la catégorie « Autre ». Ce sont des sociétés d'exercice professionnel qui ont pour objet d'exercer en commun la médecine en qualité d'établissements de santé par la mise en commun de l'activité médicale de ses associés.

2. Existence d'un partenariat avec un GHT (établissements privés uniquement)

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) repose sur l'organisation de la gradation des soins hospitaliers et le développement des stratégies médicales et soignantes de territoire. Il repose également sur l'élaboration d'un projet médical partagé qui porte sur toutes les activités et qui organise une offre de soins de proximité et de recours. La loi de santé du 26 janvier 2016 rend obligatoire l'adhésion des établissements publics à un GHT, et la possibilité aux établissements privés d'être partenaire d'un ou plusieurs GHT.

Cases A17 à A23 : Il s'agit d'indiquer si l'établissement privé a signé une convention de partenariat avec un ou plusieurs GHT et, si oui, avec combien. Dans ce cas, préciser les noms des GHT avec lesquels l'établissement privé a signé une convention de partenariat.

SUIVI DES POLITIQUES NATIONALES ET MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

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

Nombre d'ETP dédiés à la lutte contre les infections nosocomiales :

Personnel non médical (en ETP) :

A1	
A2	

Médecins et Pharmaciens hors internes (en ETP) :

2 - Prise en charge des personnes en situation de précarité

Nombre de séjours PUMA/CMUC/AME en court séjour :

A3	
A4	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A5	
A6	
A7	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A73	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A8	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

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 ?

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

Existence d'une équipe mobile psychiatrie-précarité :

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

L'établissement hospitalier a-t-il une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) ?

Si oui, Si vous faites appel à un autre établissement géographique, pour réaliser une partie de l'activité, indiquer son Finess
Capacité opérationnelle du (des) établissement(s) pénitentiaire(s) correspondant(s) au 31/12 (en places) :

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

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

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

Nombre d'actes de psychiatrie effectués dans l'année par l'USMP :

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

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
A74	
A10	
A11	
A12	
A13	
A75	
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 (CMRR) ?

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 établissements ?

Si oui, Combien avez-vous d'unités 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)	M1000, M2000, M3020	30			
dont gériatres	M1320	31			
dont neurologues	M1120	32			
Personnel non médical	N9999	33			
dont psychologues	N2700	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 CeGIDD

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 (en nombre de séjours) :

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	

Suivi des politiques nationales et des missions de service public

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau vise à retracer les missions de service public ayant trait à des prises en charge de populations particulières, de manière à rendre compte du degré de couverture des besoins sur un territoire (« inventaire » prévu dans le cadre du SRS (ex-SROS)). C'est le cas par exemple de la lutte contre l'exclusion, de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (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 pluriannuels 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 la 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 télémédecine, 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 pluriannuels d'objectifs et de moyens relatifs à ces missions.
- Mais aussi, pour chaque mission décrite, permettre des comparaisons de situations entre régions.

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 L.162-22-13 et D.162-6 du code de la sécurité sociale.

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

Cases 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 spécifiquement dédiés à la lutte contre les infections nosocomiales et identifiés clairement au sein de l'équipe d'hygiène hospitalière, exprimés en équivalents temps plein (ETP).

Les ETP des Arlin et des CClin ne doivent pas être comptabilisés avec ceux de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) de l'établissement. Ces personnels, dans leur fonction stricte Arlin et CClin, sont des ressources LIN pour la totalité des établissements sanitaires et établissements médico-sociaux (ES-EMS) et Professionnels de Ville de la région dans laquelle ils sont localisés. Ils sont comptabilisés dans les bilans d'activité des missions d'intérêt général (MIG).

Sont à distinguer le personnel non médical (personnel infirmier DE avec ou sans spécialisation, 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 infirmiers DE avec ou sans spécialisation 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 (POUR TOUS LES ÉTABLISSEMENTS)

Case A3 : L'accueil de personnes en situation de précarité dans le cadre des soins hospitaliers se mesure à travers le nombre de séjours PUMA/CMUC/AME en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO, court séjour).

Case 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.

Case 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 infirmiers DE avec ou sans spécialisation 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 ici, c'est le temps travaillé et non le temps rémunéré.

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

Cases A7 et A73 : L'accès aux soins bucco-dentaires et aux soins psychiatriques pour les patients en situation de précarité est une préoccupation de santé publique.

Case A8 : Existence ou non d'une équipe mobile psychiatrie-précarité. Cette équipe présente la particularité d'intervenir directement au plus près des lieux de vie des personnes défavorisées et des acteurs sociaux qui les accompagnent. Elle accompagne dans leur parcours de soins les personnes défavorisées, mais également forme et conseille les acteurs sociaux pour leur permettre de mieux appréhender les troubles psychiques ou des situations de détresse sociale des personnes qu'ils accompagnent (cf. circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n°521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie).

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

Case A9 : Existence d'une Unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP)

Cette question concerne uniquement les USMP de niveau 1 (prise en charge ambulatoire), les USMP de niveau 2 (prise en charge à temps partiel) étant identifiée dans le bordereau PSYCHIATRIE (case A44).

L'USMP (ex-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'USMP d'un autre centre hospitalier, mais être lui-même celui qui en assure le fonctionnement, et dont la gestion lui a été confiée par l'ARS.

Case A74 : Si l'établissement ayant la gestion de l'USMP (et donc qui répond à cette partie de questionnaire) fait appel à un autre établissement pour dispenser les soins auprès des détenus (que ce soit les soins somatiques ou les soins psychiatriques), indiquer son numéro Finess.

Case A10 : Un des éléments déterminants de l'activité et des moyens nécessaires est la capacité opérationnelle (en places) des établissements pénitentiaires desservis par l'USMP au 31/12 de l'année.

Cases A11 à A15 et A75 : 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 d'actes de 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).

Case 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'USMP. 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 ».

Case 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. ».

Cases A18 et A19 : Nombre de séjours et journées en UHSI : Cellules pré-remplies 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 MALADIES APPARENTÉES

Une des mesures du plan de santé publique 2008-2012 consacré à ces pathologies a été 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).

Case 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.

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

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

Case 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.

Case A24 : Si oui, combien avez-vous de nombre d'unités en Consultations mémoire (CM) ?

Il s'agit ici de renseigner un nombre d'unités (points d'accueil 1 à 5 maximum), et non un nombre de consultations.

Case 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. En outre, les ARS considèrent qu'une prise en charge de qualité est conditionnée par le volume d'activité des consultations mémoire : avec une cible à atteindre de 150 nouveaux patients par an (voir annexe circulaire relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer du 20 octobre 2011).

Case B25 : Si la réponse est oui, inscrire ici la première date de la labellisation (la plus ancienne).

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

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

Case A28 : 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.

Case 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 1^{er} 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.

Cases 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.

Cases A35 à A38 : 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).

Cases 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 patients en USLD, 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 patients ayant des troubles du comportement sévères.

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

Cases 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 DANS LES CENTRES GRATUITS D'INFORMATION, DE DÉPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC (CeGIDD)

Case A47 : Les consultations dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) font partie intégrante du dispositif de lutte contre le VIH et les hépatites virales. Ces centres résultent de la fusion des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) au 1^{er} janvier 2016. 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. L'habilitation est accordée pour trois ans et le renouvellement est accordé pour une durée de cinq ans. Toutes les prestations sont gratuites et anonymes.

Ces CeGIDD reprennent à la fois les missions des CDAG et des CIDDIST. Ils assurent ainsi 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, vaccination contre les virus des hépatites A et B, du papillomavirus, conseil auprès des professionnels locaux. (Voir l'instruction N°DGS/RI2/2015/195 du 3 juillet 2015 relative à la mise en place des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles).

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

Case A48 : Nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire.

Case A49 : Nombre de consultations réalisées (un consultant génère au moins deux consultations).

7. EXISTENCE D'UNE ÉQUIPE DÉDIÉE AU CENTRE DE COORDINATION EN CANCÉROLOGIE (3C)

Case 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.

Case 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 ÉQUIPE DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE (ELSA ou ECIMUD à l'AP-HP)

Case 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, 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.

Cases A54 à A56 : Les indicateurs demandés sont tirés du rapport d'activité standardisé demandé par la circulaire DHOS du 14 juin 2004.

En **Case A55** : Nombre de patients pour lesquels l'équipe a été sollicitée dans l'année. Il s'agit d'un nombre de séjours. Ainsi, un patient avec deux séjours, vu trois fois dans l'année, dont deux fois pour le même séjour sera comptabilisé deux fois.

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

Cases 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 ne pas être 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.

La **consultation hospitalière d'addictologie** est un dispositif relevant de la filière hospitalière d'addictologie. L'accès à une consultation d'addictologie, sur place ou par convention, doit être organisé dans tout établissement de santé doté d'une structure de médecine d'urgence définie par le décret n° 2006-576 du 22 mai 2006.

La consultation hospitalière d'addictologie constitue l'interface entre le dispositif addictologique hospitalier, le dispositif spécialisé ambulatoire et la médecine de ville. Elle est une porte d'entrée importante d'accès aux soins pour les personnes ayant une conduite addictive. Le champ de compétence de la consultation hospitalière d'addictologie s'étend à l'ensemble des conduites addictives (alcool, tabac, substances illicites, médicaments, addictions sans produit).

Pour répondre à ses missions, la consultation d'addictologie dispose d'une équipe pluridisciplinaire composée au minimum de la présence d'un médecin, d'infirmiers ainsi que du temps de psychologue, d'assistant social et de diététicien.

Case 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 1^{er} et le 31 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.

Case 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 GÉNÉTIQUE

Case 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 (notamment 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 (**case A63**), en indiquant, le cas échéant, le nombre de celles qui ont été effectuées dans un autre établissement (**case A64**), et au nombre total d'ETP participant à ces consultations **case A65** (des psychologues et des secrétaires sont généralement impliqués), dont ceux de médecins généticiens **case 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.

FILTRE

FILTRE 33

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	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui Bloc A + bordereau MCO	A1
Chirurgie	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui Bloc A + bordereau MCO + bordereau blocs et sites opératoires	A2
Périnatalité (Obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale, IVG)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui Bloc A + bordereau MCO + bordereau périnatalité	A3
Psychiatrie	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau psychiatrie	A4
Soins de suite et de réadaptation	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau SSR	A5
Soins de longue durée	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau USLD	A6
Quelles activités cliniques sans hébergement (dans l'établissement) dispense votre établissement ?			
Médecine sans hébergement	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui, bordereau MCO	B39
Chirurgie ambulatoire	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau MCO + bordereau blocs et sites opératoires	B7
Psychiatrie	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau psychiatrie	B8
Radiothérapie ou curiethérapie	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau traitement du cancer	B9
Chimiothérapie (autorisé ou associé)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau traitement du cancer	B10
Dialyse (techniques d'épuration extra-rénale)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Dialyse	B11
IVG ou AMP clinique ou lactarium	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau MCO + bordereau périnatalité	B12
Centre périnatal de proximité	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau périnatalité	B13
HAD	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau HAD	B14
Soins de suite et de réadaptation sans hébergement	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau SSR	B15
Disposez-vous d'une structure autorisée des urgences (générales ou pédiatriques) au sein de votre établissement ?			
Disposez-vous d'un SAMU ou d'un SMUR (ou d'une antenne SMUR) au sein de votre établissement ?			
Disposez-vous d'un plateau technique au sein de votre établissement comprenant de façon spécifique ?			
des activités de bloc opératoire	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau blocs et sites opératoires	A18
une activité d'imagerie	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau imagerie	A19
une production de biologie médicale ou d'anatomopathologie	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau biologie médicale et anatomopathologie	A20
des salles dédiées à d'autres activités avec ou sans anesthésie réalisées au bloc opératoire	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau blocs et sites opératoires	A22
Prenez-vous en charge d'autres activités médico-techniques ?			
Organisation du circuit du médicament	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Le bordereau pharmacie n'est pas collecté cette année: il est en alternance avec le bordereau biologie médicale et anatomopathologie	
Stérilisation des dispositifs médicaux	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Le bordereau pharmacie n'est pas collecté cette année: il est en alternance avec le bordereau biologie médicale et anatomopathologie	
Information médicale	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau information médicale	
Développez-vous une activité de télémédecine, en lien avec d'autres établissements de santé, des professionnels de la médecine de ville ou des établissements médicaux-sociaux (que ce soit en tant que demandeur ou sollicité) ?			
Disposez-vous...			
d'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau soins palliatifs	A27
d'une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (centre ou consultation) ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Le bordereau douleur n'est pas collecté cette année: il est en alternance avec le bordereau soins palliatifs	
d'une activité de soins palliatifs (LISP, USP) soumises à autorisation ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau soins palliatifs	A38
Bloc A			
Quelles activités de soins soumises à autorisation, précisément ?			
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Chirurgie cardiaque + bordereau blocs et sites opératoires	A30
Réanimation, soins intensifs, surveillance continue	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Réanimation	A31
Chirurgie des cancers	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau traitement du cancer + bordereau blocs et sites opératoires	A32
Neurochirurgie	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Neurochirurgie + bordereau blocs et sites opératoires	A33
Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en neuroradiologie	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Neurochirurgie + bordereau blocs et sites opératoires	A34
Transplantations d'organes et greffes de moelle osseuse	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau blocs et sites opératoires	A35
Traitements des grands brûlés	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Traitement des grands brûlés	A36
Chirurgie cardiaque	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Chirurgie cardiaque + bordereau blocs et sites opératoires	A37
B30 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non B31 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non B32 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non B33 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non B34 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non B35 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non B36 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non B37 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			

(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.

NOUVEAUTES SAE 2021

Suite à la non-reconduction du bordereau COVID19, la question filtre (A40) a été retirée.

En outre, suite aux difficultés de remplissage signalées par plusieurs établissements, la question relative à la case A29 sur les activités médico-sociales et sociales a été retirée.

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 sur le site de collecte. En effet, grâce au FILTRE, la liste des bordereaux à remplir se réduit 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. De plus, vous devez contacter votre ARS pour faire mettre à jour le répertoire des autorisations.
- 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).

Deux types d'actions sont possibles sur le bordereau FILTRE : 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 à remplir ; seule la validation rend l'ensemble des bordereaux à remplir saisisables.

Au terme de sa vérification, l'établissement doit valider le FILTRE afin de fixer le contenu du questionnaire à remplir, et notamment afin 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 sur ce bordereau sont définitivement effacées.

Attention ! Vous pouvez être amenés à revoir le FILTRE suite à l'import des données PMSI (MCO, SSR 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 REA sont importées et la case A31 du FILTRE est « forcée » à « oui ».

Après l'import, il est donc nécessaire que vous re-contrôliez le FILTRE. Vous devez ensuite décider de garder ou non ce bordereau et 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 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 avec hébergement	Autorisation de soins de suite et de réadaptation avec hébergement
A6	Soins de longue durée	Autorisation de soins de longue durée
A39	Médecine sans hébergement	Autorisation de médecine en hospitalisation partielle
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, d'accueil familial thérapeutique, ou avec une catégorie de CMP-156, CHS-292, atelier thérapeutique-366, SMPR-415, CATTP-425 ou de centre de post-cure pour malades mentaux-430
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 (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
A15	Soins de suite et de réadaptation sans hébergement	Autorisation de soins de suite et de réadaptation sans hébergement
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	37
MCO – Médecine-Chirurgie-Obstétrique	40
PSY – Psychiatrie	49
SSR – Soins de suite et de réadaptation	59
USLD – Unités de soins de longue durée.....	64
HAD – Hospitalisation à domicile.....	67

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**, soit celui qui concourt effectivement à produire les prestations d'hospitalisation, au bénéfice des patients d'un établissement géographique donné.

Champ des personnels à inclure et concept d'ETP_T

Le personnel contribuant à l'activité externe décrite dans les bordereaux **doit être comptabilisé**. En revanche, **le personnel qui ne concourt pas directement à l'activité**, tels que les personnels administratifs (hors secrétaire médicale) ou les personnels techniques et ouvriers, **doit être exclu**, sauf s'il est mentionné explicitement dans les tableaux de personnel concourant à l'activité (par exemple, les ambulanciers sont comptabilisés dans le bordereau SMURSAMU, les secrétaires dans le bordereau URGENCES, etc.).

Ce personnel peut être salarié (quel que soit l'établissement qui le rémunère) ou libéral. Le personnel salarié mis à disposition doit être renseigné par le ou les établissements géographiques dans lequel il exerce, en effectif comme en équivalents temps plein (ETP), et non pas par l'établissement qui le rémunère.

La vision du personnel retenue ici diffère de celle des bordereaux Q20 à Q24, qui concernent le personnel rémunéré par l'entité avec une notion d'ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R). Dans les bordereaux d'activité, au contraire, c'est la notion **d'ETP moyens annuels travaillés (ETP_T)** qui sera mobilisée

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

Exemple : un psychologue exerçant quatre jours par semaine en MCO et un jour par semaine en SSR doit être comptabilisé en effectif à temps partiel dans le bordereau MCO et en effectif à temps partiel dans le bordereau SSR, et il doit être comptabilisé en ETP_T au prorata du temps passé : 0,8 ETP_T dans le bordereau MCO, et 0,2 ETP_T dans le bordereau SSR.

Dans le cas où la quotité de travail est difficile à estimer, les ETP_T pourront être calculés au prorata de l'activité ou, dans le cas extrême, en divisant les effectifs par le nombre de services où le personnel intervient.

Concernant le **personnel de recherche**, seul le personnel affecté à la **recherche clinique** doit être comptabilisé.

Les **pharmacien**, **odontologiste** et médecins spécialisés en **biologie médicale** doivent être comptabilisés avec **le personnel médical**. Le personnel des spécialités médico-techniques qui est affecté sur un plateau technique doit être comptabilisé dans le bordereau qui décrit cette activité médico-technique. Par exemple, un pharmacien de la PUI doit être compté une seule fois dans le bordereau PHARMACIE : il ne doit pas apparaître dans chacun des bordereaux dont les patients bénéficient de l'activité de la pharmacie. De la même façon le personnel du service d'imagerie doit être comptabilisé dans le bordereau Imagerie uniquement, même si cette activité se fait au bénéfice de patients hospitalisés en médecine.

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

Définitions des principaux concepts mesurés

• 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 géographique à cette date-là (c'est-à-dire même s'ils sont en congés simples).

Pour les **médecins libéraux**, les effectifs au 31 décembre sont approchés en comptant les libéraux qui sont intervenus dans l'établissement géographique au mois de décembre, pour éviter d'avoir un biais lié aux congés de fin d'année.

• Temps plein / temps partiel

Dans ce cadre, est considéré comme un temps plein toute personne qui exerce l'activité décrite dans le bordereau à temps plein, quel que soit son statut. Doit être comptabilisé comme temps partiel toute personne qui exerce l'activité décrite dans le bordereau à temps partiel, quels que soient son statut et sa quotité de travail (50 %, 80 %, 100 %, etc.), par exemple :

- Un attaché qui effectue 10 vacations par semaine dans une même discipline figurera comme temps plein dans cette discipline ;
- Un médecin à temps plein qui travaille dans une seule discipline comptera à temps plein dans la discipline ;
- Un médecin à temps plein qui partage son activité entre deux disciplines comptera à temps partiel dans chacune des disciplines ;
- Un médecin à temps plein en psychiatrie qui partage son activité entre deux établissements comptera à temps partiel dans le bordereau PSY de chacun des établissements.
- Un infirmier à temps partiel hebdomadaire (à 80 % par exemple) qui travaille dans une unique discipline, à laquelle il consacre l'intégralité de sa quotité de travail, comptera à temps partiel dans cette discipline.

• ETP moyens annuels travaillés (ETP_T)

Le décompte ETP_T prend en considération l'ensemble du temps dédié à l'activité dans une unité donnée, que le personnel y soit affecté ou y effectue une partie de son activité, celle-ci étant partagée dans d'autres unités ou structures. Cette notion d'**ETP moyens annuels travaillés** correspond aussi à la moyenne des ETP mensuels moyens travaillés. 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.

Par exemple :

- Un salarié qui travaille toute l'année à temps plein compte pour 1 ETP_T ;
- Un salarié qui travaille du 01 juillet au 31 décembre à temps plein compte pour 0,5 ETP_T ;
- Un salarié qui travaille à mi-temps toute l'année compte pour 0,5 ETP_T ;
- Un salarié qui travaille à mi-temps du 1^{er} juillet au 31 décembre compte pour 0,25 ETP_T.

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

La mesure concerne les **ETP moyens annuels travaillés** avec pour principal critère le temps de présence effectif, quel que soit le taux de rémunération. Il faut donc retrancher aux ETP_T le temps passé en congé maternité, en congé longue maladie, en congé longue durée, en longue formation. En revanche, les congés annuels et les congés maladie ordinaire n'ont pas à être retranchés. Un seul cas fait exception à cette règle : en cas de congé maladie ordinaire prolongé, défini par une durée d'arrêt de 90 jours ou plus (3 mois ou plus), et uniquement dans ce cas, il convient de retrancher aux ETP_T ce temps passé en arrêt maladie.

Par exemple :

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

Exemples

Cas 1 d'un personnel travaillant dans 2 établissements géographiques

Un psychiatre à temps plein partage son activité dans 2 établissements géographiques (appartenant chacun à une entité juridique différente par exemple) : 75 % de son temps dans l'établissement géographique A et 25 % de son temps dans l'établissement géographique B.

Dans le bordereau PSY, il sera comptabilisé : 1 en effectif à temps partiel dans l'établissement A et 1 en effectif à temps partiel dans l'établissement B. Les ETP_T seront calculés au prorata du temps passé dans chacun des établissements. Le décompte sera le même si les deux établissements appartiennent à la même entité juridique.

Bordereau PSY			
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	ETP_T
Établissement géographique A	0	1	0,75
Établissement géographique B	0	1	0,25

Cas 2 d'un personnel travaillant dans plusieurs disciplines au sein du même établissement

Un médecin à temps plein partage son activité dans plusieurs disciplines (80 % en SSR et 20% en MCO) au sein du même établissement géographique. Il sera comptabilisé : 1 en effectif à temps partiel dans le bordereau MCO et 1 en effectif à temps partiel dans le bordereau SSR. Les ETP_T seront calculés au prorata du temps passé dans chacune des disciplines.

	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	ETP_T
Bordereau MCO	0	1	0,20
Bordereau SSR	0	1	0,80

Divergence conceptuelles des interrogations sur le personnel entre les bordereaux d'activité de soins et les bordereaux de personnels rémunéré (Q20 à Q24) ou intermédiaire (INTERMED)

Mise en garde 1: un décompte d'effectifs différent entre les bordereaux d'activité (ETP_T) et les bordereaux de personnel rémunéré Q20 à Q24 (ETP_R)

Attention, la manière de décompter les effectifs dans les bordereaux d'activité est très différente de celle des bordereaux de personnel (Q20, Q21...), où l'emploi est comptabilisé en fonction de la rémunération, et non en fonction du temps consacré à l'activité de chaque discipline.

Ainsi, dans l'exemple 1, si le psychiatre est rémunéré uniquement par l'établissement géographique A, il sera compté, dans le bordereau Q20, pour 1 en effectif temps plein comme en ETP_R.

Bordereau Q20			
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	ETP_R
Établissement géographique A	1	0	1
Établissement géographique B	0	0	0

Mise en garde 2 : le personnel non-rémunéré directement par l'établissement (aussi appelé « intermédiaire ») du bordereau INTERMED peut également être compté dans les bordereaux d'activité

Par définition, le personnel intermédiaire est absent des bordereaux Q20 à Q24 (puisque n'est pas rémunéré directement par l'établissement), mais peut être présent dans la partie « personnel concourant à l'activité » des bordereaux d'activité, selon le type de personnel. Par exemple, une infirmière intérimaire exerçant son activité dans un service de dialyse comptera selon son ETP_R dans INTERMED, et selon son ETP_T dans le bordereau d'activité DIALYSE. Elle sera absente des bordereaux Q23 et Q24.

MEDECINE CHIRURGIE OBSTETRIQUE

(hors HAD, psychiatrie, SSR et SLD)

Description des capacités et des activités

			Médecine	Chirurgie	Gynécologie Obstétrique	Total MCO (calculé)
			2110 A	2120 B	2130 C	2100 D
Hospitalisation complète (dont hospitalisation de semaine)						
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 au 31/12 (hors postes de dialyse et de chimiothérapie)	6				
ou chirurgie ambulatoire	Séjours	7	PMSI	PMSI	PMSI	
dont hospitalisation de nuit	Places au 31/12	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	
Rhumumatologie	18	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Ophthalmologie	19	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

Données d'activité externe facturée dans le fichier ACE (en nombre)

	Activité externe du personnel médical	20	Actes cliniques (consultations)	Actes techniques (actes CCAM)
			A	B
Activité externe du personnel médical	dont actes techniques bucco-dentaires	22		
Activité externe des sages-femmes		59		
Activité externe du personnel non médical		21		

Populations cibles (pédiatrique, gériatrique, unité neurovasculaire)

A - UNITE PEDIATRIQUE

Existe-t-il un (ou plusieurs) service(s) ou une unité 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 pédiatrique

	Nombre de lits installés /places au 31/12	25	Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle
			A	B
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	M1000, M2000, M3020	28				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
dont pédiatres	M1140	29				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Infirmiers DE sans spécialisation	N2210	30					
Puéricultrices	N2340	31					
Auxiliaires de puériculture	N2530	32					
Masseurs kinésithérapeutes	N2410	33					
Psychologues	N2710	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 :

A37	
-----	--

Nombre d'évaluations extrahospitalières réalisées :

A38	
-----	--

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

A39	
-----	--

Nombre d'ETP (annuel) dans l'équipe :

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

	Code SAE		Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle	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					
Nombre de lits installés /places au 31/12		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)			A	B	C	D	E		
Personnel médical hors internes	M1000, M2000, M3020	45				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
dont gériatres	M1320	46				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
Infirmiers DE sans spécialisation	N2210	47							
Aides-soignants	N2510	48							
Ergothérapeutes	N2460	49							
Psychomotriciens	N2470	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) au 31/12	A53	
Nombre de séjours	A54	PMSI
Nombre de journées	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			
Personnel médical hors internes	M1000, M2000, M3020	56				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
dont neurologues	M1120	57				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Personnel non médical	N9999	58					

Médecine, Chirurgie, Gynécologie-Obstétrique

et populations cibles (unité 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. Ce bordereau ne prend toutefois pas en compte l'activité générée par les bébés restés auprès de leur mère, dont les séjours ne sont pas comptabilisés.

L'HAD 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 pédiatrie, de médecine gériatrique et neuro-vasculaire.

Les objectifs du bordereau sont :

- 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, depuis la refonte, obtenues à partir d'extractions des données PMSI des unités médicales concernées.

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 médico-techniques, le DIM et l'équipe administrative gestionnaire de la SAE.

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du bordereau FILTRE A1, A2, A3 (médecine, chirurgie et périnatalité avec hébergement), A39 (médecine sans hébergement), A7 (chirurgie ambulatoire), A12 (IVG, AMP clinique ou lactarium), et A16 (structure 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.

Décision du 18 avril 2014 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.

Remarques à propos de la répartition entre les disciplines Médecine, Chirurgie et Obstétrique :

Conformément à la nomenclature de disciplines d'équipement et à la nomenclature des unités médicales du PMSI-MCO, la réanimation et la surveillance continue sont à classer en médecine et la chirurgie obstétrique est à classer en gynécologie-obstétrique.

DESCRIPTION DES CAPACITÉS ET DES ACTIVITÉS

Dans le cas des unités médicales **mixtes**, la convention par défaut est que les capacités d'accueil sont des lits et que l'activité correspond à de l'hospitalisation complète. Cette convention peut être remise en cause si les patients passant une nuit à l'hôpital sont très peu fréquents. La convention peut également être remise en cause si le service est organisé pour accueillir des patients aussi bien en hospitalisation complète qu'en ambulatoire : les capacités d'accueil comprennent alors des lits et des places. Dans ce cas, la répartition entre lits et places peut se faire de deux manières : soit en proratisant en fonction des volumes d'activité en hospitalisation complète et partielle ; soit en comptant le nombre de places occupées par des patients en ambulatoire au 31/12 et en considérant le reste des capacités d'accueil comme des lits.

- **Lits d'hospitalisation complète 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. Le nombre de lits fermés temporairement est à inclure aussi, mais uniquement en cas de travaux ou désinfection.

Le nombre de lits installés correspond aux lits intégrés au sein de services d'hospitalisation complète, y compris l'hospitalisation de semaine. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

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, à l'exception de ceux restés auprès de leur mère. Les berceaux installés dans les maternités et les couveuses non agréées, obligatoires en équipement technique, ne sont pas comptabilisés. Ainsi, les berceaux accueillant les bébés restés auprès de leur mère, et dont l'activité n'est pas comptabilisée dans ce bordereau, ne sont donc pas à inclure dans le total du nombre de lits. Pour les établissements disposant de « lits kangourou », et uniquement lorsqu'ils donnent lieu à des suppléments néonatalogie de type NN1, ces lits sont considérés comme des lits de néonatalogie. Ils sont donc à comptabiliser avec les lits de médecine (colonne A).

Les capacités de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des structures d'accueil des urgences, des services de réanimation de soins intensifs et de soins continus (y compris ceux dévolus au post-chirurgie), de néonatalogie et de réanimation néonatale 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". En revanche, lorsque le lit est indisponible, il convient de retirer des journées exploitables le nombre de jours d'indisponibilité de ce lit.

En pratique, il faut réduire le nombre de journées exploitables dans trois types de cas :

- Le cas des unités d'hospitalisation de semaine : 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. Dans les autres unités en revanche, les jours fériés, week-end ou congés ne seront pas retranchés.
- Les indisponibilités pour travaux ou désinfection : un lit qui ne peut recevoir de patient pour cette raison ne peut plus être comptabilisé dans les journées exploitables pendant toute la durée d'indisponibilité. 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.
- Le cas particulier de patients qui ont besoin d'isolement (patient contagieux par exemple) : lorsque l'isolement d'un patient induit la transformation d'une chambre double en chambre simple, le lit ainsi inutilisé n'est plus compté dans les journées exploitables.

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 d'hospitalisation partielle (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. Étant donné que dans les séjours d'hospitalisation partielle (ligne 7) sont exclus les séjours de séances supérieurs à 0 jour, il convient également de les exclure dans le nombre de places en ligne 6. Sont alors exclus les postes de dialyse, les fauteuils de chimiothérapie et les fauteuils de biothérapie.

Cellules pré-remplies (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.

Suite à la suppression de l'UM 72 dans le PMSI (depuis le PMSI 2019), le suivi de l'activité d'IVG évolue : dans le cas où l'établissement n'a pas d'autre UM de gynécologie, d'obstétrique ou de gynécologie-obstétrique (UM 70, 71 ou 73), l'activité initialement réalisée dans l'UM 72 sera comptabilisée soit en chirurgie, soit en médecine, en fonction de l'UM de rattachement de cette activité. Si l'activité d'IVG est conséquente (nombre de séjours supérieur à 200), l'activité des IVG (repérées par les GHM) importée du PMSI sera automatiquement pré-remplie dans la colonne gynéco-obstétrique (colonne C). Les lits ou places accueillant ces patientes seront donc à comptabiliser là où l'activité sera déclarée.

Comme les années précédentes, l'activité liée à la prise en charge des bébés restés auprès de leur mère (nombre de séjours et de journées) n'est pas comptabilisée dans ce bordereau. En revanche, l'activité des unités de néonatalogie (04, 05) et de réanimation néonatale (06) est comptée en médecine. Depuis la SAE 2018, l'algorithme pour détecter les bébés restés auprès de leur mère a été amélioré : les bébés sélectionnés sont ceux de 0 ou 1 jour, identifiés à partir du GHM [commençant par 15M (nouveau-né) ou égal à 15C04A (petite chirurgie)], qui traversent uniquement l'UM où est hospitalisée leur mère, soit les UM de gynécologie et/ou d'obstétrique (70, 71, 73), ou bien uniquement l'UM 28 de médecine pédiatrique (hors unité d'oncologie médicale, spécialisée ou non). Depuis la SAE 2018, cette activité liée aux bébés restés auprès de leur mère est explicitement comptabilisée dans le bordereau Périnatalité.

Lignes 4 et 5 : Sont distingués le nombre de séjours de 0 jour correspondants (**ligne 4**), et sont comptabilisés les nombres de journées de présence, passées dans les UM rattachées à chaque discipline, correspondant à ces séjours (**ligne 5**).

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. Depuis la SAE 2014, les séjours de séances supérieurs à 0 jour ne sont plus comptabilisés.

Le nombre de séances est comptabilisé **ligne 10**, il s'agit des séances de la CMD 28. Certains séjours donnant lieu à plusieurs séances, la variable "nombre de séances" du RSA est utilisée.

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

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

ACTIVITÉS 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 1^{er} 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, 22 et 59** (destinées aux établissements publics et ESPIC uniquement) : Sont comptés les actes cliniques (consultations, **Colonne A**) et les actes techniques (actes CCAM, **Colonne B**) effectués et facturés (au sens où ils sont recensés dans le fichier PMSI-ACE) au profit de patients externes, uniquement pour l'activité externe programmée en MCO. De ce fait, ne sont pas comptabilisés les actes ni les consultations réalisés dans les services d'urgences la nuit et les jours fériés. L'activité externe réalisée dans les services de SSR et de PSY, dans les établissements hors champ de la SAE, comme les centres dentaires, n'est pas non plus comptabilisée. L'activité réalisée dans les centres de soins non programmés est également exclue du comptage. Ces données peuvent être issues du fichier PMSI ACE, c'est-à-dire à partir des fichiers e-PMSI exprimées dans les tableaux du RAFAEL (Résumés Anonymes de Facturation des Actes Externes Liés). Un tableau Ovalide spécifique pour la SAE (2.D.SAE) est disponible sous e-PMSI pour aider à renseigner ces cases.

Depuis la SAE 2016, les activités externes des sages-femmes sont comptabilisées et isolées (ligne 59) de celles du personnel non médical (ligne 21).

Les **actes cliniques** (consultations) comptabilisés sont le nombre (et non les coefficients) d'actes de toutes les lettres clés des consultations selon la NGAP, soit les codes C, APC, APV, APY, AVY, APU, CS, CSC, CNPSY, CDE, COE, SP, G, GS, CCX, CCP, CSO, CSM, CSE, BDC, BR2, BR4, TCG et TC. Les majorations (lettre clé commençant par M), les forfaits spécifiques (code commençant par SE, forfait FSD, ATU, FFM, FPE, F, N, etc.), les actes de biologie (lettre clé B) et les suppléments n'entrent pas dans ce décompte puisqu'ils ne sont que des compléments des consultations.

- **Case A20** : Pour le personnel médical hors sage-femme, le nombre de consultations correspond à la somme des actes de consultation de la NGAP, à laquelle il faut retirer les consultations des sages-femmes, qui se repèrent avec le code spécialité exécutant 21 (elles sont à comptabiliser en A59).
- **Case A59** : Actes cliniques des sages-femmes. Il s'agit de comptabiliser les actes de consultation de la NGAP avec un code spécialité exécutant égal à 21.

Les **actes techniques** comptabilisés sont le nombre (et non les coefficients) d'actes de la CCAM, via les codes regroupement, auxquels il faut soustraire les actes d'examen anatomopathologique (dont les 3^{ème} à 4^{ème} caractères des actes sont égaux à 'QX'), les actes complémentaires (i.e. ceux du chapitre 18), les suppléments (chapitre 19, acte commençant par 'YYYY') et les actes d'anesthésie (dont le code activité est égal à 4). Ces actes ne peuvent être utilisés qu'à titre complémentaire, et jamais seuls, et ne décrivent pas en eux-mêmes d'activité. Les comptabiliser représenterait alors un double-compte par rapport à l'acte qu'ils accompagnent. Ils ne sont donc pas à prendre en compte. Avec ces actes, il faut également comptabiliser le nombre d'actes des lettres clés des quelques actes techniques encore codés en NGAP.

- **Case B20** : Pour le personnel médical hors sage-femme, les codes regroupements des actes CCAM retenus sont : ACO, ADA, ADC, ADE, ADI, ATM, AXI, DEN, END, ICO, IMP, INO, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN, SDE, TDS, BR1, CM0, CT0, CT1, CZ0, CZ1, IC1, IN1, PA0, PA1, PF0, PF1, PT0, RA0, RE1, RF0 et RS0, ainsi que les lettres clés NGAP ORT, TO, K, KMB et Z. Les actes techniques des sages-femmes qui sont à retirer se repèrent avec le code spécialité exécutant 21 (ils sont à comptabiliser en B59).
- **Case B22** : Dont actes techniques bucco-dentaire exprimés en actes CCAM. Les codes regroupements retenus sont : AXI, DEN, END, ICO, IMP, INO, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN, SDE, TDS, BR1, CM0, CT0, CT1, CZ0, CZ1, IC1, IN1, PA0, PA1, PF0, PF1, PT0, RA0, RE1, RF0 et RS0, ainsi que les lettres clés NGAP ORT et TO.
- **Case B59** : Actes des sages-femmes correspondant aux codes regroupements ACO, ADA, ADC, ADE, ADI et ATM de la CCAM avec le code spécialité exécutant 21, et aux lettres clés SP, SF et SFI de la NGAP. Cet indicateur doit être calculé en nombre d'actes.

- **Case B21** : Activité externe du personnel non médical. Comptabiliser l'ensemble des lettres clés AMS, AMC, AMI, AMK, AIS, DI, AMP, POD, RNO, AMO et AMY de la NGAP. Cet indicateur doit être calculé en nombre d'actes.

Les consultations (actes cliniques) 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, etc.) sont à inclure.

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

Attention : l'activité externe facturée dans le fichier PMSI ACE des sages-femmes est, depuis la SAE 2015, comptabilisée. Leur activité est également isolée dans le bordereau périnatalité.

POPULATIONS CIBLÉES (pédiatrique, gériatrique, unité neuro-vasculaire)

UNITÉ PÉDIATRIQUE

Seuls les établissements ayant typé une UM d'unité pédiatrique dans leur PMSI MCO peuvent et doivent remplir de l'activité et des capacités d'accueil pour cette partie du questionnaire. Les UM prises en compte sont les unités pédiatriques suivantes : '07B', '13A', '13B', '14A', '14B', '22_', '52_' ou '28_'.

Case A23 : Existence d'un service ou unité (médecine ou chirurgie) pédiatrique dans l'établissement

L'établissement répondra « oui » uniquement s'il dispose, dans son PMSI MCO, d'une UM de pédiatrie appartenant à la liste suivante : UHCD des urgences pédiatriques, unités de réanimation pédiatrique, de soins de surveillance continue pédiatrique, d'hémodialyse en centre pour enfant, de chirurgie pédiatrique ou de médecine pédiatrique. Ces unités sont identifiées avec un code parmi la liste suivante : '07B', '13A', '13B', '14A', '14B', '22_', '52_' ou '28_'.

Case 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 en urgences générales mais 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 de ces unités 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 ou désinfection. Les berceaux des bébés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Cellules pré-remplies (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 pédiatriques (unités de type '07B', '13A', '13B', '14A', '14B', '22_', '52_' ou '28_'). Dans la case A26, est comptabilisé également le nombre de séjours de 0 jour réalisés dans une unité médicale typée en hospitalisation complète. En revanche, les séances sont exclues des séjours en hospitalisation partielle.

Ligne 27 : Nombre de journées de présence correspondant aux séjours d'hospitalisation complète.

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

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins du service ou de l'unité 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 et 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_T correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à 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'activités de soins »).

Colonnes D et E : Indiquer la forme que prend la permanence des soins des médecins seniors (= médecins qualifiés hors internes) pour l'activité de pédiatrie, en distinguant l'existence d'une garde (définition : un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou d'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 GÉRIATRIQUE

Seuls les établissements ayant typé une UM d'unité gériatrique dans leur PMSI MCO peuvent et doivent remplir de l'activité et des capacités d'accueil pour cette partie du questionnaire. Les UM prises en compte sont les unités gériatriques de type '27'.

Cases 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 DE sans spécialisation, 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).

Le nombre d'évaluations demandé en cases **A37** et **A38** concerne des évaluations médicales.

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

Ligne 42 : Lits et places d'hospitalisation. 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 ou désinfection.

Cellules pré-remplies (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'). Dans la case A43, est comptabilisé également le nombre de séjours de 0 jour réalisés dans une unité médicale typée en hospitalisation complète.

Ligne 44 : Nombre de journées de présence correspondant aux séjours d'hospitalisation complète.

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 et 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_T correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à 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'activités de soins »).

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 gériatrique, en distinguant l'existence d'une garde (définition : un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou d'une astreinte (en dehors des heures ouvrables, un médecin est joignable à domicile).

ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

Seuls les établissements ayant typé une UM d'unité neurovasculaire dans leur PMSI MCO peuvent et doivent remplir de l'activité et des capacités d'accueil pour cette partie du questionnaire. Les UM prises en compte sont les unités de type '17' et '18'.

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 sus-citées (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 case A53.

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

Cellules pré-remplies (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 neuro-vasculaire

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 et 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_T correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à 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'activités de soins »).

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 en UNV, en distinguant l'existence d'une garde (définition : un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou d'une astreinte (en dehors des heures ouvrables, un médecin est joignable à domicile).

PSYCHIATRIE (1/2)

Participation à la sectorisation psychiatrique :

A0	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> 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 compris USMP d'un autre établissement) :

A4	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
----	---

L'établissement hospitalier a-t-il une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) ?

A43	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

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

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

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

B41	
-----	--

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

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

A42	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

B42	
-----	--

L'établissement a-t-il une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) de niveau 2 ?

A44	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

Capacité d'accueil

	Prises en charge à temps complet							Prises en charge à temps partiel		
	Nombre de lits ou places installées au 31/12						Nombre de journées-lits exploitables	Nombre de places au 31/12	Nombre de structures au 31/12	
	Hospitalisation à temps plein	Accueil 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				
	A	B	C	D	E	F	J	G	H	I
Psychiatrie générale	6									
Psychiatrie infanto-juvénile	7									
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	8									
Total psychiatrie (calculé)	9									

(*) hors urgences générales (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	Accueil 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
	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										

(*) doivent être uniquement comptabilisés les séjours à temps plein et non l'ensemble des séjours à temps complet

(**) hors urgences générales (question A38)

Prise en charge ambulatoire (Hôpitaux publics et ESPIC uniquement)

	CAPACITES						ACTIVITE					
	Nombre de structures au 31/12						Nombre d'actes, soins et interventions :					
	CMP		Unité de consultation des services de psychiatrie	CATTP	CMP	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	
	K	L										
Psychiatrie générale	14											
Psychiatrie infanto-juvénile	15											
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	16											
Total psychiatrie (calculé)	17						49					

PSYCHIATRIE (2/2)

File active

Mode légal de soins

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			

	Nombre de patients	Nombre de mesures	TEMPS COMPLET		TEMPS PARTIEL		AMBULATOIRE	
			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) (M9999)										PERSONNEL non MEDICAL : Personnel des SERVICES de SOINS, EDUCATIFS et SOCIAUX (N2000+N3000)											
Psychiatres (M3020)					Autre personnel médical					Existence d'une garde senior 24h/24 ?		Existence d'une astricte senior 24h/24 ?		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	dont ETP des Infirmiers DE et cadres (N2100, N2200, N2300)	dont ETP des Aidés-soignants (N2500)	dont ETP des Psychologues (N2700)	dont ETP des Personnels de rééducation (N2400)	dont ETP des Personnels éducatifs et sociaux (N3000)
Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	G	H	I	J	K	L	M	N	P	Q						
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	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 en unité d'hospitalisation temps plein	36																				

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

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

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

A	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	B	
	Si oui, Nombre d'ETP (annuel) de psychiatres de secteur participant aux urgences de l'hôpital général :		<input type="text"/>
	Si oui, Nombre d'ETP (annuel), tout personnel confondu, dédiés à cette activité :		<input type="text"/>
	Si oui, Nombre d'ETP (annuel), tout personnel confondu dédiés à cette activité :		<input type="text"/>

NOTE : Si l' existe une équipe mobile psychiatrie-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, et plus généralement toutes les activités concernant les disciplines sociales et médico-sociales (type maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil médicalisé, etc.).

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).

L'activité ambulatoire réalisée en USMP (niveau 1) est déclarée dans le bordereau PN par l'établissement qui s'est vu confié la gestion de l'USMP par l'ARS. En revanche, l'activité à temps partiel réalisée dans le cadre des USMP de niveau 2 est à inclure dans le bordereau PSY. L'activité des UHSA (unités hospitalières spécialement aménagées) est également collectée dans le bordereau PSY.

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

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 bordereau FILTRE A4 (psychiatrie avec hébergement) et A8 (psychiatrie sans hébergement).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi de 2011.

Circulaire DHOS/F3/02 n°2005-553 du 15 décembre 2005.

Article R6122-25 relatif aux activités de soins en psychiatrie.

NOUVEAUTES SAE 2021

La question A41 de ce bordereau permet de repérer la présence dans les établissements de santé d'Unités pour Malades Difficiles (UMD), d'Unités pour Malades Agités et Perturbateurs (UMAP) ou d'Unités Psychiatrique Intersectorielle Départementale (UPID). Dans cette question A41, le terme Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie (USIP) a remplacé les termes UMAP et UPID.

Rappel : depuis la SAE 2019, l'activité ambulatoire des USMP de niveau 1 est entièrement collectée dans le bordereau PN, tandis que l'activité des SMPR (niveaux 1 et 2) et des UHSA (niveau 3) est recensée dans le bordereau PSY. Pour avoir un panorama complet des structures réalisant des soins psychiatriques pour les détenus, et différencier les SMPR des USMP de niveau 2, une question sur l'existence d'une USMP de niveau 2 dans l'établissement a été ajoutée en case A44 depuis la SAE 2020. En effet, les hospitalisations de jour se font soit en SMPR, soit en USMP de niveau 2.

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 et 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 d'identification des secteurs 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 d'identification des secteurs 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 d'identification des secteurs qui lui est attribué est composé ainsi : « Numéro Finess de l'établissement » Z « un numéro d'ordre en deux chiffres ».

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'USMP (ex-UCSA).

2- INFORMATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS DÉTENUS OU « AGITÉS OU DIFFICILES »

Case A43 : Existence ou non d'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA). Les hospitalisations, avec ou sans consentement, des personnes incarcérées atteintes de troubles mentaux sont réalisées dans des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) définies par l'arrêté du 20 juillet 2010. Si l'établissement dispose d'une telle unité, indiquer OUI. Dans ce cas, les capacités et l'activité en hospitalisation à temps plein en milieu pénitentiaire (**cases A8, A12 et B12**) doivent obligatoirement être renseignées avec les informations de l'UHSA.

Case A41 : Préciser s'il existe une équipe spécialisée dans la prise en charge des patients agités ou difficiles.

- USIP : Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie (ex UMAP et UPID)
- UMD : unités pour malades difficiles.

Case B41 : Si oui, indiquer le nombre d'ETP, tout personnel confondu, dédiés à cette activité.

Cases A42 et B42 : Indiquer si l'établissement a un service médico-psychologique régional (SMPR). Dans ce cas, préciser le nombre d'ETP, tout personnel confondu, dédiés à cette activité. L'activité à domicile ou en institution substitutive au domicile en milieu pénitentiaire (**case F16**) doit alors être renseignée. Dans le cadre du SMPR, les détenus peuvent être accueillis en hospitalisation de jour. Dans ce cas, cette activité doit être déclarée en cases I12 et K12.

Case A44 : Existence ou non d'une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) de niveau 2. Les hospitalisations de jour ont lieu soit dans les établissements pénitentiaires dans le cadre d'un SMPR (psychiatrie), soit dans les établissements de santé dans le cadre d'une USMP de niveau 2 (MCO faisant de la psychiatrie ou d'autres soins en MCO). Pour avoir un panorama complet des structures réalisant des soins psychiatriques pour les détenus, cette question a été ajoutée pour permettre de différencier les prises en charge par des SMPR de celles des USMP de niveau 2.

3- 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 SMPR et USMP de niveau 2 notamment. Les soins auprès des personnes détenues se structurent en trois niveaux : Niveau 1 (consultations, prestations et activités ambulatoires), niveau 2 (prise en charge à temps partiel) pour les SMPR / USMP (ex-UCSA) et niveau 3 (prise en charge à temps complet) pour les UHSA.

NATURES DE PRISE EN CHARGE ET FORMES D'ACTIVITÉ

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]
- l'accueil 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 accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences [E6 à E9 et F10 à F13]
- l'hospitalisation à domicile au sens d'une prise en charge 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 7 ci-après.

Principe général : Les capacités d'accueil et l'activité doivent être déclarées en fonction des autorisations détenues par l'établissement. En particulier, l'activité doit être comptabilisée dans l'unité où elle est réalisée. Par exemple, en l'absence d'une autorisation d'hospitalisation partielle de nuit, si les venues de nuit sont prises en charge dans le service d'hospitalisation complète et si les patients sont accueillis dans des lits de ces unités, alors cette activité doit être comptée en hospitalisation complète. Il conviendra donc de ne pas déclarer de place en hospitalisation de nuit, puisque cela ne serait pas cohérent avec les autorisations détenues.

4- 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. Le nombre de lits fermés temporairement est à inclure aussi, mais uniquement en cas de travaux ou 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.

Colonnes F, G et H, lignes 6 à 9 : Nombre de places

Cases F6 à F9 : Il s'agit du nombre de patients pouvant être pris en charge à domicile au 31 décembre de l'année compte tenu du personnel pouvant délivrer les soins.

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 J6 à J9 : Nombre de journées-lits exploitables en hospitalisation à temps plein

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 exploitable pendant toute une année fournira 365 « journées-lits exploitables » (ou 366 les années bissextiles). En revanche, lorsque le lit est indisponible, il convient de retirer des « journées-lits exploitables » le nombre de jours d'indisponibilité de ce lit.

En pratique, il faut réduire le nombre de journées exploitables dans trois types de cas :

- Le cas des unités d'hospitalisation de semaine : les « journées-lits exploitables » sont calculées sur la base des journées réelles d'ouverture des unités, en déduisant les journées de week-end et jours fériés. Dans les autres unités en revanche, les jours fériés, week-end ou congés ne seront pas retranchés.
- Les indisponibilités pour travaux ou désinfection : un lit qui ne peut recevoir de patient pour cette raison ne peut plus être comptabilisé dans les « journées-lits exploitables » pendant toute la durée d'indisponibilité. 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.
- Le cas particulier de patients qui ont besoin d'isolement (patient contagieux par exemple) : lorsque l'isolement d'un patient induit la transformation d'une chambre double en chambre simple, le lit ainsi inutilisé n'est plus compté dans les « journées-lits exploitables ».

Cases I6 à I9 : Nombre de structures

Pour les ateliers thérapeutiques, c'est un nombre de structures au 31 décembre de l'année qui est demandé, car le nombre de places n'est pas défini.

5- ACTIVITÉ À TEMPS COMPLET

Cases A10 à A13 : Nombre de séjours en hospitalisation à temps plein. 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. Dans le cas de permissions, sorties temporaires ou équivalents, le séjour n'est pas clôturé, mais seulement suspendu.

Colonnes B à H, lignes 10 à 13 : Le nombre de journées 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 L.3211-11-1 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.
- prises en charge dans un autre groupe de discipline (médecine, chirurgie, etc.).

6- ACTIVITÉ À TEMPS PARTIEL

Colonnes I à K, lignes 10 à 13 : Au sein des séquences de prises en charge à temps partiel, par forme d'activité, le nombre de venues en équivalent journée correspond :

- à la somme des nombres de jours de présence dans le cas de venues d'une journée entière ;
- à la somme des demi-journées de présence dans le cas de venues d'une demi-journée, que l'on divise par 2 pour avoir un équivalent journée. Par exemple, si 13 demi-journées sont enregistrées, il convient d'indiquer $13/2=6,5$ soit 7 équivalents journées.

Les définitions des notions de journée et de demi-journée sont celles du RIM-P. Pour le privé à but lucratif, la notion de venues correspond aux séances.

L'activité à temps partiel réalisée dans le cadre des SMPR et des USMP de niveau 2, c'est-à-dire réalisée dans les locaux sanitaires des établissements pénitentiaires, est à déclarer en **cases I12 et K12**.

7- PRISES EN CHARGE EN AMBULATOIRE – NE CONCERNENT QUE LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET LES ESPIC

Colonnes K, L, M et C, lignes 14 à 17 : Capacités

Le nombre de structures au 31 décembre de l'année correspond au nombre de centres médico-psychologiques (CMP) (lieu L01 dans le RIM-P), d'unités de consultations des secteurs ou services de psychiatrie (lieu L02 dans le RIM-P) et de centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) (lieu L11 dans le RIM-P) ouvert au 31 décembre pour lesquels un nombre de lits ou places n'est pas défini. Pour les CMP, sont distinguées les structures ouvertes moins de 5 jours par semaine de celles ouvertes 5 jours ou plus par semaine. Rappelons les éléments de définition suivants :

- Les CMP sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, et sont rattachés à un établissement de santé. Ils organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Une équipe pluridisciplinaire assure la coordination des soins psychiatriques.
- Les unités de consultations correspondent à des lieux de prise en charge au sein d'un ou de plusieurs services de l'établissement de santé (hors CMP). Ce sont ici le ou les services qui accueillent des patients pour des consultations. En comparaison avec le champ MCO, ils s'apparentent aux services où les patients sont accueillis en consultation externe.
- Les CATTP sont des lieux de soin public proposant des actions thérapeutiques de soutien.

Pour adopter un point de vue d'offre de soin et assurer une cohérence entre l'activité et les capacités, les trois types de structures seront comptabilisées de façon distincte, même si elles sont situées à la même adresse.

Par exemple : si 1 CATTP, 1 CMP et 1 unité de consultation sont localisés géographiquement à une même adresse, il convient de les comptabiliser séparément et de dénombrer 3 structures distinctes dans le questionnaire, 1 pour chacun des trois types de structures de prise en charge ambulatoire.

Pour les CMP en milieu pénitentiaire (**cases K16 et L16**), ne doivent être comptabilisés que les CMP qui accueillent uniquement des personnes sous main de justice, en obligation ou en injonction de soins. Si une structure de CMP accueille à la fois des patients sous main de justice et d'autres patients, alors cette structure est à compter en ligne 14.

Colonnes E à I et N et O, lignes 14 à 17 : Activité

Dans la logique de la grille EDGAR (Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion), 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)¹, les actes sont décrits dans les lieux suivants :

Cases N14 à N16 : En CMP (lieu L01 dans le RIM-P). Pour les CMP en milieu pénitentiaire, seule l'activité des CMP accueillant uniquement des personnes sous main de justice, en obligation ou en injonction de soins, est à comptabiliser.

Cases O14 et O15 : En unité de consultation des secteurs ou services de psychiatrie (lieu L02 dans le RIM-P).

Cases E14 à E16 : En CATT (lieu L11 dans le RIM-P).

Cases F14 et F15 : À domicile ou en institution substitutive au domicile, pour la psychiatrie générale et infanto-juvénile lieu d'acte L07 dans le RIM-P), incluant les appartements protégés et les placements familiaux non sanitaires.

Case F16 : En institution substitutive au domicile, pour la psychiatrie en milieu pénitentiaire (lieu d'acte L06 dans le RIM-P). En particulier, il convient de compter l'activité des SMPR. L'activité ambulatoire des USMP est à déclarer dans le bordereau PN par l'établissement qui a la gestion de l'USMP.

Cases G14 et G15 : 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 et H15 : En unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence) (lieux L09 et L10 dans le RIM-P).

Cases I14 et I15 : En établissement médico-éducatif / PMI / milieu scolaire (crèches, centres de formation) (lieux L04 et L05 dans le RIM-P).

8- 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 1^{er} 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 en 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).

¹ MIPARESXY : Médecins, Infirmiers, Psychologues, Aides sociaux, Rééducateurs, Éducateurs, autres Soignants, équipes pluridisciplinaires dont un médecin (X) et équipes pluridisciplinaires sans médecin (Y).

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 2018 et ayant eu en 2019 plus de 292 jours d'hospitalisation à temps plein (4/5èmes de l'année).

9- 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 loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi de 2011 étend ce régime aux soins ambulatoires.

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

- Soins psychiatriques libres (code 1 dans le RIM-P)
- Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (article L.3213-1 du code de la santé publique) (code 3 dans le RIM-P)
- Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables (articles L.3213-7 du CSP et 706-135 du CPP) (code 4 dans le RIM-P)
- Soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement (OPP) (code 5 dans le RIM-P)
- Soins psychiatriques aux détenus (article D398 du CPP) (code 6 dans le RIM-P)
- Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, y compris en urgence (code 7 dans le RIM-P)
- Soins psychiatriques pour péril imminent (code 8 dans le RIM-P)

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 1^{er} 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 1^{er} janvier, auxquelles sont ajoutées les nouvelles mesures prises dans l'année.

Le nombre de mesures n'est pas toujours égal au nombre de séjours. En effet, si lors de l'hospitalisation d'un patient, le mode légal de soins change pour passer, par exemple, des « soins psychiatriques pour péril imminent » à « soins psychiatriques à la demande d'un tiers », alors le nombre de mesures sera égal à 2 alors que ce sera toujours le même séjour (avec deux séquences différentes). En principe, le nombre de mesures est retracé dans le système d'information ou, à minima, il est inscrit dans le dossier patient.

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 5, à décliner par mode légal de soins.

Cases D22 à D28 : Nombre de venues en équivalent journée

La définition du nombre de venues en équivalent journée est le même qu'en paragraphe 6, 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 7, à décliner par mode légal de soins.

10- PERSONNEL

Lignes 29 à 32 : Les effectifs et les équivalents temps plein travaillés (ETP_T) sont ceux qui contribuent à l'activité décrite dans le bordereau. 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_T 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'activités de soins »).

Colonnes G et H : Indiquer la forme que prend la permanence des soins des médecins seniors (= médecins qualifiés hors internes) en distinguant l'existence d'une garde (définition : un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou d'une astreinte (en dehors des heures ouvrables, un médecin est joignable à domicile).

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

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

Colonne Q : 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_T 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 à temps plein (appartement thérapeutique, postcure, accueil familial thérapeutique, etc.).

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.

11- 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.

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 journées-lits exploitables	Nombre de places au 31/12 (HP)	Nombre de séjours HC	Nombre de jours de présence HC	Nombre de séjours HC supérieurs à 3 mois	Nombre de jours de présence HP
			A	B	J	C	E	F	G	I
Soins de suite et de réadaptation ADULTE										
	Total ADULTE	1					PMSI		PMSI	
50	Polyvalent	2	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					PMSI		PMSI
51	Affections de l'appareil locomoteur	3	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					PMSI		PMSI
52	Affections du système nerveux	4	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					PMSI		PMSI
53	Affections cardio-vasculaires	5	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					PMSI		PMSI
54	Affections respiratoires	6	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					PMSI		PMSI
55	Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	7	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					PMSI		PMSI
56	Affections onco-hématologiques	8	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					PMSI		PMSI
57	Brûlés	9	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					PMSI		PMSI
58	Conduites addictives	10	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					PMSI		PMSI
59	Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	11	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					PMSI		PMSI

	Soins de suite et de réadaptation HORS ADULTE ("Enfant")									
		12					PMSI		PMSI	
50	Polyvalent	13	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					PMSI		PMSI
51	Affections de l'appareil locomoteur	14	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					PMSI		PMSI
52	Affections du système nerveux	15	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					PMSI		PMSI
53	Affections cardio-vasculaires	16	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					PMSI		PMSI
54	Affections respiratoires	17	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					PMSI		PMSI
55	Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	18	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					PMSI		PMSI
56	Affections onco-hématologiques	19	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					PMSI		PMSI
57	Brûlés	20	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					PMSI		PMSI
58	Conduites addictives	21	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					PMSI		PMSI
	Total SSR (champ calculé)	22								

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

Disposez-vous d'une équipe mobile de SSR (réadaptation, handicap...) ?

A59

oui

non

Equipement spécifique

(libellés issus de l'enquête 2011 - DGOS_ATIH)

Disposez-vous des équipements suivants ?

	Non	Oui, sur place	Oui, dans un autre établissement (au sens ET)	
	C	A	B	
1. Appareil d'isokinésisme (exclusion faite des appareils d'isokinésisme filin)	23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement	24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Equipements d'exploration de l'équilibre et de posture	25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Assistance robotisée de la marche	26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Assistance robotisée des membres supérieurs à des fins de rééducation	27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Simulateur de conduite automobile	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Véhicule adapté pour personne à mobilité réduite	29	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
9. Appartement d'autonomie (comportant, à minima, les pièces suivantes : chambre, salle de bain/toilettes, espace cuisine, salle à manger/salon)	31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Locaux permettant la simulation d'espaces de vie	32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Piscine et balnéothérapie	33	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
13. Salles interventionnelles pour réalisation de pansements complexes, parfois sous anesthésie générale	35	<input type="checkbox"/>	<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
			A	B	C
Médecins de médecine physique et réadaptation	36	M1180			
Médecins généralistes (hors gériatries)	37	M1010 (hors M1320)			
Gériatres	38	M1320			
Cardiologues	39	M1040			
Endocrinologues, maladies métaboliques	40	M1070			
Neurologues	41	M1120			
Pédiatres	42	M1140			
Pneumologues	43	M1150			
Rhumatologues	44	M1190			
Psychiatres	46	M3020			
Autre personnel médical	47				

<u>Personnel non médical</u>		Code SAE	Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels
			A	B	C
Personnels infirmiers DE avec ou sans spécialisation (y compris encadrement)	48	N2120, N2200 et N2300			
Massseurs kinésithérapeutes (y compris encadrement)	49	N2130, N2410			
Orthophonistes	50	N2430			
Diététiciens	51	N2450			
Ergothérapeutes	52	N2460			
Psychomotriciens	53	N2470			
Aides-soignants	54	N2500			
Psychologues	55	N2710			
Assistants de service social	56	N3120			
Personnels éducatifs	57	N3100 hors N3120 et non diplômés			
Autre personnel non médical	58				60

Soins de suite et de réadaptation

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.

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

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.

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

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du bordereau FILTRE A5 (soins de suite et réadaptation avec hébergement) et A15 (soins de suite et réadaptation sans hébergement).

CAPACITÉ ET ACTIVITÉ

Tous les établissements doivent remplir les données de capacité en fonction des autorisations détenues et en regard de l'activité importée à partir du PMSI SSR, ou de cette activité corrigée.

Si vous constatez **une incohérence entre les informations importées du PMSI et les autorisations que vous possédez**, vous devez en effet **corriger les données** : soit en corrigeant l'autorisation, soit en copiant le nombre de journées dans la cellule correspondant à l'autorisation détenue. De plus, vous devez contacter le service DIM pour corriger les futures transmissions des données du PMSI afin que les incohérences ne se reproduisent plus.

Les capacités à renseigner doivent donc être cohérentes à la fois avec les autorisations détenues et avec l'activité.

Les lignes 2 à 11 concernent le SSR « Adulte », les lignes 13 à 21 le SSR « Enfant », qui correspond aux trois modalités « Enfant », « Juvénile » et « Pédiatrie ». La distinction adulte/enfant se fait selon le service où le patient est présent et non selon l'âge du patient. Un enfant n'a, en principe, vocation à être pris en charge que dans un service autorisé à la prise en charge des enfants/adolescents. Cependant, il est possible qu'une personne âgée de moins de 18 ans soit accueillie dans un service adulte. Si vous constatez que l'activité importée du PMSI n'est pas cohérente avec la modalité d'autorisation de soins (adulte/enfants), vous devez corriger l'activité et contacter votre service DIM.

Dans le cas où l'établissement dispose d'une dérogation pour accueillir des enfants (ou des adultes) dans un service « Adultes » (ou « Enfants »), il convient également de renseigner les capacités et l'activité selon les autorisations détenues par l'établissement, c'est-à-dire dans le service « Adultes » (ou « Enfants »).

Pour l'ensemble des colonnes hors colonnes E, G et J, les lignes 1 et 12 sont des totaux calculés de façon automatique. Pour l'ensemble des colonnes, y compris colonnes E, G et J, la ligne 22 correspond aux 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. Les autorisations sont pré-remplies par celles figurant dans Arhgos, application de gestion des autorisations par les ARS. Les autorisations sont à valider ou à corriger si besoin 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. Le nombre de lits fermés temporairement est à inclure aussi, mais uniquement en cas de travaux ou

désinfection. Le nombre de lits correspond aux lits intégrés au sein de services d'hospitalisation complète, y compris l'hospitalisation de semaine. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

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

La plupart du temps, l'organisation de l'établissement permet de distinguer, via des UM ou des UF différentes, les capacités de prise en charge par autorisation : il faut donc détailler les lits par type de prise en charge. Dans le cas d'une UM disposant de plusieurs autorisations, il faut répartir le nombre de lits de l'UM entre les lignes correspondant à chacune des autorisations détenues. Dans le cas où l'établissement ne peut pas répartir de façon précise ses lits par type de prise en charge, et uniquement dans ce cas, il convient d'estimer le nombre de lits par type d'autorisation au prorata de l'activité.

Colonne J : 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 exploitable pendant toute une année fournira 365 « journées-lits exploitables » (ou 366 les années bissextiles). En revanche, lorsque le lit est indisponible, il convient de retirer des « journées-lits exploitables » le nombre de jours d'indisponibilité de ce lit.

En pratique, il faut réduire le nombre de journées exploitables dans trois types de cas :

- Le cas des unités d'hospitalisation de semaine : les « journées-lits exploitables » sont calculées sur la base des journées réelles d'ouverture des unités, en déduisant les journées de week-end et jours fériés. Dans les autres unités en revanche, les jours fériés, week-end ou congés ne seront pas retranchés.
- Les indisponibilités pour travaux ou désinfection : un lit qui ne peut recevoir de patient pour cette raison ne peut plus être comptabilisé dans les « journées-lits exploitables » pendant toute la durée d'indisponibilité. 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.
- Le cas particulier de patients qui ont besoin d'isolement (patient contagieux par exemple) : lorsque l'isolement d'un patient induit la transformation d'une chambre double en chambre simple, le lit ainsi inutilisé n'est plus compté dans les « journées-lits exploitables ».

Le nombre de journées-lits exploitables est à renseigner pour la totalité des services « Adultes » et « Enfants » (regroupement des trois modalités « Enfant », « Juvénile » et « Pédiatrie »). La distinction par type d'autorisation n'est pas demandée.

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 correspondent au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps.

La plupart du temps, l'organisation de l'établissement permet de distinguer, via des UM ou des UF différentes, les capacités de prise en charge par autorisation : il faut donc détailler les places par type de prise en charge. Dans le cas d'une UM disposant de plusieurs autorisations, il faut répartir le nombre de places de l'UM entre les lignes correspondant à chacune des autorisations détenues. Dans le cas où l'établissement ne peut pas répartir de façon précise ses places par type de prise en charge, et uniquement dans ce cas, il convient d'estimer le nombre de places par type d'autorisation au prorata de l'activité.

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

Colonne E : Nombre de séjours dans l'année en hospitalisation complète. Sont comptabilisés tous les séjours commencés et/ou terminés pendant l'année et les séjours à cheval sur plusieurs années pour lesquels au moins une journée de présence a été comptabilisée au cours de l'année, c'est-à-dire tous les séjours pour lesquels au moins un résumé hebdomadaire standardisé (RHS) a été enregistré pendant l'année.

L'année correspond à l'année « PMSI » et non à l'année civile (ce qui était retenu pour les SAE 2014 et précédentes), c'est-à-dire commençant à partir du lundi de la semaine contenant le 4 janvier.

L'hospitalisation complète est sélectionnée via la modalité 1 de la variable « type d'hospitalisation » des RHS. Depuis la SAE 2015, seuls les totaux SSR « Adulte » et SSR « Enfants » (regroupement des trois modalités « Enfant », « Juvénile » et « Pédiatrie ») sont renseignés. Le détail par âge est pré-rempli suivant les modalités de la variable « Type d'autorisation de l'unité médicale » des RHS. Pour la distinction adulte/enfant, le 3^{ème} caractère de cette variable est utilisé pour discriminer les séjours (code A pour les adultes, somme des codes J, E et P pour les enfants).

Le détail des séjours par type d'activité (correspondant aux autorisations possibles) n'est pas demandé pour ne pas compter des séjours plusieurs fois, plusieurs types d'autorisation pouvant se succéder pour un même séjour.

Colonne F : Nombre de jours de présence en hospitalisation complète. Sont comptabilisés les jours de présence de l'année au sens PMSI, par activité, pour les séjours déclarés dans la colonne E. L'année « PMSI » est différente de l'année civile et commence à partir du lundi de la semaine contenant le 4 janvier. Le jour de présence correspond désormais au nouveau concept PMSI introduit en 2017 : comptabiliser le jour d'entrée comme une journée de présence pour l'unité médicale de SSR si le patient y est présent à minuit. Les jours de la sortie vers le domicile, par mutation ou par transfert définitif ne doivent pas être comptés comme des journées de présence pour l'unité médicale de SSR, sauf en cas de décès du patient.

Les détails par service (« Adultes » et « Enfants », i.e. hors « Adultes ») et type d'activité (autorisations) sont pré-remplis suivant les modalités de la variable « Type d'autorisation de l'UM » des RHS. Comme pour les séjours, le 3^{ème} caractère sert à discriminer entre « Adultes » et « Enfants ». Pour les journées, les 2 premiers caractères de la variable (codes 50 à 59) permettent de remplir les codes d'activité.

Pour rappel, dans le cas général, une UM est rattachée à une seule autorisation, le nombre de jours par autorisation correspond donc bien aux nombres de journées passées dans l'UM correspondante (ou la somme des journées des UM correspondantes). Dans le cas particulier où une même unité médicale regroupe plusieurs des autorisations accordées à un établissement, le type d'autorisation de l'UM figurant dans les RHS correspond à l'autorisation exercée par l'équipe pluridisciplinaire prenant en charge le patient.

Colonne G : Nombre de séjours supérieurs à trois mois en hospitalisation complète. Sont comptabilisés les séjours terminés ou non au cours de l'année considérée (même définition que pour la colonne E) ayant une durée supérieure à trois mois. Ainsi, on comptabilise :

- les séjours terminés qui ont duré au moins trois mois sur la totalité du séjour (par exemple 3 mois sur l'année N, ou 2 mois sur l'année N-1 et 1 mois sur l'année N, etc.).
- les séjours commencés et non terminés qui ont déjà une durée supérieure à trois mois. Si le séjour a commencé en novembre ou décembre de l'année N, il n'est donc pas comptabilisé. Il sera compté l'année suivante si sa durée sera d'au moins trois mois sur l'ensemble du séjour.

L'année correspond à l'année « PMSI » et non à l'année civile, c'est-à-dire commençant à partir du lundi de la semaine contenant le 4 janvier. Depuis la SAE 2015, seuls les totaux SSR « Adulte » et SSR « Enfants » (regroupement des trois modalités « Enfant », « Juvénile » et « Pédiatrie ») sont renseignés (mêmes définitions que pour la colonne E).

Colonne I : Nombre de jours de présence en hospitalisation partielle. Sont comptabilisés les jours de présence, de nuits et de séances (traitement et cures ambulatoires, hors consultations et soins externes) en hospitalisation partielle. Il s'agit de la somme des modalités 2, 3 et 4 de la variable « type d'hospitalisation » des RHS. Pour le détail par service (« Adultes » et « Enfants », i.e. hors « Adultes ») et par autorisation, les sélections sont identiques aux définitions données pour les jours d'hospitalisation complète en colonne F.

Case A59 : il s'agit d'identifier les établissements qui disposent d'une équipe mobile de SSR (réadaptation, handicap...).

ÉQUIPEMENT SPÉCIFIQUE

L'approche ici est 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. Il s'agit donc 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 géographique (que cet établissement soit dans la même entité juridique ou non).

PERSONNEL

Les effectifs et les équivalents temps plein travaillés (ETP_T) sont ceux qui contribuent à l'activité décrite dans le bordereau. 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_T 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'activités de soins »).

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

Nombre de décès en USLD	A28	
-------------------------	-----	--

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	A10		

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)

	Code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels	Personnels communs avec EHPAD
			A	B	C	D
Personnel médical hors internes	M1000, M2000, M3020	19				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
dont gériatres	M1320	20				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Infirmiers DE sans spécialisation	N2210	21				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Aides-soignants	N2510	22				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Ergothérapeutes	N2460	23				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Masseurs kinésithérapeutes	N2410	24				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Assistants de service social	N3120	26				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Autre personnel non médical		27				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Unités de soins de longue durée

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 polyopathologie, 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 constituent 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 relèvent d'aucun recueil PMSI.
- Rendre compte de l'organisation des filières de soins d'amont et daval 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).

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, soit sur le questionnaire de l'établissement qui se trouve à la même adresse.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A6 du bordereau FILTRE (unités de soins de longue 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.

Article 1 de l'arrêté du 12 mai 2006 (définition des USLD).

CAPACITÉ ET ACTIVITÉ

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. Le nombre de lits fermés temporairement est à inclure aussi, mais uniquement en cas de travaux ou désinfection. Le nombre de lits correspond aux lits intégrés au sein de services d'hospitalisation complète, y compris l'hospitalisation de semaine. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

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'une USLD d'un autre établissement au sein de la même EJ).

Case A28 : Nombre de décès ayant eu lieu pendant l'année.

ORGANISATION DES FILIÈRES 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.

La venue d'une autre USLD n'est pas à comptabiliser. Lorsque le patient vient d'un EHPAD, le comptabiliser en ligne 10 (domicile ou substitut).

Ligne 10 : Nombre de patients accueillis provenant du domicile ou d'un substitut de domicile.

Cases A11 à A15 : Prises en charges spécifiques. Il s'agit du nombre de patients (ensemble des patients accueillis en USLD, pas uniquement les entrées directes) pris en charge par certaines équipes, qu'il s'agisse de professionnels du même établissement que l'USLD ou pas. Sont identifiées les prises en charge :

- 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. Il s'agit du nombre de patients qui après leurs séjours en USLD sont confiés :

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

PERSONNEL DE L'USLD AYANT CONCOURU À L'ACTIVITÉ DÉCRITE

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

Les effectifs et les équivalents temps plein travaillés (ETP_T) sont ceux qui contribuent à l'activité décrite dans le bordereau. Ce personnel peut être salarié (quel que soit l'employeur qui le rémunère) ou libéral. Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP_T 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'activités et de soins »).

Cases D19 à D27 : On précisera le personnel qui est commun avec l'EHPAD si l'ET en gère un ou plusieurs (**colonne D**). La mutualisation des équipes et des compétences consiste à ce qu'un même professionnel puisse partager son temps en alternance entre l'établissement sanitaire et l'EHPAD. Elle peut prendre diverses formes. Ici, les questions concernent le partage entre l'EHPAD et l'établissement sanitaire qui gère un (ces) EPHAD.

Il peut s'agir simplement de la prise de garde de professionnels de la structure d'EHPAD au sein de l'établissement sanitaire (ou inversement). Dans ce cas, répondre OUI dans la **colonne D**, en face de la catégorie de personnel concernée.

Dans certains établissements, les équipes EHPAD et établissement sanitaire 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 DE, avec ou sans spécialisation) est en commun, l'établissement répondra OUI.

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

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		A					B	C	D
		finess1		finess2					finess3		
Si oui, nombre d'antennes géographiques :	2			Si oui, finesse 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							Disposez-vous d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile) ?	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							Disposez-vous d'une astreinte médicale H24 et 7/7 ?	B4	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Le service a-t-il mis en place la télésurveillance de certains patients ?	6	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non							Si non, avez-vous passé une convention avec :		
Le service a-t-il mis en place des téléconsultations ?	7	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non							une structure assurant la permanence de soins (ex. centre hospitalier, centre 15, SOS médecin) ?	B5	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
									une autre structure ?	B6	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Capacité

		Médecine	Périnatalité	SSR	Prise en charge du cancer (y c. établissement associé)	
		A	B	C	D	
Pour quelle activité êtes-vous autorisés en HAD ?	8	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non				

Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément	10	
--	----	--

Activité sur site

		Ensemble de l'activité d'HAD	dont périnatalité		dont soins palliatifs		dont prise en charge du cancer	
			A	B	C	D		
Nombre de séjours	11	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI		
Nombre de journées	12	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI		
Nombre de patients pris en charge en HAD	13	PMSI	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)

<u>Personnel médical (hors internes)</u>	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	M3050	17						
Autre personnel médical		18						
Total personnel médical	M9999	19						

<u>Personnel non médical</u>	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	N2120	20						
Infirmiers DE coordonnateurs		21						
Infirmiers DE sans spécialisation	N2210	22						
Aides-Soignants	N2510	23						
Ergothérapeutes	N2460	24						
Masseurs kinésithérapeutes	N2410	25						
Psychologues	N2710	27						
Assistants de service social	N3120	28						
Autre personnel non médical		29						
Total personnel non médical	N9999	30	67					

HAD (Hospitalisation à domicile)

PRINCIPES DU BORDEREAU

L'hospitalisation à domicile (HAD) se développe régulièrement en tant qu'activité de soins 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.

L'HAD est une modalité d'hospitalisation à part entière qui dispose de conditions techniques de fonctionnement propres, distinctes de celles applicables au MCO et au SSR. L'objectif du bordereau est d'apporter des précisions sur le nombre d'implantations d'HAD, leur organisation, leur fonctionnement et leur activité et de détailler certains axes portant sur des prises en charges spécifiques (périnatalité, intervention dans les établissements non sanitaires, etc.).

La plupart des données d'activité sont, depuis la refonte, obtenues à partir d'extractions des données PMSI.

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 disposant d'un numéro Finess géographique.

Pour des raisons de proximité géographique avec les patients, l'établissement d'HAD a pu créer des lieux de coordination de soins, matériellement distants de l'implantation principale du siège, appelés « antennes ». Les antennes sont le plus souvent identifiées par un Finess géographique différent de l'HAD intra-hospitalière. Dans ce cas, les antennes doivent répondre à une SAE distincte de l'implantation principale.

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

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A14 du bordereau 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.

Circulaire DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD.

ORGANISATION

Ligne 1 : Préciser si l'organisation de l'HAD comporte des « antennes » sur le territoire de desserte autorisé.

Certaines HAD fonctionnent en effet avec des « antennes » (organisation avec des professionnels d'un autre établissement situé sur la même autorisation de territoire).

Ligne 2 : Afficher le nombre de ces antennes (**A**) et décliner leurs FINESS géographiques (**B, C, D**) si les antennes sont immatriculées dans le répertoire FINESS.

Case A3 : Afficher le nombre d'habitants du territoire décrit et figurant sur l'autorisation d'activité accordée.

Cases A4 et A5 : Pour des modalités de soins particulières, préciser si vous avez recours à des équipes mobiles de soins palliatifs (**case A4**) et/ou de prise en charge de la douleur chronique (**A5**), en sus de vos propres moyens.

Cases A6 et A7 : 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 : Si la case **B3** est renseignée à oui, cela signifie qu'une infirmière peut se déplacer à tout moment au domicile, y compris la nuit 7 jours sur 7 (astreinte opérationnelle). Si la case **B4** est renseignée à oui, cela signifie qu'une astreinte médicale est assurée : le recours à un avis médical de l'HAD est possible à tout moment. Sinon, indiquer si le recours à un avis médical à tout moment est assuré par une autre structure assurant la permanence des soins avec laquelle l'HAD a passé une convention (**B5** : centre hospitalier, SOS médecin, centre 15) ou par une autre structure (**B6** : autres structures).

CAPACITÉ ET AUTORISATIONS

Lignes 8 : Préciser les catégories d'autorisations délivrées pour l'établissement. Les catégories à renseigner sont : médecine (**colonne A**), périnatalité (**colonne B**), SSR (**colonne C**) et prise en charge du cancer (**colonne D**). Pour la prise en charge de chimiothérapie, il peut s'agir soit d'un établissement autorisé soit d'un établissement associé ayant passé une convention avec un établissement autorisé. Dans ce cas, le bordereau « Traitement du cancer » (CANCERO) doit également être renseigné.

Les autorisations sont pré-remplies par celles figurant dans Arghos, application de gestion des autorisations par les ARS. Les autorisations sont à valider ou à corriger si besoin par l'établissement.

Ligne 10 : Préciser le nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément.

ACTIVITÉ SUR LE SITE

Cellules pré-remplies (extraction ciblée à partir du PMSI HAD) :

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

- Colonne A : tous modes de prise en charge principaux (MPP) confondus (c'est-à-dire l'ensemble des séjours) ;
- Colonne B : périnatalité, soit les séquences avec un MPP égal à '19', '21' ou '22' ;
- Colonne C : soins palliatifs, soit les séquences avec :
 - soit un MPP égal à '04' ;
 - soit un MPP non compris dans la liste suivante ('05', '13', '17', '19', '21', '22') ET [un MPA (mode de prise en charge associé) ou un des modes de prise en charge documentaires (MPD) à '04' ou un diagnostic (principal, associé ou correspondant à un MPP ou à un MPA) égal à 'Z515'] ;
- Colonne D : prise en charge du cancer, soit les séquences avec un MPP égal à '05', '13' ou '17'.

Remarque : Ces sélections autorisent de compter un séjour plusieurs fois dans les colonnes B, C ou D. En revanche, une séquence ne peut être affectée qu'à une seule colonne. La colonne A est sans doublons.

Ligne 12 : Nombre de journées. Sont comptabilisées les journées de l'année pour les séjours sélectionnés ci-dessus.

Remarque : Les journées de l'année précédente pour les séjours déjà commencés avant janvier sont donc exclues.

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.

Ligne 15 : Nombre de patients différents pris en charge et résidant en établissement social et médico-social, c'est-à-dire dont le type de domicile est compris dans (3, 4, 5).

PERSONNEL

Les effectifs et les équivalents temps plein travaillés (ETP_T) sont ceux qui contribuent à l'activité décrite dans le bordereau et concourent effectivement à produire les prestations de soins décrites plus haut, qu'ils soient salariés ou non, rémunérés ou non par l'établissement.

Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP_T correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à 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'activités de soins »).

Cases D17 à D29 : Nombre de libéraux impliqués. Nombre de libéraux ayant signé une convention (ou équivalent) avec l'HAD et dont la convention est en cours en décembre.

EQUIPEMENTS ET PLATEAUX TECHNIQUES

BLOCS – Sites opératoires et salles d'intervention	72
IMAGES – Imagerie médicale	78
BIO – Biologie et anatomo-cytopathologie.....	83
TELEMED – Télémédecine	88
INFOMED – Information médicale	92

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 (en moyenne annuelle)	dont salles fonctionnant 24h/24 et 7j/7 (en moyenne annuelle)	Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire (en moyenne annuelle)	
				A
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 naissance	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 (SSPI)	8			
Nombre total de postes de reveil	9			

Activité

<u>En nombre d'actes</u>		Total sur l'année				
		Sur des patients en hospitalisation complète	Sur des patients en hospitalisation partielle (ambulatoire)	Total actes sur patients hospitalisés (calculé)	Dont actes requérant une anesthésie	Sur des patients EXTERNES
		A	B	C	D	E
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", s

Personnels concourant à l'activité des sites opératoires (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	Existence d'une garde senior (hors internes) 24h/24 ?	Existence d'une astreinte senior (hors internes) 24h/24 ?
			A	B	C	D	E
Chirurgiens y compris gynéco-obstétriciens	M2000	16				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Médecins de spécialités médicales hors anesthésistes réanimateurs	M1000 sauf M1030	17				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Anesthésistes-réanimateurs	M1030	18				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

<u>Personnel non médical</u>	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.	N4160	19				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Infirmiers aide-anesthésistes (IADE)	N2310	20				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
IBODE (infirmiers de bloc opératoire)	N2320	21				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Infirmiers DE sans spécialisation	N2200	22				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Aides-soignants	N2510	23				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Manipulateurs d'électroradiologie	N413B	24				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Autre personnel non médical		25	72			<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 règlementaires de la gestion des risques en établissement de santé, les regroupements humains et matériels liés aux contraintes démographiques et financières, sont venus 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.

Conformément aux orientations nationales, les objectifs poursuivis sont définis par le volet chirurgie du schéma régional de santé - SRS (ex-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 et participation à la permanence des soins en aval des urgences.

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.

CONCEPTS IMPORTANTS

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 « Aide » du site de collecte.

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.

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

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du bordereau FILTRE A2 (chirurgie), A7 (chirurgie ambulatoire), A18 (bloc opératoire) et A22 (autres activités avec ou sans 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 D6124-401 à D6124-408 relatifs aux maisons de santé chirurgicales.

Articles D6124-91 à D6124-103 relatifs aux conditions techniques applicables à la pratique de l'anesthésie.

Articles R6121-4 et D6124-301 à D6124-311 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.

NOUVEAUTES SAE 2021

Suite à l'analyse de la qualité des données portant sur l'activité du mois d'octobre sur patients hospitalisés, les cases F10 à I15 ont été supprimées, afin d'alléger la charge de collecte.

DESCRIPTION DES SALLES

Case A1 : Nombre de sites opératoires, définis comme des lieux géographiques regroupant un ensemble de salles d'intervention de chirurgie (conventionnelle et/ou ambulatoire), au sein d'une même « zone propre ». Une « zone propre » correspond aux espaces où les soignants respectent des critères d'asepsie particuliers mais non stériles (port de pyjama, sabots, charlottes, masques...). Dans le vocabulaire des blocs opératoires, elle est définie à partir de la zone 3. 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 moyenne sur l'ensemble de l'année (en dehors de celles dédiées à la chirurgie ambulatoire) selon la typologie décrite ci-dessous (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 nuit d'hospitalisation, sont indiquées en colonne C.

Le nombre de salles correspond aux salles en fonctionnement en moyenne sur l'ensemble de l'année, et non en fonctionnement au 31 décembre, afin de mettre en regard l'activité et le nombre de salles disponibles pour réaliser les interventions.

La typologie des salles d'intervention et/ou d'exploration (en référence aux travaux de l'agence nationale d'appui à la performance - ANAP) est la suivante :

Ligne 2 : Salles destinées à la chirurgie classique hors obstétrique (au sein de blocs polyvalents ou mono disciplinaires), soit orthopédie hors salle de plâtre, ORL, ophtalmologie hors laser, digestif, vasculaire, urologie,

chirurgie cardiaque, neurochirurgie, chirurgie plastique et réparatrice, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie gynécologique, etc.

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

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. Au sein de cet ensemble, la cardiologie interventionnelle sera décrite de façon plus spécifique dans le bordereau « activités interventionnelles en cardiologie » et la neuroradiologie interventionnelle sera reprise dans le bordereau « neurochirurgie ».

Ligne 5 : Salles dédiées aux endoscopies, aux nasofibroscopies 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, 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 ophthalmologique, l'implantation d'aiguilles de curiethérapie, etc.

A noter que le nombre de lithotripteurs dont dispose l'établissement est à indiquer dans le bordereau IMAGES.

Case C7 : Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire. Les salles indiquées en colonnes A et B doivent être exclues.

Case A8 : Nombre de salles de surveillance post interventionnelle, ou SSPI (autrefois dénommées salles de réveil), pour l'ensemble des sites opératoires de chirurgie conventionnelle, y compris les SSPI utilisées de façon mixte en chirurgie conventionnelle et en ambulatoire. Ne compter que les salles exclusivement prévues pour cet usage et aussi les salles d'induction et de réveil. Exclure les salles « pouvant tenir lieu de salle de surveillance post-interventionnelle » comme les salles de naissance visées à l'article D6124-98, qui sont utilisées exceptionnellement comme SSPI, et exclure les salles de réveil dédiées à la chirurgie ambulatoire, décrites en C8.

Case B8 : Nombre de salles post-interventionnelles fonctionnant 24h/24 avec du personnel paramédical présent sur site (de garde) et non pas d'astreinte.

Case C8 : Nombre de salles post-interventionnelles dédiées à la chirurgie ambulatoire. Si la SSPI n'est pas dédiée à la chirurgie ambulatoire, elle sera comptée seulement en case A8.

Ligne 9 : Nombre total de postes de réveil que comportent les salles de surveillance post-interventionnelle décrites en ligne 8. Les postes de réveil utilisés de manière temporaire et les postes installés en cas d'urgences, de plan blanc, etc. sont à exclure. Si la case A8 recense des SSPI utilisées de façon mixte en chirurgie conventionnelle et en ambulatoire, le nombre de postes de réveil en A9 correspond au nombre de postes de réveil associés à ces SSPI.

ACTIVITÉ

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 (ou corriger si besoin) par l'établissement. Les listes d'actes sont disponibles dans la partie « Aide » du site de collecte. Les données peuvent être modifiées par l'établissement, notamment pour soustraire des prestations inter-établissement réalisées à l'extérieur (voir ci-dessous).

Les actes recensés dans la colonne E sont ceux réalisés sur les patients externes (c'est-à-dire des patients non hospitalisés), y compris les actes faits par les praticiens hospitaliers dans le cadre de leur activité libérale.

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) (LT032-1) ou non (LT032-2). Ces actes correspondent aux activités autorisées (indicateurs de pilotage de l'activité) et sont répertoriés également dans le bordereau « activités interventionnelles en cardiologie et chirurgie cardiaque ».
- 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), soit dans la liste LT_chir_horscard (chirurgie hors chirurgie cardiaque).

Parmi ces listes figurent des actes la plupart du temps réalisés hors blocs, notamment dans les services d'urgences, mais qui peuvent être réalisés au bloc au cours d'une autre intervention. Par exemple, un patient qui est pris en charge au bloc pour une ostéosynthèse bénéficiera dans le même temps d'une suture superficielle de peau qu'il n'aurait pas au bloc si elle était isolée. Tous ces actes sont néanmoins à inclure.

Ligne 11 : Actes liés à la grossesse chez la mère (actes figurant dans la liste LT036), 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 *a priori*. Sont exclus volontairement de ce groupe :

- 1 les actes de surveillance et suivi de grossesse, essentiellement des échographies car elles ne sont pas réalisées 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).

Pour mémoire, l'amnioscopie est une technique endoscopique mais exclusive de la périnatalité et donc classée ici. À noter que les actes d'accouchements par voie basse ne sont pas à comptabiliser ici, car réalisés en salle de naissance.

Ligne 12 : Actes 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 « activités interventionnelles en cardiologie et chirurgie cardiaque », si l'établissement est autorisé à pratiquer cette activité. En particulier, les poses de stimulateurs cardiaques simples sont comptabilisées dans ce bordereau. Elles sont également recensées dans le bordereau « activités interventionnelles en cardiologie et chirurgie cardiaque » si l'établissement dispose de l'autorisation. Cette liste se décompose en deux sous listes : rythmologie interventionnelle-type 1 (LT033-1) et activités interventionnelles autres que rythmologie-type 2 (LT033-2).

Ligne 13 : Actes interventionnels sous imagerie hors cardiologie (actes figurant dans la liste LT_inter), 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). Il s'agit d'actes, la plupart du temps réalisés par voie transcutanée, sans abord chirurgical, ni réalisés par voie endoscopique, ces derniers étant décomptés ailleurs (ligne 14). Ces actes ne se limitent donc pas au seul arbre urinaire (vessie, uretère) et figurent dans la liste LT_DESTR, qu'ils soient pratiqués lors de séjours d'hospitalisation complète ou partielle, avec ou sans anesthésie générale.

Rappel : le nombre de lithotripteurs dont dispose l'établissement est à indiquer dans le bordereau IMAGES.

Les actes effectués dans le cadre des prestations inter-établissement sont déclarés et comptabilisés dans le PMSI 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).

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 travaillés (ETP_T) 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_T correspondent au temps travaillé, sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les principes généraux de remplissage du « Personnel dans les bordereaux d'activités de soins »).

Ligne 16 : Chirurgiens (y compris gynécologues-obstétriciens) (spécialistes = titulaires du CES, du DES ou reconnus par la commission de qualification de l'Ordre).

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 D et E : Préciser par OUI ou NON s'il existe une garde et/ou une astreinte sénier (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, il est possible d'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 (en moyenne annuelle)	dont nombre d'appareils présents sur le site et exploités par l'établissement (en moyenne annuelle)	Pour les appareils présents sur le site et exploités par l'établissement				
			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 (y c. Service d'Urgences) (nombre d'actes)	Activité interventionnelle à visée thérapeutique réalisée à l'aide de l'appareil	
			A	B	C	D	E

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							
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)

Personnel médical	Code SAE		TELEMEDECINE						
			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)	M1160	11				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Médecins spécialistes de médecine nucléaire (hors internes)	M1210	12				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
Autre personnel médical		16							

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	N4160	13					
Manipulateurs d'électroradiologie	N413B	14				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Autre personnel non médical 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 télémédecine).

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 télémédecine (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.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Tous les établissements dans lesquels sont localisés des appareils et matériels lourds, 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 soient propriétaires ou non de ces équipements, qu'ils exploitent ou non eux-mêmes (avec leur propre personnel) ces équipements. 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 du bordereau FILTRE (activité d'imagerie).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Article R6122-26 du CSP relatif aux équipements lourds soumis à autorisation.

Articles R6123-32-1 à R6123-32-6 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.

Circulaire DHOS/SDO/2002/242 du 22 avril 2002 relative aux modalités d'implantation des tomographes à émission de protons (TEP) et des caméras à scintillation munies d'un détecteur d'émission à positons (TEDC).

NOUVEAUTÉS SAE 2021

Suite à l'analyse de la qualité des réponses apportées aux questions sur l'activité réalisée durant le mois d'octobre dans le bordereau Imagerie, les cases G1 à G10 ont été supprimées, afin d'alléger la charge de collecte.

ACTIVITÉ

Le plateau technique du site est ici décrit 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 L6122-1 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 en moyenne sur l'ensemble de l'année. Le nombre d'appareils et de salles correspond aux salles et aux appareils en fonctionnement en moyenne sur l'ensemble de l'année, et non en fonctionnement au 31 décembre, afin de mettre en regard l'activité et les équipements. Les équipements partagés dans le cadre d'un groupement (par exemple GIE ou GIP) sont à comptabiliser en colonne A. C'est la présence sur site de l'appareil qui conduit à le compter en colonne A, et non le fait que l'établissement en soit propriétaire. Si l'établissement utilise un appareil dont il n'est pas propriétaire, mais qui se trouve bien sur site, il doit être compté. Ainsi, si l'établissement loue un appareil qui est présent sur le site, il doit être compté. 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 ce bordereau, mais les appareils et salles seront comptés dans la colonne A.

Colonne B : Nombre d'appareils ou de salles présents sur le site et exploités par l'établissement en moyenne sur l'ensemble de l'année (effectivement utilisés par le personnel de l'établissement, quel que soit son statut - médecins salariés ou libéraux), au bénéfice de l'établissement. Les forfaits techniques des actes d'imagerie doivent ici revenir au bénéfice de l'établissement. En revanche, les équipements installés dans l'établissement et exclusivement utilisés pour le compte de médecins libéraux seront comptés en colonne A et non en colonne B. Le nombre d'appareils et de salles correspond aux salles et aux appareils en fonctionnement en moyenne sur l'ensemble de l'année, et non en fonctionnement au 31 décembre, afin de mettre en regard l'activité et les équipements. Les équipements partagés dans le cadre d'un groupement (par exemple GIE ou GIP) sont à comptabiliser en colonne B s'ils sont utilisés (exploités), même une infime partie du temps, au profit des patients de l'établissement où ils sont localisés. C'est la présence sur site de l'appareil qui conduit à le compter en colonne B, et non le fait que l'établissement en soit propriétaire. Si l'établissement utilise un appareil dont il n'est pas propriétaire, mais qui se trouve bien sur site, il doit être compté. Ainsi, si l'établissement loue un appareil qui est présent sur le site et qu'il exploite par lui-même, il doit être compté en colonne B.

Pour ces deux colonnes :

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

Cases A2 et B2 : Nombre de remnographies (IRM), toutes catégories confondues.

Cases 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.

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

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

Cases A6 et B6 : Nombre de tomographes à émissions de protons (TEP) ou caméras à scintillations munies d'un détecteur d'émission de 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).

Cases A7 et B7 : Nombre de salles de radiologie conventionnelle (numérisée ou non), hors radiologie vasculaire. Les échographies sont exclus, ainsi que les radio-mobiles. En revanche, les ostéodensitomètres sont à inclure.

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

Cases A9 et B9 : Nombre d'appareils de mammographie.

Cases A10 et B10 : Nombre de lithotripteurs.

Les colonnes suivantes (C à H) portent sur l'activité, mesurée en nombre d'actes CCAM (majoritairement les codes ADI), hors actes supplémentaires (ceux du chapitre 19 de la CCAM, commençant par 'YYYY') et hors actes complémentaires (ceux du chapitre 18 de la CCAM). 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).

Ainsi, si les équipements sont partagés dans le cadre d'un groupement (par exemple GIE ou GIP), l'activité à comptabiliser concerne uniquement les patients de l'établissement. L'activité peut être calculée au prorata du temps d'utilisation des équipements dédié à des patients de l'établissement, ou au prorata des parts détenues par l'établissement dans le groupement.

Colonne C : Nombre d'actes CCAM réalisés pour des patients hospitalisés dans l'établissement géographique. Dans le cas de patients issus des urgences, la répartition entre les colonnes C et F dépend du service prescripteur de l'acte. Si l'examen d'imagerie n'a pas été demandé lors du passage aux urgences, mais seulement après l'admission et par le service d'hospitalisation, alors il sera comptabilisé en colonne C.

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

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

Colonne F : Nombre d'actes CCAM réalisés pour des patients externes. L'activité libérale des praticiens hospitaliers est donc incluse. Dans le cas de patients des urgences, la répartition entre les colonnes C et F dépend du service prescripteur de l'acte. Si l'examen d'imagerie a été demandé lors du passage aux urgences, alors il sera comptabilisé en colonne F, même si le patient a été ensuite hospitalisé. L'UHCD étant un service des Urgences, l'activité d'imagerie prescrite par l'UHCD est comptée en colonne F.

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 partie : 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 travaillés (ETP_T) 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 F, 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_T 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'activités de soins »).

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).

Ligne 16 : Autres personnels médicaux (autres spécialités que radiologie et médecine nucléaire). Cette catégorie doit être documentée de manière à ce que l'ensemble des personnels médicaux concourant à l'activité d'imagerie soit recensés, par l'addition des lignes 11, 12 et 16.

Cases D11, E11, D12, E12, D14 et E14 : Préciser par OUI ou NON s'il existe une garde et/ou une astreinte senior (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, il est possible d'avoir à la fois une garde et, en seconde ligne, une astreinte d'un second médecin de la même spécialité.

Cases F11 et G11 : Préciser par OUI ou NON si une activité de télémédecine 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 (téléexpertise). Les établissements demandeurs ne sont pas concernés. Pour la case G11, il s'agit de savoir si cette activité de télémédecine 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 l'exclusion de ceux qui appartiennent à cette catégorie mais travaillant au laboratoire, à la pharmacie, etc.

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.

<u>FAMILLES D'EXAMEN REALISEES PAR LE LABORATOIRE</u>		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 diagnostique	17	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Activités biologiques d'assistance médicale à la procréation	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) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

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*	<input type="radio"/> 2
Activité produite pour des patients externes, c'est-à-dire non pris en charge par l'entité juridique, en nombre d'examens*	<input type="radio"/> 3
Dont activité produite pour des patients hospitalisés dans d'autres établissements de santé, en nombre d'examens*	<input type="radio"/> 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 s'il est inclus dans un forfait (cf. décret du 26 janvier 2016)

Anatomie et cytologie pathologiques

Cette partie concerne uniquement les établissements produisant leurs examens d'anatomopathologie.

	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⁾	C
				A
Nombre d'actes réalisés	19			
Dont nombre de frottis du col utérin (codes CCAM JKQX027, JKQX015, JKQX347, JKQX261, JKQX147, JKQX426)	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 d'actes 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
Médecins biologistes (hors internes)	22	M3011			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Pharmacien biologiste (hors internes)	23	M3012			<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	N4110			<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	M1020				
Personnels d'encadrement propre au service (unité) de pathologie	28					
Techniciens de laboratoires médicaux propres à l'activité de pathologie (hors encadrement)	29	N4110				
Autres personnels	30		83			

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 préopératoire des pathologies cancéreuses justifie de s'intéresser à la disponibilité de cette prestation, en parallèle avec l'activité de traitement du cancer.

Les objectifs de ce bordereau sont les suivants :

- 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 (SRS (ex-SROS) de biologie médicale).
- Pour l'anatomo-cytopathologie, suivre la répartition territoriale des plateaux techniques de pathologie, s'appuyer sur la CCAM pour la mesure de leur activité et identifier les équipes réalisant des examens extemporanés dans le cadre de la chirurgie des cancers.

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'anatomo-cytopathologie et qui réalisent la phase analytique et d'interprétation. En cas d'établissement multi-sites, 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 d'anatomo-cytopathologie) à une autre entité ne remplissent pas ce bordereau.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A20 du bordereau FILTRE (biologie et anatopathologie).

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 4 novembre 2015 modifiant l'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°2016-46 du 26 janvier 2016 relatif à la biologie médicale.

BIOLOGIE MÉDICALE

Les cases A1 à A18 portent d'abord sur les familles d'examens réalisés par le laboratoire, selon la liste établie par l'arrêté du 4 novembre 2015 modifiant l'arrêté du 14 décembre 2010 (mode OUI/NON).

La colonne 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.

Pour les **cases 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 26 janvier 2016), que ces examens unitaires fassent ou non l'objet d'un remboursement, et détaillée en deux questions :

- B2 : activité produite pour des patients pris en charge par l'entité juridique, c'est-à-dire activité produite pour des patients hospitalisés dans le même établissement géographique ou dans un autre établissement géographique (sanitaire ou non sanitaire) appartenant à la même entité juridique, pour des consultations externes (activité externe des praticiens hospitaliers de l'entité juridique), et des passages aux urgences sans hospitalisation ;
- B3 : activité produite pour des patients externes, c'est-à-dire non pris en charge par l'entité juridique (y compris les patients ayant une prescription du généraliste et ceux envoyés par une autre entité juridique). Ce sont les patients extérieurs, hospitalisés dans d'autres établissements d'autres entités juridiques ou envoyés par un médecin de ville. Parmi cette activité, il est demandé de distinguer et de comptabiliser l'activité produite pour des patients hospitalisés dans d'autres établissements de santé (B4).

En revanche, 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 (NABM), 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 d'une anomalie lipidique, cette dernière est considérée comme un seul examen.

ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE

Depuis 2011, la collecte SAE a changé pour la mesure de l'activité d'anatomo-cytopathologie (ACP). Il s'agit à présent de compter le nombre d'actes (CCAM) et non plus d'additionner les coefficients. Les actes de la CCAM retenus sont ceux ayant les 3^{ème} et 4^{ème} caractères égaux à 'QX'. Le recueil ne porte pas sur les actes d'anatomo-cytopathologie 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 ou 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, c'est-à-dire les actes de la CCAM ayant les 3^{ème} et 4^{ème} caractères égaux à 'QX'.

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 :

- « Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuel » CODE JKQX347
- « Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage organisé » CODE JKQX261
- « Examen cytopathologique de contrôle de prélèvement [frottis] du col de l'utérus » CODE JKQX027
- « Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuel » CODE JKQX147
- « Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage organisé » CODE JKQX148

l'utérus pour dépistage organisé » CODE JKQX426

- « Examen cytopathologique de contrôle en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus » CODE JKQX015.

Là encore, ces actes doivent être ventilés selon les mêmes catégories décrites plus haut.

Enfin, en **case 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 six libellés (et codes) qui correspondent à cette prestation dans la CCAM :

- Examen cythopathologique et/ou histopathologique extemporané d'un prélèvement de structure anatomique, sur le lieu du prélèvement CODE ZZQX119
- Examen cythopathologique et/ou histopathologique extemporané de 2 à 4 prélèvements différenciés de structure anatomique, sur le lieu du prélèvement CODE ZZQX118
- Examen cythopathologique et/ou histopathologique extemporané de 2 à 4 prélèvements différenciés de structure anatomique, hors du lieu du prélèvement CODE ZZQX175
- Examen cythopathologique et/ou histopathologique extemporané de 5 prélèvements différenciés ou plus de structure anatomique, sur le lieu du prélèvement CODE ZZQX104
- Examen cythopathologique et/ou histopathologique extemporané de 5 prélèvements différenciés ou plus de structure anatomique, hors du lieu du prélèvement CODE ZZQX146
- Examen cythopathologique et/ou histopathologique extemporané d'un prélèvement de structure anatomique, hors du lieu du prélèvement CODE ZZQX149.

PERSONNEL

Il s'agit du 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_T, on compte ici le temps travaillé et non le temps rémunéré (un salarié de l'établissement à temps partiel à 80 % sera compté 0,80 même s'il est rémunéré à 86 %). Les ETP_T sont sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les principes généraux de remplissage du « Personnel dans les bordereaux d'activités de soins »).

En **colonnes D et E**, préciser 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. Rappel, définition d'une garde : le professionnel est sur place 24h sur 24 ; pour l'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'anatomo-cytopathologie ou reconnus par la commission de qualification de l'Ordre).

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 (**ligne 25 ou 29**). La

profession de technicien de laboratoire médical est définie par l'article L.4352-1 du CSP.

Lignes 26 et 30 : Pour les autres personnels en biologie médicale et en ACP, il peut s'agir de secrétaires ou d'autres catégories (ASQH et autres personnels de service, ingénieurs, techniciens, ouvriers, etc. qui concourt à l'activité).

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.

Contrairement à la SAE 2013, le champ de la télémédecine exploré recouvre désormais tous les actes médicaux réalisés à distance dans lequel l'établissement est partie prenante, que le patient bénéficiant de cet acte soit situé dans un autre établissement de santé ou ailleurs.

On inclut donc désormais 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)
	A	B	
Une (ou plusieurs) équipe(s) médicale(s) de votre établissement est (sont)-elle(s) impliquée(s) dans des actes médicaux à distance ?			
- 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
dont téléconsultation relative au suivi de maladies chroniques (insuffisance rénale, diabète, insuffisance respiratoire et insuffisance cardiaque) hors gériatrie	20	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
dont téléconsultation relative à la gériatrie	21	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
dont téléconsultation relative au suivi pré ou post opératoire de chirurgie ou d'anesthésie	22	<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
dont téléexpertise en radiologie	23	<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, par un professionnel de santé ou par un objet connecté)	3	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
dont Télésurveillance médicale relative au suivi de maladies chroniques (insuffisance rénale, diabète, insuffisance respiratoire et insuffisance cardiaque) hors gériatrie	24	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
dont Télésurveillance médicale relative au suivi du traitement du cancer	25	<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

Votre établissement est-il sollicité par des médecins de la ville ?

A17	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
A18	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
A19	
A6	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
A39	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Êtes-vous établissement de recours pour les EHPAD de votre périmètre ?

Si oui combien d'EHPAD ?

Y a-t-il dans votre établissement des ressources spécifiquement dédiées à la télémédecine en termes d'ETP ?

Une (ou plusieurs) équipe(s) soignante(s) de votre établissement est (sont)-elle(s) impliquée(s) dans des activités soignantes à distance (télésoin) ?

Équipement

De quels types d'équipements matériels disposez-vous pour exercer vos activités de télémédecine, parmi la liste ci-dessous ? (choix multiples possible)

A

Equipements de vidéo transmission

Cabine de télémédecine	26	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Salle dédiée de télémédecine	27	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Station de télémédecine (console ou armoire)	28	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Chariot de télémédecine	29	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Valise de télémédecine	30	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Ordinateur + webcam en poste fixe	31	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Tablette connectée	32	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Appareil de mesure connecté additionnel

Electrocardiogramme (ECG) connecté	33	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Echographe connecté	34	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Stéthoscope connecté	35	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Caméra connectée	36	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Matériel d'exploration fonctionnelle respiratoire dont le spéromètre et le tympanomètre connectés	37	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Autres appareils connectés	38	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Télémedecine

PRINCIPES DU BORDEREAU

La télémedecine 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 télémedecine et son organisation font l'objet d'une inscription dans l'un des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) 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 télémedecine entre deux établissements de santé (EJ différentes ou établissements (ET) d'une EJ multi-sites), ou entre un établissement de santé et un professionnel de santé.

De plus, contrairement à la SAE 2013, le champ de la télémedecine exploré désormais recouvre tous les actes médicaux réalisés à distance dans lequel l'établissement est partie prenante, que le patient bénéficiant de cet acte soit situé dans un autre établissement de santé ou ailleurs (par exemple à leur domicile).

Depuis la SAE 2014, sont donc également inclus les actes à distance réalisés avec des patients qui se situent à domicile, ou dans un substitut de domicile (établissement médico-social, établissement pénitentiaire, etc.), 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 télémedecine au profit des patients en caractérisant les différents types d'actes (selon la typologie du rapport sur la télémedecine 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 questionnement est donc essentiellement d'ordre qualitatif et ne demande pas une quantification 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 télémedecine les actes médicaux réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques qui pratiquent la télémedecine, 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 bordereau FILTRE (activité de télémedecine).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Article L.6316-1 du code de la santé publique.

Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine.

Rapport sur la place de la télémedecine dans l'organisation des soins de P. Simon et D. Acker Novembre 2008.

Arrêté du 28 avril 2016 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou télalexpertise.

Arrêtés du 6 décembre 2016, du 25 avril 2017 et du 14 novembre 2017 portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance des patients respectivement insuffisants cardiaques chroniques, insuffisants rénaux chroniques et insuffisants respiratoires chroniques, diabétiques et porteurs de prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique.

NOUVEAUTES SAE 2021

Le télésoin est une nouvelle modalité de télémédecine. Une question (A39) a donc été ajoutée sur ce sujet.

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 sont 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**).

Lignes 20 à 25 : 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 ou nécessitant une mobilisation importante pour les soins.

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 sus-cité 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 téléconsultants requis.

Si l'établissement sollicite ou est sollicité pour de la téléconsultation, il s'agit de préciser si l'acte concerne :

- le suivi de maladies chroniques, entendues comme les maladies chroniques relatives à l'insuffisance rénale, le diabète, l'insuffisance respiratoire et l'insuffisance cardiaque, hors gériatrie (**ligne 20**) ;
- la gériatrie (**ligne 21**) ;
- le suivi pré ou post opératoire de chirurgie ou d'anesthésie (**ligne 22**).

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 : La téléexpertise est utilisée pour obtenir un avis circonstancié lors du suivi d'une maladie inflammatoire chronique dont l'évolution se complexifie. La téléexpertise 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 téléradiologue 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.

Si l'établissement sollicite ou est sollicité pour de la téléexpertise, il s'agit de préciser si l'acte concerne en particulier la radiologie (**ligne 23**).

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, par un professionnel de santé ou par un objet connecté. 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 télédialyse se développe aujourd'hui en hémodialyse et en dialyse péritonéale.

Si l'établissement sollicite ou est sollicité pour de la télésurveillance médicale, il s'agit de préciser si l'acte concerne :

- le suivi de maladies chroniques, entendues comme les maladies chroniques relatives à l'insuffisance rénale, le diabète, l'insuffisance respiratoire et l'insuffisance cardiaque, hors gériatrie (**ligne 24**) ;
- le suivi du traitement du cancer (**ligne 25**) ;

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 « télédiagnostic » 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.

Case A6 : Répondre OUI si l'établissement a des ressources spécifiques dédiées à la télémédecine en termes d'ETP.

Case A17 : Répondre OUI si l'établissement est sollicité pour des actes de télémédecine par des médecins de ville.

Cases A18 et A19 : Répondre OUI si l'établissement est l'établissement de recours de la télémédecine pour les EHPAD de son périmètre. Dans ce cas, préciser le nombre d'EHPAD du périmètre qui peuvent avoir recours à l'établissement de santé. Le recours à la télémédecine par les EHPAD a pour but de limiter les déplacements et d'améliorer la qualité du suivi médical, en particulier dans les zones à faible présence médicale. Ces questions permettent de comptabiliser le nombre d'EHPAD pouvant avoir accès à la télémédecine et mesurer la montée en charge du dispositif (l'objectif étant d'atteindre 100 % d'EHPAD concernés en 2023).

Case A39 : Répondre OUI si l'établissement a une (ou plusieurs) équipe(s) soignante(s) impliquée(s) dans des activités soignantes à distance (télésoin)

Cases A26 à A38 : Il s'agit d'identifier la liste des équipements de télémédecine dont dispose l'établissement, parmi une liste établie avec la DGOS, notamment à partir de la liste soumise à forfait de l'assurance maladie. Deux catégories sont définies : les équipements de vidéo transmission et les appareils de mesure connectés additionnels.

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
 partiellement centralisée
 centralisée

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

PMSI-HAD décentralisée
 partiellement centralisée
 centralisée

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

PMSI-SSR décentralisée
 partiellement centralisée
 centralisée

A7	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A8	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A9	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

RIM-P décentralisée
 partiellement centralisée
 centralisée

A10	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A11	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
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 un autre établissement sanitaire ?

(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.

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 de la question A25 du bordereau FILTRE (information médicale).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Loi hospitalière de 1991. Décrets de 1993 et 1994. Code de la santé publique.

Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

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). Tenir 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, si elle est chargée d'autres missions institutionnelles, et si oui s'il s'agit des archives ou de la qualité.

Case A21 : Il est demandé également si l'équipe DIM est située dans le même pôle que le contrôle de gestion ou les finances.

Cases A22 et 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. Préciser ici en ETP moyens annuels travaillés (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 au DIM : sont considérés ici les médecins rémunérés par l'établissement, y compris s'ils le sont par le biais d'une convention avec l'établissement de rattachement.

ACTIVITES DE SOINS SOUMISES À AUTORISATION

PERINAT – Périnatalité	96
NEUROCHIR – Neurochirurgie et activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie	101
CHIRCAR – Activités interventionnelles en cardiologie et chirurgie cardiaque.....	105
BRULES – Traitement des grands brûlés.....	109
PALIA– Soins palliatifs.....	112
DIALYSE – Traitement de l’insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale.....	116
CANCERO – Traitement du cancer.....	121
URGENCES – Structure des urgences	128
SMURSAMU – SMUR et SAMU	135
REA – Réanimation, surveillance continue et soins intensifs	142

**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 au 31/12 (cocher une case)

Votre unité est-elle :

A0	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
B0	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
C0	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
D0	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

un centre périnatal de proximité ?
une unité d'obstétrique seule (type 1) ?
une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie (type 2) ?
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
F0	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

lactarium à usage interne
lactarium à usage interne et externe

G0	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
-----------	---

Obstétrique (autorisation B0, C0 et D0)

Equipement	Obstétrique	Néonatalogie		Réanimation néonatale	Bébés auprès de leur mère
		Néonatalogie (hors soins intensifs)	Soins intensifs aux nouveau-nés		
		A	B		
Nombre de lits, berceaux, couveuses installés au 31/12	1				
Nombre de salles de naissance	2				
Activité d'obstétrique		Obstétrique	Néonatalogie	Réanimation néonatale	Bébés auprès de leur mère
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 <i>in utero</i> pour les maternités recevant la femme)	10	PMSI			
Nombre d'accouchements uniques	11	PMSI			
Nombre d'accouchements multiples	13	PMSI			
Nombre de nouveaux nés de 0 jour transférés (transferts néonataux) vers un autre établissement MCO	15	PMSI			
Dont transferts descendants des nouveaux nés de 0 jour	39				
Nombre total d'enfants (y compris morts-nés)	40	PMSI			
Pour les hôpitaux publics et ESPIC :	Nombre de consultations externes (hors AMP, DPN) réalisées par des gynécologues-obstétriciens	16			
	Nombre de consultations externes réalisées par des sages-femmes	17			
	Nombre d'entretiens prénatals précoces (4ème 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 PMSI
dont nombre d'IVG médicamenteuses	23 PMSI
dont nombre d'IVG pratiquées les 13ème et 14ème semaine d'aménorrhée (13 et 14 SA)	24 PMSI
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
Pédiatres (hors internes)	M1140	29				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Gynéco-obstétriciens (hors internes)	M2050	30				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Anesthésistes réanimateurs (hors internes)	M1030	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					
Autre personnel médical		41					
Sages-femmes	N2800	34					
dont sages-femmes intervenant exclusivement dans le secteur naissance		35					
Infirmier(e)s DE avec spécialisation en puériculture	N2340	36					
Infirmier(e)s DE sans spécialisation	N2200	42					
Psychologues	N2700	37					
Auxiliaire de puéricultrice	N2530	43	96				
Autre personnel non médical		44					

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 bordereau sont :

- En obstétrique tout d'abord, rendre compte du service rendu à la population, 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. Les consultations externes d'assistance médicale à la procréation (AMP) font l'objet d'une partie isolée du bordereau ('Autres activités').
- Remédier à l'absence de données du secteur public sur le nombre des entretiens prénaux précoces (EPP) au 4^{ème} mois (il existe en secteur libéral un tarif spécifique permettant de repérer ces consultations).
- L'interrogation relative aux IVG (interruptions volontaires de grossesse) a été simplifiée par rapport à ce qu'elle était avant la refonte de la SAE pour les données 2013, 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 car elle peut expliquer des différences constatées entre établissements ayant une activité obstétricale similaire. Cette activité est recensée dans la partie 'Autres activités'.

Les données d'activité de l'obstétrique et de l'AMP sont depuis la refonte de 2013 obtenues à partir des données du PMSI. Depuis la SAE 2014, les données concernant les IVG sont également calculées à partir des données du PMSI, avec un pré-remplissage qu'il appartient à l'établissement de valider.

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 réanimation néonatale, AMP clinique, centre périnatal de proximité et interruptions volontaires de grossesse (IVG)).

Les maisons de naissance sont exclues de l'interrogation. Les établissements qui ont une maison de naissance adossée ne doivent pas inclure l'activité de cette structure.

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du bordereau FILTRE A3 (activités cliniques de périnatalité avec hébergement), A12 (activité sans hébergement : IVG, lactarium, AMP clinique) et 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 prétravail 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.

Cases A0 à F0 : Questions sur le type d'autorisation détenue au 31 décembre en matière de naissance et, le cas échéant, l'existence de lactarium.

Case G0 : Question sur l'existence de « lits kangourous ». En l'absence de définition réglementaire des lits kangourous, la définition retenue pour la SAE est la suivante : il s'agit d'un lit d'hospitalisation de nouveau-né qui donne lieu à un supplément en néonatalogie (NN1). De plus, le lit kangourou permet de maintenir le lien entre la mère hospitalisée, qui vient d'accoucher, et son(ses) enfant(s) qui viennent(nent) de naître : mère et enfant(s) sont hospitalisés dans la même chambre.

Les capacités d'accueil et l'activité des maisons de naissance ne sont pas à inclure.

ÉQUIPEMENT

Case A1 : Obstétrique. Nombre de lits (lits maman) au 31 décembre de l'année, égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des patientes. Le nombre de lits fermés temporairement est à inclure aussi, mais uniquement en cas de travaux ou désinfection. Le nombre de lits correspond aux lits intégrés au sein de services d'hospitalisation complète, y compris l'hospitalisation de semaine. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence. Les berceaux des bébés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Cases B1, C1 et D1 : Néonatalogie (hors soins intensifs), soins intensifs aux nouveau-nés et réanimation néonatale. Nombre de berceaux et couveuses installés le 31 décembre en état d'accueillir des nouveau-nés, dans un établissement autorisé à pratiquer ces activités de soins. Les berceaux fermés temporairement sont à inclure aussi, mais uniquement en cas de travaux ou désinfection. Les maternités de type 1 qui disposent de « lits kangourous », et uniquement lorsqu'ils donnent lieu à des suppléments néonatalogie de type NN1, peuvent les déclarer en case B1.

Le nombre de lits et couveuses est également comptabilisé dans le bordereau MCO, dans la discipline médecine.

Case A2 : Nombre de salles de naissance. Chaque salle 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 prétravail par leur équipement. Leur nombre doit correspondre à l'activité.

Cellules pré-remplies (extraction ciblée à partir du PMSI)

Case A3 : Sont comptés les séjours d'obstétrique, hors IVG. La sélection est [CMD (catégorie majeure de diagnostic)= '14' hors GHM '14Z08Z'] OU [acte d'accouchement (liste A-323) ET code de la catégorie Z37 en DA (diagnostic associé)].

Cases B3, C3 et D3 : Sont comptés les séjours ayant comporté une hospitalisation (au sens Résumé d'unité médicale, RUM pour le PMSI) dans les lits de néonatalogie hors soins intensifs (UM de type 04), de soins intensifs aux nouveau-nés (UM de type 05) et de réanimation néonatale (UM de type 06). Les séjours de 0 jour doivent être comptabilisés et sont également en **ligne 4**.

Case E3 : Sont comptés uniquement les séjours des bébés restés auprès de leur mère. La sélection retient les nouveaux nés ayant un âge égal à 0 ou 1 jour, avec un mode de sortie différent de décès et (GHM commençant par '15M' ou égal à '15C04A'). Sont retenus uniquement les séjours des bébés traversant l'UM où est hospitalisée leur mère [UM de gynécologie et/ou d'obstétrique (70, 71, 73)], ou l'UM 28 de médecine pédiatrique (hors unité d'oncologie médicale, spécialisée ou non). Les séjours de 0 jour doivent être comptabilisés et sont également en **ligne 4**. Cette activité n'est pas comptabilisée dans le bordereau MCO.

Cases A5, B5, C5, D5 et E5 : Il s'agit du nombre de journées correspondant à ces séjours.

Cases 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].

Cases A8 à A9 : Nombre de séjours et de journées avec accouchement par césarienne [(liste A-117) ET code de la catégorie Z37 en DA].

Case A10 : Nombre de femmes transférées pour accouchement depuis un autre établissement MCO (= Transferts in utero pour les maternités recevant la femme). RSA (résumé de sortie anonyme) d'accouchement avec [mode d'entrée=7] ET provenance=1].

Case A11 : Nombre d'accouchements uniques. RSA d'accouchement avec un code en DA commençant par Z370 (né vivant) ou Z371 (mort-né).

Case A13 : Nombre d'accouchements multiples. Ensemble des séjours « accouchements » comportant en diagnostic associé (DA) un code de la catégorie Z37 signalant une naissance multiple vivante et/ou mort-né.

Case A15 : Nombre de nouveau-nés de 0 jour transférés (transferts néonataux) vers un autre établissement MCO [âge en jour=0 ET mode d'entrée=8 ou N ET DP≠P95 (DP du séjour différent de mort-né) ET (mode de sortie=7 ET destination=1)].

Case A39 : Dont transferts descendants de 0 jour. Cette case est à remplir par l'établissement et n'est pas obtenue à partir des données du PMSI. Il s'agit de calculer le nombre de nouveau-nés de 0 jour transférés depuis un établissement vers un établissement de même type ou de niveau inférieur (3 vers 2, 3 vers 1, ou 2 vers 1), appelé « transferts descendants ». En recensant l'ensemble des transferts descendants, plus facile à comptabiliser, le nombre de transferts ascendants peut être obtenu par différence avec le nombre de nouveau-nés de 0 jour transférés.

Case A40 : Nombre total d'enfants (y compris mort-nés). Calculé à partir des données du PMSI sur les séjours d'enfants. Cette case est modifiable par l'établissement.

Cases A16, A17 et A18 : Ne concernent que les établissements publics et les ESPIC. Sont comptés le nombre de consultations effectuées et facturées (au sens où elles sont recensées dans le fichier PMSI ACE) au profit de patientes externes. Doit être décompté ici l'ensemble des consultations externes programmées. De ce fait, ne sont pas comptabilisées les consultations réalisées dans les services d'urgences, la nuit et les jours fériés.

Les majorations (lettre clé commençant par M), les forfaits spécifiques (code commençant par SE, forfait FSD, ATU, FFM, FPE, F, N, etc.), les actes de biologie (lettre clé B) et les suppléments n'entrent pas dans le décompte puisqu'ils ne sont que des compléments des consultations.

L'activité libérale des praticiens hospitaliers est à inclure.

Case A16 : Nombre (et non en coefficient) de consultations externes réalisées par des gynécologues obstétriciens. Il s'agit des consultations d'obstétrique hors assistance médicale à la procréation (AMP) et diagnostic prénatal (DPN), cotations C, APC, APV, APY, AVY, APU, CCP, G, GS, CCX, CS, CSM, TCG et TC dans le domaine de la périnatalité.

Case A17 : Nombre (et non en coefficient) de consultations externes assurées par les sages-femmes (Entretien Prénatal Précoce compris, EPP). Les cotations à retenir sont C, CCP, SP et TCG avec un code spécialité exécutant 21, SF et SFI (actes de sage-femme et soins infirmiers par sage-femme). Les échographies et les cours d'accouchement sont à exclure.

Case A18 : Nombre total d'EPP (Entretien Prénatal Précoce) effectués, quel que soit le professionnel qui l'a assuré.

Cellules pré-remplies (extraction ciblée à partir du PMSI)

Case A19 : Nombre de femmes ayant un séjour d'une durée inférieure à 3 jours après un accouchement par voie basse.

Case A20 : Sorties vers une HAD (transferts/mutations selon que l'HAD appartient à la même entité juridique ou à un autre établissement), case pré-remplie à partir des données du PMSI.

ACTIVITÉ D'INTERRUPTIONS MÉDICALES ET VOLONTAIRES DE GROSSESSE

Case A21 : Question relative à l'existence d'une prise en charge des interruptions volontaires de grossesse.

Cases A22 à A24 : Depuis la SAE 2014, les données concernant les IVG sont calculées à partir des données du PMSI et sont à valider (ou corriger si besoin) par l'établissement.

Case A22 : Nombre total d'IVG, identifiées par DP en 004 avec 5^{ème} caractère à 0 OU présence de DA Z640, comme le spécifie la notice technique ATIH du 24 décembre 2018. Dans la **case B22** est affiché le nombre d'IVG déclaré dans la SAE précédente.

Case A23 : Nombre d'IVG médicamenteuses, identifiées par un diagnostic en 'Z64' ET un acte 'JNJP001'.

Case A24 : Nombre d'IVG réalisées à la 13^{ème} ou 14^{ème} semaine d'aménorrhée.

Case A25 : Question sur le nombre de conventions avec des médecins de ville pour des IVG médicamenteuses. Les sages-femmes peuvent en effet également faire des IVG médicamenteuses via une convention avec un médecin de ville.

Case A26 : Interruptions de grossesse pour motif médical (IMG). Cette case est calculée à partir des données PMSI et en reprend donc les consignes de codage, à savoir le codage d'un avortement avant 22 semaines d'aménorrhée (SA) ou d'un accouchement à partir de 22 SA pour une IMG.

AUTRES ACTIVITÉS

Case A27 : Question relative à l'existence d'une autorisation d'activité clinique d'assistance médicale à la procréation (AMP). Si OUI, calcul du nombre de patientes différentes dans l'année en **case A28**, via les données du PMSI.

PERSONNELS AYANT CONCOURU À L'ACTIVITÉ DE PÉRINATALITÉ

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 travaillés (ETP_T) 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_T correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à 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'activités de soins »).

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), en distinguant l'existence d'une garde (un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou d'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 (**cases D32 et E32**) 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. Des médecins déjà décomptés dans une autre ligne peuvent être comptabilisés également ici.

Lignes 34 et 35 : 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 prétravail, de naissance, 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
Réanimation neurochirurgicale	2
Surveillance continue postopératoire	3
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
Existence d'un dispositif de neuronavigation ?	5

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
A	B
<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	

Si l'équipe est sollicitée par l'intermédiaire d'un dispositif de télémédecine, activité produite dans ce cadre	
Téléexpertise (réalisée en l'absence du patient)	6
Téléconsultation (réalisée en présence du patient dans l'établissement demandeur)	7

Activité de télémédecine ?	Nombre de sollicitations
A	B
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Activité

Activité : interventions	
Interventions de neurochirurgie portant sur la sphère crano-encéphalique chez l'adulte	8
Le cas échéant, activité de neurochirurgie fonctionnelle cérébrale	9
Le cas échéant, radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques	10
Le cas échéant, neurochirurgie pédiatrique	11
Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie	12

Autorisations particulières (CSP art 6123-100)	
A	
<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 : séjours, journées	
Neurochirurgie adultes (18 ans et plus)	13
Neurochirurgie pédiatrique (0 - 17 ans)	14
Neurochirurgie avec passage en réanimation	15
Neurochirurgie avec passage en surveillance continue postopératoire	16
Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie	17

Nombre de séjours	dont séjours de 0 jour	Nombre de journées réalisées
A	B	C
PMSI	PMSI	PMSI
PMSI	PMSI	PMSI
PMSI		PMSI
PMSI		PMSI
PMSI	PMSI	PMSI

Personnels concourant à l'activité de neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle (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	Existence d'une garde senior 24h/24 ?	Existence d'une astreinte senior 24h/24 ?
			A	B	C	D	E
Neurochirurgiens	M2060	18				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Neurologues	M1120	19				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Spécialistes en radiologie et imagerie médicale	M1160	20				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Anesthésistes réanimateurs et réanimateurs médicaux	M1030 et M1031	21					
Autre personnel médical (mettre ici notamment les pédiatres)		22					

<u>Personnel non médical</u>	Code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels		
			A	B	C		
Infirmiers DE avec spécialisation et personnels d'encadrement infirmiers	N2120 N2300	23					
Infirmiers DE sans spécialisation	N2200	24					
Aides-soignants	N2500	25					
Personnels de rééducation	N2400	26					
Personnels médico-techniques (manipulateurs d'électroradiologie et autres personnels de radiologie)	N4100	27					
Autre personnel non médical		28	101				

Neurochirurgie et activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau affine la description des activités de neurochirurgie (c'est-à-dire touchant à la sphère crano-encéphalique) soumises à autorisation. 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 télémédecine.
- 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 depuis la refonte de 2013 obtenues à partir d'exactions des données PMSI.

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 médicotechniques, le DIM et l'équipe administrative gestionnaire de la SAE.

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du bordereau 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 n°2007-364 et n°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 n°2007/390 du 29 octobre 2007 relative aux activités de soins de neurochirurgie.

Décrets n°2007-366 et n°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 n°2007-389 du 29 octobre 2007 relative aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.

ÉQUIPEMENT

Lignes de 1 à 5, colonnes A et B : Unités dédiées. Il s'agit de préciser l'existence d'unités dédiées (uniquement consacrées à l'activité indiquée, réponse OUI) ou si les patients sont accueillis dans des unités ayant aussi d'autres activités (réponse NON). On précisera donc par OUI ou NON si l'établissement comporte de telles unités dédiées. Pour les unités d'activité interventionnelle par voie endovasculaire en neuroradiologie (unité dédiée ou lits mis à disposition en neurologie ou neurochirurgie), préciser la capacité en lits installés au 31 décembre.

Lignes 6 et 7, colonnes A et B : Télémédecine. Cette question ne concerne que les établissements dont l'équipe médicale est sollicitée (« requise »), par exemple pour donner un avis d'expert sur la lecture et l'interprétation d'images (ou de tracés) pris à distance (téléexpertise) ou sur la conduite à tenir au vu 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 télémédecine et on indiquera le nombre de sollicitations dans l'année.

ACTIVITÉ

Cases A8 à A12 : On précisera par OUI ou NON si l'établissement détient des autorisations particulières, en neurochirurgie portant sur la sphère crano-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 pré-remplies (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 d'un passage dans l'unité médicale de neurochirurgie codée « 51 » et d'un passage dans l'unité médicale de réanimation codée « 01A » ou d'un passage dans l'unité médicale de réanimation pédiatrique codée « 13A » au sein du même établissement. Les journées comptabilisées sont uniquement celles effectuées dans l'unité médicale de réanimation (« 01A » ou « 13A »).

Ligne 16 : Sont comptabilisés les séjours qui ont fait l'objet à la fois d'un passage dans l'unité médicale de neurochirurgie codée « 51 » et d'un passage dans l'unité médicale de soins surveillance continue codée « 03A » ou d'un passage dans l'unité médicale de surveillance continue pédiatrique codée « 14A » au sein du même établissement. Les journées comptabilisées sont uniquement celles effectuées dans l'unité médicale de soins surveillance continue (« 03A » ou « 14A »).

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 l'établissement.

Les effectifs et équivalents temps plein travaillés (ETP_T) 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_T correspondent au temps travaillé, sur une mesure en moyenne annuelle.
(Lire aussi les principes généraux de remplissage du « Personnel dans les bordereaux d'activités de soins »).

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.

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, en distinguant l'existence d'une garde (définition : un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou d'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 hors angiographie :

A2	
A3	

Nombre de salles d'angiographie numérisée dédiées :

A4	PMSI
A5	PMSI
A6	PMSI
A7	PMSI
A8	PMSI
A9	PMSI

Nombre de séjours :

Nombre de journées :

Nombre d'actes :

dont actes de type 1 (rythmologie et stimulation multisites)

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	
A13	PMSI
A14	PMSI
A15	
A16	PMSI

Nombre d'appareils de CEC dédiés :

Nombre total d'actes de chirurgie cardiaque enfant :

Nombre total d'actes de chirurgie cardiaque adulte :

Dont nombre d'actes en urgence :

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
Unité de chirurgie cardiaque hors réa dédiée, USIC, et SC ⁽¹⁾	17		PMSI	PMSI
Unité de cardiologie (lits de médecine, hors USIC) ⁽¹⁾	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

Personnels concourant à ces activités interventionnelles et de chirurgie cardiaque (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
Chirurgiens cardiaques ⁽⁴⁾	M2140	19			<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Cardiologues	M1040	20			<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
Radiologues	M1160	22			<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Anesthésistes réanimateurs et réanimateurs médicaux	M1030 M1031	23			<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Pédiatres	M1140	24			<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Autre personnel médical		25			<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
Personnels d'encadrement infirmiers	N2120	26			
Infirmiers DE sans spécialisation	N2200	27			
Infirmiers DE de bloc opératoire	N2320	28			
Infirmiers DE anesthésistes	N2310	29			
Aides-soignants	N2510	30			
Manipulateurs d'électroradiologie	N4130	31			
Autre personnel non médical		32	105		

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 réglementairement 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.

Les données d’activité sont depuis la refonte de 2013 obtenues à partir des données du PMSI avec un pré-remplissage qu’il appartient à l’établissement de valider.

CONCEPTS IMPORTANTS

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 d’imports des données PMSI’, disponible dans la partie « Aide » du site de collecte.

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 médico-techniques, le DIM et l’équipe administrative gestionnaire de la SAE.

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du bordereau 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 R6123-71 et R6122-25.

ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE EN CARDIOLOGIE

La **coronarographie**, effectuée comme seul examen radiologique, **n'est pas considérée** comme activité interventionnelle. Cependant, 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. Cette case n'est pas modifiable directement. Elle est mise à jour à partir de la case A30 du bordereau FILTRE.

La **case A2** concerne le nombre de salles numérisées dédiées hors angiographie et la **case A3** le nombre de salles d'angiographie numérisée dédiées.

Cellules pré-remplies : extraction ciblée à partir du PMSI, à valider (ou corriger si besoin) par l'établissement. Seules les cases A4 (nombre de séjours) et A5 (nombre de journées) sont non modifiables par l'établissement.

Les **cases A4 à A9** décrivent l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie (liste des actes relevant des indicateurs de pilotage d'activité - IPA). La sélection des séjours, nombre de journées et nombres d'actes correspondant se fait à l'aide des listes d'actes LT033-1 et LT033-2 fournies par l'ATIH. Les actes réalisés en prestations inter-établissements (PIE), repérés par un DA=« Z75.80 » (personne adressée dans un autre établissement pour réalisation d'un acte), sont retirés du calcul de l'activité de l'établissement demandeur de la prestation. Les listes d'actes sont disponibles dans la partie « Aide » du site de collecte.

- **Case A4** : Nombre de séjours qui contiennent les actes sélectionnés dans les listes LT033.
- **Case A5** : Nombre de journées passées dans l'unité médicale d'hospitalisation du patient, lorsque le ou les actes sélectionnés dans les listes LT033 ont été réalisés. Le nombre de journées ne correspond pas à la durée totale du séjour, lorsque celui-ci est multi-UM.
- **Case A6** : Total des actes cibles : = A7+A8+A9.
- **Case A7** : Nombre d'actes de type 1. Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multi-sites 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). Ainsi, si l'établissement dispose d'une autorisation en activité interventionnelle en cardiologie, toute l'activité, y compris les poses de stimulateurs cardiaques simples, est à comptabiliser. En revanche, si l'établissement n'est pas autorisé en activité interventionnelle en cardiologie, mais réalise tout de même des poses de stimulateurs cardiaques simples, cette activité ne doit pas être déclarée dans ce bordereau. Elle le sera dans le bordereau Sites opératoires et salles d'intervention (BLOCS), en ligne 12. Les actes sélectionnés figurent dans la liste LT033-1.
- **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 parmi la liste LT033-2.
- **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 parmi la liste LT033-2.

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.

Case A11 : Nombre de salles aseptiques dédiées. Seules les salles dédiées à la chirurgie cardiaque, conformément à l'article R6123-71 du Code de la santé publique, sont à décompter.

Case A12 : 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 (oxygénéation de suppléance).

Cellules pré-remplies : extraction ciblée à partir du PMSI, à valider (ou corriger si besoin) par l'établissement. Ces cellules sont pré-remplies mais modifiables par l'établissement.

Cases 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.

Case 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).

Case A16 : Nombre d'interventions sous CEC chez l'adulte (calculé à partir de la liste d'actes LT032-1 avec âge \geq 18 ans).

Cases A17 et A18 : Nombre de lits dédiés installés au 31 décembre dans :

- la ou les unités de chirurgie cardiaque hors réanimation dédiée, USIC et SC (correspond aux UM de type « 50 »), c'est-à-dire y compris les lits pouvant recevoir des patients qui n'ont pas bénéficié de chirurgie cardiaque ;
- la ou les unités de cardiologie : on s'intéresse alors uniquement aux lits de médecine, hors USIC.

Case B17 : Nombre de séjours ayant comporté un passage (au sens Résumé d'Unité Médicale, RUM pour le PMSI) en unité de chirurgie cardiaque hors réanimation 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).

Case C17 : Les journées sont celles effectuées au sein de l'unité médicale de chirurgie cardiaque lors des séjours comptabilisés en **case B17**.

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 l'établissement.

Les effectifs et équivalents temps plein travaillé (ETP_T) 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_T correspondent au temps travaillé, sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi les principes généraux de remplissage du « Personnel dans les bordereaux d'activités de soins »).

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 colonnes 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° 2015-509 du 6 mai 2015) ?	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	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> 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			
Anesthésistes réanimateurs et réanimateurs médicaux	M1030	11				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Chirurgiens de chirurgie plastique et reconstructrice	M2040	12				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Médecins de médecine physique et réadaptation	M1180	13					
Psychiatres	M3020	14					
Autre personnel médical		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	
Personnel d'encadrement infirmier	N2120	16			
Infirmiers DE avec spécialisation (hors encadrement)	N2300	17			
Infirmiers DE sans spécialisation (hors encadrement)	N2200	18			
Aides-soignants	N2500	19			
Masseurs-kinésithérapeutes	N2410	20			
Psychologues	N2710	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 questionnement sur le personnel (par rapport à celui utilisé avant la refonte de l'enquête), 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.

Les données d'activité relatives à l'hospitalisation sont depuis la refonte 2013 obtenues à partir des données du PMSI, sur la base d'unités médicales spécifiques à cette activité.

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 du bordereau FILTRE dans le bloc A : A36 (traitement des grands brûlés).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décrets n°2007-1237 et n° 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/O4/2007/391 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.

ÉQUIPEMENT ET PLATEAU TECHNIQUE

L'activité de traitement des grands brûlés nécessite de disposer d'un secteur de réanimation protégé et spécifique.

Case A1 : Indiquer la capacité en lits de réanimation (y compris surveillance continue) pour les grands brûlés. 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).

Case 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 au 31 décembre.

Cellules pré-remplies (extraction ciblée à partir du PMSI) :

Dans les données PMSI, la réanimation et les soins de surveillance continue pour les grands brûlés constituent des unités médicales spécifiques (UM 01B, 03B, 14B et 13B).

Cases B1 à D1 : Nombre de séjours ayant un passage dans les unités citées ci-dessus. Le nombre de journées associées est égal à la somme des durées de séjour partiel 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° 2015-509 du 6 mai 2015. L'établissement indiquera s'il dispose sur place d'une autorisation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

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

Case A6 : Il est demandé le nombre d'actes de chirurgie plastique et reconstructrice 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'actes) 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 pré-remplies (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 comportant 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 CMD22, un acte parmi les listes A130 ou A131, une CAS de chirurgie et une durée de séjour=0.

Case 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.

Case 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 l'établissement.

Les effectifs et équivalents temps plein travaillés (ETP_T) 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_T correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à 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'activités de soins »).

Colonnes D et E : 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, en distinguant l'existence d'une garde (définition : un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou d'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 DE des deux lignes suivantes pour ne pas avoir de double compte.

SOINS PALLIATIFS
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 MCO dans l'unité, dans l'année (si l'unité est classée en MCO) :

Nombre de séjours SSR dans l'unité, dans l'année (si l'unité est classée en SSR) :

Nombre de séjours "autres" dans l'unité, dans l'année (si l'unité est classée en autres) :

Nombre de demi-journées de temps bénévole d'accompagnement dans le mois d'octobre

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
A21		
A22		
A23		

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 :

Nombre de demi-journées de temps bénévole d'accompagnement dans le mois d'octobre

A10	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A11		
A12		
A13		
A14		
A15		
A16		
A17		
A18		
A24		

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	

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

	code SAE	USP			EMSP		
		Effectifs temps plein A	Effectifs temps partiel B	ETP moyens annuels C	Effectifs temps plein E	Effectifs temps partiel F	ETP moyens annuels G
Personnel médical (hors internes)	M1000	25					
Dont DU/DUI/Master en soins palliatifs		26					
Cadre de santé	N2120	27					
Infirmiers DE avec ou sans spécialisation	N2200, N2300	28					
Dont DU/DUI/Master en soins palliatifs		29					
Aides-soignants	N2500	30					
Psychologues	N2700	31					
Autre personnel non médical		32					

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 structures identifiées (équipe mobile, lits identifiés 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.

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 des questions du bordereau FILTRE A27 (EMSP) et A38 (LISP, USP).

Les 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

Articles L1110-10, L1112-4, L6112-1, L6112-7, L6114-2 et L6143-2-2 du Code de la santé publique, D.6114-3 (7) et 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.

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 effectuant ces prises en charge. L'accompagnement palliatif dans un service hospitalier sans lit identifié constitue le premier niveau (non questionné ici), le deuxième correspond aux lits identifiés au sein des services de soins (cases A1 à A5), le troisième aux unités de soins palliatifs dédiés (A6 à A9 et A21 à A22).

Case 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, y compris les lits fermés temporairement pour cause de travaux ou désinfection (**case 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 A8, 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 (**case A3**) et ceux implantés dans des services de pédiatrie (**case 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 **case A5**, indiquer le nombre de séjours dans ces lits au cours de l'année. Pour les lits de court séjour et de moyen séjour, cette donnée peut être tirée du PMSI.

Case 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 la classification de l'USP (**case A7**) et le nombre de lits installés au 31/12, y compris les lits fermés temporairement pour cause de travaux ou désinfection (**case A8**).

Cases A9, A21 et A22 : Il est ensuite demandé de préciser le nombre de séjours dans l'USP, en fonction de sa classification (cases **A9, A21 et A22**). Le nombre de séjours MCO (**case A9**) est extrait du PMSI (pour les USP de MCO) : 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, un seul séjour est décompté si ces passages se font dans le même Finess géographique. Si l'USP est classée en SSR ou dans « autres disciplines », le nombre de séjours au sein de l'USP doit être renseigné en **case A21** ou **A22**.

Case A23 : Nombre de demi-journées de temps bénévole d'accompagnement dans le mois d'octobre. Il convient de comptabiliser le nombre cumulé de demi-journées sur lesquelles un bénévole d'accompagnement de fin de vie est intervenu au sein de l'USP durant le mois d'octobre. Par exemple, si 2 bénévoles d'accompagnement sont présents le vendredi après-midi tout le mois d'octobre, alors inscrire 8 (= 2 x 4 semaines). Dans le cas où un bénévole n'a pas été présent toutes les semaines pendant le mois d'octobre, en tenir compte dans le décompte. Par exemple, si un bénévole est en principe présent le lundi après-midi mais qu'il n'a été présent que 3 lundis sur 4 durant le mois d'octobre, alors renseigner 3 (= 1 x 3).

Case 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 pour les **cases 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.

Case A11 : Nombre d'interventions physiques de l'EMSP au sein de l'établissement de rattachement (hors structure médico-sociale rattachée à 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, quel que 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.

Cases A12 et A13 : Nombre d'EHPAD et d'établissements de santé dans lesquels l'EMSP intervient (c'est-à-dire avec lesquels des conventions ont été établies).

Case A14 : 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 à domicile).

Case A15 : Au sein d'établissements sanitaires (y compris USLD)

Sont comptabilisées ici les interventions impliquant un déplacement physique 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 case A16).

Case A16 : Au sein d'établissements médico-sociaux (dont EHPAD)

Sont comptabilisées ici les interventions impliquant un déplacement physique au sein d'un établissement médico-social 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 médico-sociale rattachée à un établissement de santé (ex : EHPAD géré par un centre hospitalier).

Case A17 : Au domicile des patients

Sont comptabilisées ici les interventions impliquant un déplacement physique de l'EMSP au domicile des patients.

Case A18 : 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.

Cases 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).

Case A24 : Nombre de demi-journées de temps bénévole d'accompagnement dans le mois d'octobre. Il convient de comptabiliser le nombre cumulé de demi-journées sur lesquelles un bénévole d'accompagnement de fin de vie est intervenu, avec l'EMSP, au lit des malades durant le mois d'octobre. Par exemple, si 2 bénévoles d'accompagnement sont présents le vendredi après-midi tout le mois d'octobre, alors inscrire 8 (= 2 x 4 semaines). Dans le cas où un bénévole n'a pas été présent toutes les semaines pendant le mois d'octobre, en tenir compte dans le décompte. Par exemple, si un bénévole est en principe présent le lundi après-midi mais qu'il n'a été présent que 3 lundis sur 4 durant le mois d'octobre, alors renseigner 3 (= 1 x 3).

PERSONNEL AYANT CONCOURU À L'ACTIVITÉ DÉCRITE

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins dans les unités de soins palliatifs (USP) d'une part et par les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) d'autre part, qu'il soit salarié ou non, rémunéré ou non par l'établissement. Il peut s'agir de personnel entièrement dédié à l'activité décrite et de temps de professionnels mutualisés pour assurer les soins dans ces différentes unités. En revanche, les bénévoles sont à exclure de ce décompte. Les effectifs et équivalents temps plein travaillés (ETP_T) 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_T correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à 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'activités de soins »).

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			Nombre de postes utilisés au 31/12 (=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			
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, dont assistée	1140		8			
Hémodialyse à domicile	1150	Adultes	9			
		Enfants	10			

(¹) : Poste utilisé défini par l'association générateur (hors générateurs de secours) et lit ou fauteuil

Nombre de séances de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale réalisée au cours d'une hospitalisation conventionnelle

A28	PMSI
A11	

Nombre de postes de repli pour les patients suivis en autodialyse ou en dialyse à domicile

DIALYSE PERITONEALE	Code			Nombre de places ou d'appareils au 31/12	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			
Dialyse péritonéale en hospitalisation	122B	30				
Entraînement à la dialyse péritonéale (activité en séances)	122A	14				PMSI
Dialyse péritonéale automatisée à domicile (activité en semaines de traitement)	121C	31				
Dialyse péritonéale continue ambulatoire à domicile (activité en semaines de traitement)	121A 121B	32				
Total dialyse péritonéale à domicile (calculé)	1210	29				

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, quel que soit leur mode de traitement au démarrage

A21	
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

	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					
Néphrologues (hors internes)	M1110	23					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Infirmiers DE avec ou sans spécialisation et personnels d'encadrement infirmiers	N2120 N2200 N2300	24						
Aides-soignants	N2500	25						
Personnels médico-techniques	N4100	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 « aigüe » au cours d'une hospitalisation n'est pas dans le champ de ce bordereau.

Les objectifs du bordereau sont :

- Simplifier l'interrogation par rapport à ce qu'elle était avant la refonte de la SAE, 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 télémédecine.
- Faciliter le suivi du SRS (ex-SROS) et de l'objectif de diversification des modalités d'épuration extra-rénale avec renforcement de la dialyse péritonéale.

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.

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 médico-techniques, le DIM et l'équipe administrative gestionnaire de la SAE.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A11 du bordereau 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.

NOUVEAUTÉS SAE 2021

Dans la mesure où il n'existe pas d'autorisation de soins de dialyse péritonéale distincte pour les populations adulte et enfants, ces deux catégories sont désormais fusionnées dans le questionnaire sur la dialyse péritonéale, notamment afin d'alléger la charge de réponse.

ORGANISATION : TÉLÉDIALYSE

Cases A1 à A3 : Questions destinées aux établissements qui disposent d'un centre lourd et dont l'équipe médicale assure le fonctionnement d'une (ou plusieurs) UDM (unité de dialyse médicalisée) située(s) à distance du centre.

ÉQUIPEMENTS ET ACTIVITÉ HÉMODIALYSE

Colonne A, lignes 4 à 10 : Nombre de postes utilisés au 31/12, y compris ceux à vocation spécifique (hépatite C, HIV), mais sans les postes de repli qui sont à inscrire en A11 (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).

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, dont assistée 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.

Si les postes sont mutualisés (par exemple en l'absence de distinction entre les postes adultes et enfants), il convient de proratiser le nombre de postes en fonction de l'activité. Si le calcul produit des chiffres à virgule, il faut inscrire des chiffres arrondis, de telle sorte que la somme soit égale au nombre de postes de l'établissement. Par exemple, s'il y a 10 postes mutualisés pour l'activité d'hémodialyse en centre adultes et enfants, pour respectivement 3 600 et 1 400 séances, alors il convient d'inscrire 7 (arrondi de 7,2 qui est égal à $3\ 600 \times 10 / 5\ 000$) postes pour le nombre de postes adultes et 3 (= 10-7 ou arrondi de 2,8 qui est égal à $1\ 400 \times 10 / 5\ 000$) pour le nombre de postes enfants.

Les postes relatifs à l'hémofiltration, l'hémodiafiltration et la biofiltration doivent être inclus dans la partie HEMODIALYSE.

Case A11 : Nombre de 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.

DIALYSE PÉRITONÉALE

Colonne A, lignes 30, 14, 31 : Nombre de places (ou appareils) installées au 31/12

Là encore, un équipement n'est à compter comme une place que s'il est associé à un lit ou un fauteuil et à une arrivée de fluides.

Si les places sont mutualisées (par exemple en l'absence de distinction entre les places adultes et enfants), il convient de proratiser le nombre de places en fonction de l'activité. Si le calcul produit des chiffres à virgule, il faut inscrire des chiffres arrondis, de telle sorte que la somme soit égale au nombre de places de l'établissement. Par exemple, s'il y a 10 places mutualisées pour l'activité de dialyse péritonéale en hospitalisation adultes et enfants, pour respectivement 360 et 140 semaines de traitement, alors il convient d'inscrire 7 (arrondi de 7,2 qui est égal à $360 \times 10 / 500$) pour le nombre de places adultes et 3 (= 10-7 ou arrondi de 2,8 qui est égal à $140 \times 10 / 500$) pour le nombre de places enfants.

Lignes 30, 14, 31, 32 : La dialyse péritonéale peut s'exercer soit en hospitalisation, soit à domicile. Lorsque la dialyse péritonéale se réalise à domicile, le patient doit auparavant s'exercer en structure. Dans ce cas, il faut compter l'activité d'entraînement à la dialyse péritonéale (ligne 14) en séances et non en semaines de traitement.

Il existe deux techniques pour réaliser la dialyse péritonéale : l'infusion et le drainage du liquide se fait soit manuellement (dialyse péritonéale continue ambulatoire), soit à l'aide d'une machine (dialyse péritonéale automatisée). Pour chaque technique (continue ambulatoire et automatisée), préciser l'activité réalisée à domicile (lignes 31 et 32).

Ligne 30 : Renseigner l'activité pour la dialyse péritonéale en hospitalisation sans distinction des techniques pratiquées.

Pour chaque pratique, il est demandé l'activité en semaines de traitement, sauf pour l'entraînement à la dialyse péritonéale où il est demandé le nombre de séances.

Pour la dialyse péritonéale en hospitalisation, automatisée à domicile et continue ambulatoire à domicile, les informations sont demandées en différenciant celles destinées aux adultes et celles destinées aux enfants (sont considérés comme enfants les malades âgés de moins de 18 ans).

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 (**A20**) et le total de séances réalisées pour ces vacanciers toutes techniques confondues (**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.

DONNÉES D'ACTIVITÉ

Pour les établissements remplissant un fichier PMSI-RSA (résumé de séjour anonymisé), quelques cases (**C4 à C7, A28 et C14**) sont pré-remplies et l'établissement est appelé à les valider (ou corriger si besoin). Pour les autres établissements (notamment ceux déclarant leur activité de dialyse dans un fichier PMSI-RSFA (résumés standardisés de facturation anonymes)), les données seront à remplir par l'établissement.

En effet, 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 (RSFA) ; 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 »).

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. À 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.

Il s'agit ici de renseigner le nombre de patients différents pris en charge la semaine incluant le 1^{er} décembre (file active).

Colonne C : Nombre de séances dans l'année

Compter au maximum une séance par malade et par jour. Les séances d'hémodialyse réalisées chez des patients hospitalisés pour traitement de l'insuffisance rénale chronique dans l'établissement sont à inclure. En revanche, les séances d'hémodialyse chez des patients hospitalisés dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle (donc hors hospitalisation pour traitement de l'insuffisance rénale chronique) sont à exclure, car comptabilisées en case A28.

L'activité relative à l'hémofiltration, l'hémodiafiltration et la biofiltration doit être incluse dans l'activité d'HEMODIALYSE.

NB : Pour la dialyse péritonéale uniquement, 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 la notion de séance persiste.

Case A28 : Nombre de séances de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale (EER) réalisée au cours d'une hospitalisation conventionnelle. Sont comptabilisées ici les séances d'épuration extra-rénale (hémodialyse ou dialyse péritonéale) pour insuffisance rénale chronique, en excluant les actes pour l'insuffisance rénale aigüe. Il s'agit du nombre de séances au cours d'une hospitalisation (HC) : nombre d'occurrences d'actes d'EER (actes JVJF004 ou JVJF008 ou JVJB001) dans les séjours hors CM 28 (HC). Cette case est pré-remplie par les données PMSI pour les établissements soumis au PMSI.

Attention : ces séances réalisées au cours d'une hospitalisation conventionnelle ne doivent pas être comptabilisées dans les séances en hémodialyse ou en dialyse péritonéale.

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 SRS (ex-SROS) pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique.

PERSONNEL

Les effectifs et équivalents temps plein travaillés (ETP_T) du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité décrite.

Ce personnel peut être salarié (quel que soit l'établissement qui le rémunère) ou libéral. Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP_T 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'activités de soins »).

Colonnes D et E : Indiquer la forme que prend la permanence des soins des médecins néphrologues seniors (= médecins qualifiés hors internes), en distinguant l'existence d'une garde (un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou d'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») ?

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

MCO	HAD	
	A	B
4	PMSI	PMSI
5	PMSI	
6	PMSI	PMSI

*Pour les cabinets privés de radiothérapie, mettre en case A4, le nombre de séances de radiothérapie réalisées + le nombre de résumés standardisés de préparation (RSP) à un traitement par radiothérapie externe. A4=A14+A15+A16

**Pour les cabinets privés de radiothérapie, mettre en case A5, le nombre de séances de radiothérapie réalisées A5=A15+A16

***Pour les cabinets privés de radiothérapie, la case A6 doit être égale à 0.

Pour les établissements traitant le cancer par chimiothérapie

Autorisation pour le champ MCO et HAD

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	
	A	B
C	FINESS ET3	FINESS ET3

Sinon, en tant qu'établissement associé, avec quel(s) établissement(s) autorisé(s), une convention a-t-elle été signée ?	8		
--	----------	--	--

Activité

MCO	HAD	
	A	B
Réalisés pendant une hospitalisation complète ou en ambulatoire	Réalisés pendant une hospitalisation à domicile	

Nombre total de séjours avec traitement de chimiothérapie	9	PMSI	PMSI
Nombre de séances de chimiothérapie réalisées en ambulatoire en MCO	10	PMSI	

MCO	C9	
	Réalisés pendant une hospitalisation complète	PMSI
Nombre total de séjours pour chimiothérapie (GHM 17M05 et 17M06)		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) au 31/12		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 et/ou irathérapie	13			

Activité

Nombre de résumés standardisés de préparation (RSP) à un traitement par radiothérapie externe, réalisées en ambulatoire ou en hospitalisation complète	A14	PMSI
--	------------	------

MCO	MCO	
	Réalisées en ambulatoire	Réalisées pendant une hospitalisation complète
A	B	
Nombre de séances de traitement par radiothérapie externe	15	PMSI

Nombre de séances de traitement par curiethérapie et/ou irathérapie	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 et/ou irathérapie 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		
Médecins radiothérapeutes (hors internes)	M1170	19			
Radiophysiciens - Physiciens médicaux	N4180	20			
Manipulateurs d'électroradiologie	N4130	21			
Dosimétristes	N4170	22			
Autre personnel non médical de l'unité de radiothérapie		23			

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 au 31/12	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		
Unité(s) médicale(s) de médecine en hospitalisation complète, dont hospitalisation de semaine (y compris curiethérapie)		24		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
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	M1130	28			
Autres médecins habilités en cancérologie		29			

Personnel non médical	code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels
			A	B	C
Infirmiers DE avec ou sans spécialisation et personnels d'encadrement infirmiers	N2120, N2210, N2300	30			
Aides-soignants	N2510	31			
Psychologues	N2710	32			
Assistant(e)s de service social	N3120	33			
Autres personnels des services médicaux		34			

Traitemet du cancer

PRINCIPES DU BORDEREAU

Les recueils respectifs sur le traitement des affections cancéreuses (rayonnements ionisants de haute énergie et chimiothérapie) ont été globalisés, depuis la refonte de la SAE pour les données 2013, 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.

Les données d'activité sont désormais obtenues à partir des données des PMSI MCO et HAD, avec un pré-remplissage qu'il appartient à l'établissement de valider.

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) au(x)quel(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 de l'établissement géographique d'implantation de l'autorisation de l'activité de traitement du cancer. Les données peuvent être validées par l'entité juridique titulaire de l'autorisation de l'activité de traitement du cancer.

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du bordereau FILTRE A9 (radiothérapie ou curiethérapie), A10 (chimiothérapie) et 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 médico-techniques, 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/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Traitements-du-cancer-les-etablissements-autorises/Les-autorisations-de-traitement-du-cancer#toc-les-crit-res-d-agr-ment-par-pratique-th-rapeutique>).

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.

NOUVEAUTES SAE 2021

Les spécifications des imports PMSI pour le traitement du cancer en HAD s'appuient désormais sur la description des séjours et des journées, et non plus des sous-séquences. Les sous-séquences d'une même séquence de soins sont en effet définies arbitrairement par l'établissement pour une nécessité de flexibilité de la facturation. La case B6 porte désormais sur le nombre de journées (et non plus de sous-séquences) et la case B10 est supprimée, le nombre de séances de chimiothérapie réalisées en HAD n'étant pas disponible dans le PMSI.

POUR TOUS LES ÉTABLISSEMENTS TRAITANT LE CANCER

Cases A1 à A3 : Questions filtres sur le mode d'organisation des prises en charge pour traiter le cancer et le type d'autorisation. La réponse à ces questions déclenche les blocs du questionnaire suivants (chimiothérapie, radiothérapie, unités d'hospitalisation individualisées).

Case A1 : Concerne les établissements traitant par chimiothérapie, c'est-à-dire ayant reçu une autorisation de traitement du cancer par chimiothérapie, ou ceux associés, ayant passé une convention avec des établissements autorisés. Cette case n'est pas modifiable directement. Elle est mise à jour à partir de la case A10 du bordereau FILTRE.

Case A2 : Concerne les établissements traitant les affections cancéreuses par radiothérapie et/ou curiethérapie. Cette case n'est pas modifiable directement. Elle est mise à jour à partir de la case A9 du bordereau FILTRE.

Case A3 : Seuls les établissements disposant d'unités individualisées d'hospitalisation complète ou ambulatoire 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). À 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).

Cases A4 à B6 : Activité de traitement du cancer. L'activité recensée correspond au traitement actif du cancer, en distinguant le lieu de l'administration du traitement (en MCO ou en HAD). L'activité liée aux traitements anticancéreux par voie orale ne doit pas être décrite dans le bordereau. Il appartient à l'établissement de retirer cette activité car elle n'est pas repérable dans le PMSI.

Cellules pré-remplies : extraction ciblée à partir du PMSI MCO, à valider (ou corriger si besoin) par l'établissement.

Cases A4 à A6 : Activité de traitement du cancer en MCO : Pour l'ensemble des établissements hors cabinets privés de radiothérapie, 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 en '27Z02', '27Z03', '27Z04')]
- OU un [DP ou DA commençant par 'Z510' ou 'Z511' ou 'Z9480']

- OU les séjours avec au moins un acte parmi la liste : ABLB006, AFLB003, AFLB013, EBLF002, EBLF003, EBSF003, EBSF004, ECLF005, ECLF006, ECSF002, ECSF004, ECSF006, ECSF008, EDLF014, EDLF015, EDLF016, EDLF017, EDLF018, EDLF019, EDLF020, EDLF021, EDLL001, EDLL002, EDSF003, EDSF004, EDSF005, EDSF006, EDSF008, EDSF012, EDSF014, EDSF015, EDSF016, EELF004, EELF005, EHSF001, GGLB001, GGLB008, HLNA007, HLNC003, HLNK001, HLNM001, HLNN900, HPLB002, HPLB003, HPLB007, ZCNH002, ZCNH005, ZZLF004, ZZLF900, ZZLJ001, ZZLJ002.

La case A6 recense les journées hors RSP (résumés standardisés de préparation à l'irradiation).

Pour les cabinets privés de radiothérapie qui ne réalisent que des séances, le nombre de séjours (**case A4**) est égal au nombre de séances de radiothérapie réalisées en ambulatoire et au nombre de résumés standardisés de préparation (RSP) à un traitement par radiothérapie externe. Autrement dit, la case A4=A14+A15+A16. Le nombre de séjours de 0 jour (**case A5**) correspond au nombre de séances de radiothérapie réalisées en ambulatoire, soit A5=A15+A16. Pour ces établissements, le nombre de journées (**case A6**) doit être nul.

Cellules pré-remplies : extraction ciblée à partir du PMSI HAD, à valider (ou corriger si besoin) par l'établissement.

Cases B4 et B6 : Activité de traitement du cancer en HAD : Pour l'ensemble des établissements, sont filtrés les séjours (en cours ou terminés) 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 comportant au moins une séquence avec un mode de prise en charge principal ou associé (MPP ou MPA) égal à '05'. Seuls les séjours pour lesquels il y a eu administration du traitement en HAD sont comptabilisés.

La case B6 recense les journées de traitement du cancer réalisées en HAD, c'est-à-dire le nombre de jours ayant un MPP ou un MPA égal à '05'. Pour les séjours déjà commencés avant janvier, les journées de l'année précédente ne sont pas comptabilisées.

POUR LES ÉTABLISSEMENTS TRAITANT LE CANCER PAR CHIMIOTHÉRAPIE

Case A7 : Seuls les établissements (MCO ou HAD) autorisés à traiter des patients par chimiothérapie répondent OUI.

Case A8 : Si l'établissement est associé avec un ou plusieurs établissements détenant l'autorisation, il s'agit de préciser les numéros Finess de(s) établissement(s) titulaire(s) d'une autorisation avec lesquels une convention a été signée.

Cellules pré-remplies : extraction ciblée à partir des PMSI MCO et HAD, à valider (ou corriger si besoin) par l'établissement.

Case A9 : Nombre de séjours avec traitement de chimiothérapie (réalisés pendant une hospitalisation complète ou en ambulatoire). Il s'agit ici de ne retenir que les traitements de chimiothérapie pour affection tumorale. Les séjours avec traitements de chimiothérapie pour d'autres motifs que le traitement du cancer sont à exclure. Sont ainsi sélectionnés les séjours :

- (avec un diagnostic principal (DP) ou un diagnostic associé (DA) commençant par 'Z511') ET ayant un DP ou DR ou DA compris dans [(C00 à C97) ou (D00 à D09) ou (D37 à D48)]
- OU (avec au moins un code acte parmi la liste : ABLB006, AFLB003, AFLB013, EBLF002, EBLF003, ECLF005, ECLF006, EDLF014, EDLF015, EDLF016, EDLF017, EDLF018, EDLF019, EDLF020, EDLF021, EELF004, EELF005, FEFF438, FEFF220, FGLF671, GGLB001, GGLB008, HPLB002, HPLB003, HPLB007, JANH798, ZZLF004, ZZLF900) ET ayant un DP ou DR compris dans [(C00 à C97) ou (D00 à D09) ou (D37 à D48)]
- OU (avec un GHM "17M05" ou "17M06") ET ayant un DP ou DR compris dans [(C00 à C97) ou (D00 à D09) ou (D37 à D48)].

Case C9 : Dont nombre de séjours pour chimiothérapie réalisés pendant une hospitalisation complète en MCO. Sont comptabilisés les séjours avec un GHM "17M05" ou "17M06".

Case A10 : Nombre de séances de chimiothérapie en MCO (en ambulatoire). Là encore, ne retenir que les traitements de chimiothérapie pour affection tumorale, les séjours avec traitements de chimiothérapie pour d'autres motifs que le traitement du cancer étant à exclure. Sont comptés les GHM 28Z07Z x nombre de séances.

Case B9 : Nombre de séjours (en cours ou terminés) avec traitement de chimiothérapie en HAD. Sont comptés les séjours comportant au moins une séquence avec un mode de prise en charge principal ou associé (MPP ou MPA) égal à '05' et un diagnostic compris dans les listes suivantes : (C00 à C97) ou (D00 à D09) ou (D37 à D48).

Ligne 11 : File active. Nombre de patients selon l'âge correspondants aux séjours (et séances) des cases A9/A10 et B9/B10.

POUR LES ÉTABLISSEMENTS TRAITANT LE CANCER PAR RADIOTHÉRAPIE (RADIOTHÉRAPIE EXTERNE ET/OU CURIETHÉRAPIE)

Lignes 12 et 13 : Équipements au 31/12

Les questions sont réduites depuis la refonte de la SAE (données 2013) au nombre d'accélérateurs de radiothérapie au 31/12 et, le cas échéant, au nombre de lits protégés pour la curiethérapie et l'irathérapie au 31/12, le détail des autres équipements étant renseigné dans l'enquête de l'Observatoire National de la Radiothérapie.

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.

Lignes 14 à 18 : Activité

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, l'activité est extraite des données PMSI et les **cellules pré-remplies correspondantes sont à valider (ou corriger si besoin) par l'établissement**. Le détail des spécifications ayant servi à calculer ces valeurs est dans le document 'spécifications d'imports des données PMSI', disponible dans la partie « Aide » du site de collecte.

Les centres privés de radiothérapie (« cabinets ») ne déclarent pas leur activité dans le PMSI. Il leur est demandé 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).

Lignes 15 et 16 : 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.

Case A14 : Nombre de résumés standardisés de préparation (RSP) à un traitement par radiothérapie externe, réalisées en ambulatoire ou en hospitalisation complète. Sont comptabilisés les séjours avec DP Z51.00 ET [DR ou DA compris dans (C00 à C97) ou (D00 à D09) ou (D37 à D48)].

Case A15 : Nombre de séances de traitement par radiothérapie externe, réalisées en ambulatoire avec (Séjours dans les GHM 28Z11Z, 28Z18Z, 28Z23Z, 28Z24Z, 28Z25Z) x nombres de séances ET [DR = vide ou DR compris dans (C00 à C97) ou (D00 à D09) ou (D37 à D48)].

Case B15 : Nombre de séances de traitement par radiothérapie externe, réalisées pendant une hospitalisation complète avec GHM 17K04 OU (actes des listes A-170, A-304, A-318, A-319, A-320 ET hors CM28).

Case A16 : Nombre de séances de traitement par curiethérapie et irathérapie, réalisées en ambulatoire. Sont comptabilisés les séjours avec un GHM '28Z10Z' x nombres de séances ET [les DR (diagnostics reliés) = vide ou DR compris dans (C00 à C97) ou (D00 à D09) ou (D37 à D48)].

Case B16 : Nombre de séances de traitement par curiethérapie et irathérapie réalisées pendant une hospitalisation complète, soit séjours hors CM28 avec (au moins un acte dans la liste 'A-205') OU (un GHM parmi (17K05, 17K08, 17K09)).

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 RADIOTHÉRAPIE

Les effectifs et équivalents temps plein travaillés (ETP_T) 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_T (moyenne annuelle) leur temps de travail effectif pour l'unité.

Ligne 19 : Personnel médical (hors internes)

Colonne C : « ETP moyens annuels ». Compter tous les radiothérapeutes (titulaires du DES d'oncologie radiothérapie ou qualifiés spécialistes de radiothérapie par commission de qualification ordinaire) 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.

Lignes 21 et 22 : Personnel non médical

On distingue dorénavant les dosimétristes des manipulateurs d'électroradiologie. Le dosimétriste participe, avec l'oncologue radiothérapeute et le radiophysicien ou le physicien médical, 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.

Ligne 23 : Autres personnels non médicaux de l'unité de radiothérapie

Compter tous les personnels autres que les radiophysiciens et physiciens médicaux, manipulateurs ou dosimétristes participant à l'activité de l'unité. Les personnels administratifs notamment (secrétariat médical) doivent être inclus ici.

POUR LES ÉTABLISSEMENTS TRAITANT LE CANCER DANS DES UNITÉS D'HOSPITALISATION INDIVIDUALISÉES

Caractéristiques et activité de l'unité (des unités) individualisée(s)

Lignes 24 à 27, colonne A : Les capacités totales au 31/12 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 pré-remplies : extraction ciblée à partir du PMSI MCO, à valider (ou corriger si besoin) par l'établissement.

Lignes 24 à 27, colonnes B, C, D et 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 une (des) unité(s) individualisée(s) de traitement du cancer, citée(s) ci-dessus, en distinguant les patients adultes (âgés de 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

Les effectifs et les équivalents temps plein travaillés (ETP_T) sont ceux qui contribuent à l'activité décrite dans le bordereau. 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_T 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'activités de soins »).

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 collectes SAE avant la refonte. 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 – option oncologie médicale 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 compter dans cette même ligne.

Ligne 34 : Autres personnels des services médicaux

Compter ici tous les personnels autres que les infirmiers DE, avec ou sans spécialisation, 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 médical) 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^e de l'article R.6123-1 du code de la santé publique (décret 2006-576 du 22 mai 2006).

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 (SOS mains et uniquement spécialisés en ophtalmologie), les admissions directes dans les services (USIC ou UNV ou maternité), l'activité non programmée de même que les urgences dans un établissement qui n'a qu'une activité de psychiatrie.**

Les établissements autorisés uniquement en urgences générales, doivent regrouper toute l'activité (y compris urgences pédiatriques) dans le cadran "urgences générales"

 Sur le site géographique, disposez-vous d'une implantation d'une structure d'urgences autorisée ?

Si oui, s'agit-il d'une autorisation d'urgences générales ?

Saisonnier ?

Si oui, s'agit-il d'une autorisation d'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

Informations complémentaires

Une équipe mobile de gériatrie intervient-elle au SU ?

A11	<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) avec ou sans spécialisation :

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 <input type="radio"/> IAO et MAO
-----	--

Passages	Nombre de passages	DONT hospitalisés en MCO dans la même entité juridique		DONT hospitalisés en SSR, PSY, USLD dans la même entité juridique		DONT hospitalisés en HAD dans la même entité juridique		DONT hospitalisés dans une autre entité juridique	
		A	B	C	E	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	Nombre de journées	
				A	B
Unité d'hospitalisation de courte durée	21			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) avec ou sans spécialisation :	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	
	<input type="radio"/> IAO et MAO	

Passages	Nombre de passages	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 jour	Nombre de journées
					A B C D E
Unité d'hospitalisation de courte durée	29			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)	M1000 M2000 M3020	30				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> Adjoint <input type="radio"/> conjoint <input type="radio"/> les deux
dont pédiatres	M1140	31				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> Adjoint <input type="radio"/> conjoint <input type="radio"/> les deux
dont psychiatres	M3020	32					
Personnel non médical	N9999	33					
Dont cadres de santé	N2120	34				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> Adjoint <input type="radio"/> conjoint <input type="radio"/> les deux
Dont infirmiers DE avec ou sans spécialisation (exemples : IDE, puéricultrices, IADE) mais hors encadrement	N2200 N2300	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	N2510 N2530	36					
Dont brancardiers	N2620	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	N3120	38					
Dont secrétaires	N1210	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 (Article R6123-1 du Code de la Santé publique modifié par le 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 ;
- 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 (activité qui fait l'objet du bordereau SMURSAMU) ;
- 3° La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences générales ou dans la structure des urgences pédiatriques.

Les objectifs de ce questionnement sont :

- Rendre compte de l'accès de la population d'un territoire aux structures d'urgence à travers la description géo localisée de leurs différentes composantes.
- Mesurer l'activité de la structure des urgences elle-même (sans tenir compte des admissions directes dans les services).
- Enfin, rendre compte des formes de mutualisation des personnels entre les modalités de la médecine d'urgence.

Les données d'activité correspondant aux informations pour l'UHCD sont obtenues à partir des données du PMSI de l'établissement.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques qui ont une activité autorisée d'urgences générales ou pédiatriques. Les établissements n'ayant pas d'autorisation de soins de médecine d'urgence ou ne pratiquant pas l'accueil sans rendez-vous de tous les patients adultes (respectivement enfants pour les autorisations d'urgences pédiatriques), mais ayant des accueils d'urgences spécialisées (par exemple uniquement en ophtalmologie, en psychiatrie, etc.) ou assurant l'accès direct à un plateau technique spécialisé (comme SOS mains), ne doivent pas répondre à ce bordereau. Le périmètre de l'enquête SAE correspond donc à l'activité des structures des urgences autorisées uniquement.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A16 du bordereau 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.

Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires

Instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014.

Instruction N° DGOS/R1/R2/2017/286 du 2 octobre 2017 relative à la fiabilisation de l'enregistrement des structures des urgences dans les systèmes d'information FINESS et ARHGOS.

TYPE D'AUTORISATION DÉTENUE

Cases A1 à A4 : Données pré-remplies à partir des informations disponibles dans le système de gestion des autorisations des établissements de santé (Arhgos), renseigné par les ARS. Ces autorisations font référence aux conditions techniques de fonctionnement pour l'activité des urgences définies dans le décret 2006-577, de la qualification des médecins présents H24. Dans l'éventualité d'une information issue d'Arhgos incomplète ou erronée, ces cases sont modifiables.

Le type d'autorisation détermine le bloc activité à renseigner : urgences générales ou urgences pédiatriques. Si l'établissement n'est autorisé qu'en urgences générales, renseigner l'ensemble de l'activité (y compris les prises en charges des enfants) dans la partie « Structure des urgences générales ».

Case A11 : Compte tenu de la part non négligeable 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.

ACTIVITÉ DE LA STRUCTURE DES URGENCES GÉNÉRALES

Il s'agit ici de rassembler les données relatives à la structure d'urgences. Par contre, les admissions directes dans les services sans passage par les urgences 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 des urgences. Si l'établissement n'est autorisé qu'en urgences générales, renseigner l'ensemble de l'activité (y compris les prises en charge des enfants) dans cette partie.

Cases A14 et A15 : Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année. Il convient d'indiquer :

- pour les médecins, le temps clinique posté défini dans l'Instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 ;
- pour les infirmiers DE, avec ou sans spécialisation, le cumul annuel du nombre d'heures dédiées à l'activité d'accueil et de traitement des urgences (cette activité comprend l'UHCD).

Dans les deux cas, il faut comptabiliser le nombre d'heures postées par semaine, c'est-à-dire un multiple de $24 \times 7 = 168$ heures. Ainsi, si vous avez x postes de médecins postés 24h/24 et 365 jours par an, il faut compter $x \times 24 \times 7$ pour une semaine. Par exemple, si votre organisation repose sur deux médecins présents en permanence aux urgences 24 heures sur 24, et un médecin en renfort en journée toute la semaine, sur une période de 12h par jour, alors vous devez déclarer $2 \times (24 \times 7) + 1 \times (12 \times 7) = 420$ heures hebdomadaires postées. Cette information peut ainsi être mise en relation avec l'activité de soins réalisée. Le temps de présence non clinique pourra être déduit à partir des données en équivalent temps plein de personnels affectés à la structure des urgences.

Le nombre d'heures de présence clinique dédiée à l'activité d'accueil et de traitement des urgences correspond au temps de travail dévolu à cette activité. Il s'agit soit, en cas d'activité exclusive aux urgences (équipe distincte, mutualisation adjointe), du temps de présence destiné aux soins, soit, en cas d'activité partagée entre les urgences et le SMUR (mutualisation conjointe), du temps consacré à la prise en charge des patients aux urgences. Dans cette seconde situation, le temps qui n'est pas consacré à l'activité d'accueil et de traitement des urgences doit être comptabilisé avec les heures postées réalisées au SMUR, à renseigner dans le bordereau SMURSAMU.

Le cumul annuel comprend l'ensemble du personnel médical et infirmier DE, avec ou sans spécialisation, ayant contribué à l'activité d'accueil et de traitement des urgences, que ces personnels soient affectés à la structure des urgences ou y exercent une part de leur activité. Pour les médecins, il s'agit des praticiens hospitaliers, des assistants, des attachés, des hospitalo-universitaires, de médecins libéraux, de médecins intérimaires ; les internes et étudiants en médecine ne sont pas compris dans ce décompte. Pour les infirmiers, il s'agit des infirmiers diplômés d'État et des infirmiers diplômés d'État intérimaires.

Cases A16 et 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, toute ou partie de la journée, par un soignant, en plus de l'enregistrement administratif. Si oui, il est alors demandé si cette fonction est remplie par un médecin (MAO), par un infirmier DE (IAO), ou par un médecin et un infirmier DE, conjointement ou à tour de rôle (IAO et MAO).

Cases A18 à E20 : Passages (total et orientation des patients qui sont hospitalisés en dehors des urgences).

Le nombre de passages aux urgences au sens du RPU (**colonne A**) pour l'année inclut l'ensemble des arrivées ayant donné lieu à une mobilisation de ressources pour des soins (arrêté du 24 juillet 2013). Il inclut donc tous les passages aux urgences, y compris ceux ayant donné lieu à un séjour en UHCD.

Si le dossier d'un patient a seulement été enregistré, sans suites (le patient est reparti avant d'être vu, ou encore a été immédiatement dirigé vers une autre unité de soins), il ne faut pas le comptabiliser. Sont exclues également les prises en charge dans des structures non autorisées pour les urgences générales ou pédiatriques, ou spécialisées dans la prise en charge en urgence de certaines pathologies uniquement (mains, ophtalmologie, dentaire, etc).

Pour les patients hospitalisés en dehors des urgences à la suite de leur passage aux urgences, il est demandé de répartir leur nombre selon le type de service d'hospitalisation :

- **Colonne B** lorsque le patient est hospitalisé en MCO, dans la même entité juridique, hors UHCD seules, c'est-à-dire avec retour à domicile au décours ;
- **Colonne C** lorsque le patient est hospitalisé en SSR, psychiatrie ou USLD, dans la même entité juridique ;
- **Colonne E** lorsque le patient est hospitalisé en HAD, dans la même entité juridique ;
- **Colonne D** lorsque le patient est hospitalisé dans une autre entité juridique.

En pratique, ces informations peuvent être estimées à partir du système d'information de l'établissement, notamment le RPU et le PMSI :

- La colonne B peut être approchée par les modes de sortie et destinations <6><1>, en retirant les passages en UHCD avec retour à domicile au décours, ou ayant conduit à une hospitalisation en SSR, psychiatrie, USLD ou HAD dans la même entité juridique, ou à une hospitalisation dans une autre entité juridique ;
- La colonne C peut être approchée par les modes de sortie et destinations <6><2>, <6><4> et <6><3> ; la colonne E par le mode de sortie et destination <8><6> ; la colonne D par le mode de sortie <7> quel que soit le code pour la destination. Pour chacune de ces 3 colonnes, il faut ajouter le nombre de passages ayant transité par l'UHCD.

Les admissions en UHCD avec retour à domicile au décours ne sont pas comptabilisées en colonne B. En revanche, l'admission en UHCD suivie d'une hospitalisation en MCO dans la même entité juridique doit être comptabilisée en colonne B. Il en est de même en colonne C (ou respectivement colonne E ou D) pour les hospitalisations en psychiatrie, SSR ou USLD (ou respectivement en HAD ou dans une autre entité juridique) après une admission en UHCD.

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 précédant la refonte en 2013, où étaient demandées les données pour les plus de 75 ans) et les enfants et adolescents de moins de 18 ans.

Case 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 (cf. organisation des locaux des urgences, décrite à article D.6124-22 du code de la santé publique (décret 2006-577)).

Case 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 exploitable pendant toute une année fournira 365 « journées-lits exploitables » (ou 366 les années bissextiles). En revanche, lorsque le lit est indisponible, il convient de retirer des « journées-lits exploitables » le nombre de jours d'indisponibilité de ce lit.

En pratique, il faut réduire le nombre de journées exploitables dans deux types de cas :

- Les indisponibilités pour travaux ou désinfection : un lit qui ne peut recevoir de patient pour cette raison ne peut plus être comptabilisé dans les « journées-lits exploitables » pendant toute la durée d'indisponibilité. 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.
- Le cas particulier de patients qui ont besoin d'isolement (patient contagieux par exemple) : lorsque l'isolement d'un patient induit la transformation d'une chambre double en chambre simple, le lit ainsi inutilisé n'est plus compté dans les « journées-lits exploitables ».

Cellules pré-remplies (extraction ciblée à partir du PMSI) :

Cases 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'.

Case A22 : Suivi des temps d'attente et de passage, par exemple à partir du système d'information du service des urgences.

Case A23 : Revue de mortalité et morbidité (RMM). Indiquer si de telles réunions sont organisées par l'équipe médicale du service des urgences. Il s'agit d'indicateurs de qualité des pratiques organisationnelles mises en place dans les services.

ACTIVITÉ DE LA STRUCTURE DES URGENCES PÉDIATRIQUES

Les informations demandées sont globalement identiques à celles des urgences générales, cette fois pour les établissements autorisés en urgences pédiatriques. L'unité médicale prise en compte est typée en '07B' dans le recueil PMSI. Ne renseigner cette partie que si l'établissement a une autorisation en urgences pédiatriques.

Cases A24 et A25 : Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année. Les mêmes règles que pour les cases A14 et A15 s'appliquent dans le service de pédiatrie. Les consultations de pédiatrie ou encore l'activité réalisée en maternité ne doivent pas être prises en considération dans le présent décompte.

Case A27 : Soignant d'accueil et d'orientation (IAO et MAO). Les mêmes règles que pour la case A17 s'appliquent pour l'accueil aux urgences pédiatriques.

PERSONNEL DE LA STRUCTURE D'URGENCES

Les effectifs et équivalents temps plein travaillés (ETP_T) du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité (passages et UHCD).

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_T 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'activités de soins »).

Pour les médecins et le personnel non médical qui partagent leur temps entre la structure d'urgence et d'autres activités (SMUR, SAMU ou autres), compter en ETP_T la fraction de leur temps (valeur estimée) consacrée à la structure d'urgence et répondre OUI dans la **colonne D**.

Ligne 34 : Isoler les personnels d'encadrement. Lorsque ceux-ci sont des infirmiers DE, avec ou sans spécialisation, pour ne pas avoir de double compte, ne pas les compter dans le total de la ligne suivante.

Cases D30 à D39 : On parle de mutualisation des équipes et des compétences si tout ou partie du personnel partage son activité entre SU et SAMU et/ou 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 et 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 DE, avec ou sans spécialisation) sont en commun, l'établissement répondra OUI.

Cases E30 à E39 : Mutualisation adjointe et/ou conjointe. Mutualisation adjointe : activité d'un professionnel (exemple : régulateur AMU, SMUR, urgentiste) partagée entre la structure d'urgences et le SAMU et/ou le SMUR alternativement (par exemple, un jour sur un poste, l'autre jour sur un autre poste, les différentes activités étant donc sur des plages horaires différentes).

Mutualisation conjointe : activité d'un professionnel (exemple : SMUR, urgentiste) partagée entre la structure d'urgences et le SAMU et/ou le SMUR simultanément pendant la même plage horaire.

Les deux : si l'activité des professionnels se distribue entre mutualisation adjointe et conjointe.

SMUR ET SAMU (1/2)

Sur le site géographique, disposez-vous d'une implantation de SMUR ?

- Si oui, s'agit-il d'une autorisation de SMUR général ?
 - Saisonnier ?
 - Si oui, s'agit-il d'une autorisation de SMUR pédiatrique ?
 - Si oui, avez-vous une autorisation d'antenne SMUR ?
 - Saisonnière ?

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

→ Si oui, 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 :

A8	
A9	
A10	

IDE (infirmier diplômé d'état) avec ou sans spécialisation :

Ambulancier (ou faisant fonction) :

Moyens de transports dont le SMUR est propriétaire ou mis à disposition pour l'activité de SMUR		Nombre
Ambulances	B8	
Véhicules légers	B9	
Moyens aériens	B10	
Moyens maritimes	B11	

Ensemble des sorties des U.M.H. (Unité Mobile Hospitalière) - SMUR

Sorties terrestres	Sorties terrestres primaires	Nombre
	Sorties terrestres secondaires	A12
	Sorties terrestres dans le cadre de 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)

Sorties primaires non suivies de transport médicalisé par le SMUR	Total des sorties primaires non suivies de transport médicalisé	Nombre
	Patients décédés	A18
	Patients laissés sur place (refus d'évacuation)	A19
	Patients traités sur place	A20
	Patients transportés à l'hôpital par un moyen non médicalisé	A21
		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 :

présents

non décrochés, mais raccrochés par l'appelant en moins de 15 secondes

décrochés

décrochés en moins d'une minute

A28	
A55	
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 hospitaliers participant à l'AMU
- dont médecins régulateurs libéraux rémunérés par l'assurance maladie
- ARM (Assistant de régulation médicale)

A34	
A35	
A36	
A37	

Organisation du SAMU

Numéro spécifique pour la médecine libérale ?

Nombre de médecins correspondants de SAMU (MCS) libéraux :

Nombre de médecins correspondants de SAMU (MCS) salariés :

A39	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A40		
A54		

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)	M1000	43			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Dont médecins régulateurs		44			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Dont pédiatres	M1140	45			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Personnel non médical	N9999	46			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Dont cadres de santé	N2120	47			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Dont infirmiers DE avec ou sans spécialisation (exemples : IDE, puéricultrices, IADE) mais hors encadrement	N2200 N2300	48			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Dont aides-soignants	N2500	49						
Dont secrétaires et ARM	N1200	52			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Dont ambulanciers	N5140	53			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			

SMUR-SAMU

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce questionnaire porte sur l'organisation et l'activité de deux modalités de la médecine d'urgence, le SAMU et le SMUR. Les antennes SMUR sont également concernées par ce bordereau.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques qui ont une activité autorisée de SMUR ou de SAMU. Les antennes SMUR répondent pour elles-mêmes.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A17 du bordereau 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.

Instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014.

STRUCTURE MOBILE D'URGENCE ET DE RÉANIMATION (SMUR)

Les premières questions concernent le type d'autorisation détenue.

Cases A1 à A6 : Précisez s'il s'agit d'une autorisation générale ou pédiatrique et si elle est saisonnière ou non. Dans le cas d'une antenne SMUR (**case A5**), c'est l'antenne elle-même qui doit déclarer l'activité. En général, un établissement géographique dispose soit de l'autorisation de SMUR général et/ou pédiatrique, soit de l'autorisation d'antenne SMUR, pas les deux à la fois.

Case B5 : Dans le cas d'une antenne SMUR (réponse 'OUI' à la case A5), indiquer le numéro FINESS de l'entité juridique détentrice de l'autorisation de médecine d'urgence (article R. 6123-1 du CSP).

Les questions sur l'activité prennent en compte, sans les distinguer, l'activité des SMUR générale et spécialisée (pédiatrique) et des antennes SMUR.

Cases A8, A9 et A10 : Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année.

Il convient d'indiquer :

- pour les médecins, le temps clinique posté défini dans l'Instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 ;
- pour les infirmiers DE, avec ou sans spécialisation et les ambulanciers, le cumul annuel du nombre d'heures dédiées à l'activité de SMUR.

Dans les deux cas, il faut comptabiliser le nombre d'heures postées par semaine, c'est-à-dire un multiple de $24 \times 7 = 168$ heures. Ainsi, si vous avez x postes de médecins postés 24h/24 et 365 jours par an, il faut compter $x \times 24 \times 7$ pour une semaine. Par exemple, si votre organisation repose sur deux médecins présents en permanence au SMUR 24 heures sur 24, et un médecin en renfort en journée toute la semaine, sur une période de 12h par jour, alors vous devez déclarer $2 \times (24 \times 7) + 1 \times (12 \times 7) = 420$ heures hebdomadaires postées. Cette information peut ainsi être mise en relation avec l'activité de soins réalisée. Le temps de présence non clinique pourra être déduit à partir des données en équivalent temps plein de personnels affectés au SMUR.

Le nombre d'heures de présence clinique dédiée à l'activité de SMUR correspond au temps de travail dévolu à cette activité. Il s'agit du temps de présence destiné aux soins exclusivement réalisé au SMUR, que ce soit en cas d'activité exclusive au SMUR (équipe distincte, mutualisation adjointe) ou en cas d'activité partagée entre le SMUR et les urgences (mutualisation conjointe). Dans la seconde situation, le temps qui est consacré à l'activité d'accueil et de

traitement des urgences doit être comptabilisé avec les heures postées réalisées aux urgences, à renseigner dans le bordereau URGENCES. Le reste du temps, consacré à l'activité du SMUR, doit être comptabilisé avec les heures postées réalisées au SMUR.

Le cumul annuel comprend l'ensemble du personnel médical, infirmier DE avec ou sans spécialisation, ambulancier, ayant contribué à l'activité de SMUR, que ces personnels soient affectés au SMUR ou y exercent une part de leur activité. Pour les médecins, il s'agit des praticiens hospitaliers, des assistants, des attachés, des hospitalo-universitaires, de médecins libéraux, de médecins intérimaires ; les internes et étudiants en médecine ne sont pas compris dans ce décompte. Pour les infirmiers, il s'agit des infirmiers diplômés d'État et des infirmiers DE intérimaires. Pour les ambulanciers, sont aussi décomptés ceux qui font fonction. Les ambulanciers mis à disposition par le SDIS (service départemental d'incendie et de secours) doivent être comptabilisés si ceux-ci sont entièrement dédiés à l'activité du SMUR.

Rappelons qu'une équipe d'intervention du SMUR comprend, en principe, au moins un médecin, un infirmier DE et un conducteur ou pilote.

Cases B8 à B11 : Moyens de transport terrestres, maritimes ou aériens qui sont utilisés dans le cadre de l'activité du SMUR de l'établissement. Ces moyens de transport peuvent appartenir en propre à l'établissement ou peuvent être mis à disposition de l'établissement par voie de convention passée avec un organisme public ou privé (par exemple grâce à la location d'un hélicoptère à l'année). Les hélicoptères partagés entre deux établissements doivent être comptés sans doublon. Il est préférable, dans ce cas, de déclarer l'hélicoptère sur le site où l'activité est la plus importante.

Les véhicules, et les ambulanciers, mis à disposition par le SDIS (service départemental d'incendie et de secours) doivent être comptabilisés si ceux-ci sont entièrement dédiés à l'activité du SMUR.

En revanche, les billets d'avion pour rapatrier un malade ne doivent pas être comptabilisés, même s'ils permettent une contrepartie financière.

Cases A11 à A17 : Ensemble des sorties. On recense ici l'activité des établissements SMUR ou des antennes SMUR séparément. Comme pour les cases A5 et B5, dans le cas d'une antenne SMUR c'est l'antenne elle-même qui doit déclarer l'activité.

Dans le cadre de l'aide médicale urgente, les équipes d'interventions SMUR sont des équipes hospitalières médicalisées (présence d'un médecin au sein de l'équipe) qui sont mobilisées sur régulation du service d'aide médicale urgente (SAMU).

La structure mobile d'urgence et de réanimation a pour mission :

- d'assurer en permanence, « en tous lieux » et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, le transport de ce patient vers un établissement de santé, jugé adapté à leur état, après régulation par le SAMU ;
- d'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet.

Les différents types de sorties sont définis ainsi :

- Sortie SMUR : mobilisation d'une équipe d'intervention SMUR pour l'exercice de ses missions, déclenchée et coordonnée par le SAMU. Il peut s'agir d'une intervention SMUR terrestre, aérienne ou maritime selon le mode de transport utilisé ;
- Sortie primaire (cases A11 et A14) : mobilisation d'une équipe d'intervention SMUR pour la prise en charge, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé, d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation et ne se trouvant pas déjà admis au sein d'un établissement de santé (domicile, lieu de travail, métro, etc.) ;
- Sortie secondaire (cases A12 et A15) : mobilisation d'une équipe d'intervention SMUR en vue du transfert entre deux établissements de santé (au sens d'établissements géographiques différents) d'un patient déjà admis au sein d'un établissement de santé et nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet. Les transferts réalisés entre deux établissements géographiques différents de la même entité juridique doivent également être comptabilisés comme des sorties secondaires.

Concernant la mobilisation du SMUR pour une prise en charge au sein de l'établissement où le SMUR est implanté :

- Si la personne prise en charge requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et si elle n'est pas déjà admise dans l'établissement (visiteur, professionnel...), il s'agit d'une sortie primaire, qui doit être comptabilisée comme telle ;
- Si la personne prise en charge est un patient déjà admis dans l'établissement (même établissement géographique que le SMUR), cette prise en charge est réalisée dans le cadre de la continuité des soins. Cette intervention ne doit pas être comptabilisée dans l'activité SMUR.

Pour l'exercice de leurs missions, les équipes d'intervention SMUR peuvent utiliser un moyen de transport terrestre, maritime ou aérien. Les sorties de SMUR utilisant, au moins pour partie, un hélicoptère ou un avion sont décomptées dans les sorties aériennes. Les sorties de SMUR utilisant un bateau sont décomptées dans les sorties maritimes. Les interventions annulées en cours de route et interventions sans transport SMUR de patients doivent être comptées.

Case A13 : Les transferts infirmiers inter-hospitaliers (TIIH) n'entrent pas dans le cadre de l'activité de SMUR (car absence d'un médecin au sein de l'équipe). Néanmoins, certains services de SMUR mettent à disposition leurs moyens humains (ex : infirmier, ambulancier) ou matériels (ex : véhicules) pour l'activité de TIIH. N'étant pas une activité de SMUR, le nombre d'interventions TIIH en A13 ne doit pas être comptabilisé en A12.

Cases A18 à A27 : Sorties primaires. Sont distinguées les sorties primaires sans transport de patients de celles avec transport de patients vers un établissement de santé.

Cases A18 à A22 : Total des sorties primaires non suivies de transport SMUR vers un établissement de soins (quelle que soit la raison de l'absence de transport SMUR). Ces sorties peuvent concerner plusieurs patients. Le total n'est donc pas nécessairement égal à la somme des patients détaillée ensuite. Les sorties blanches, interventions annulées en cours de route, sont à comptabiliser. La raison pour laquelle la sortie primaire n'a pas été suivie d'un transport médicalisé doit être renseignée, en décomptant les cas où :

- les patients sont décédés ;
- les patients ont été laissés sur place car ils ont refusé d'être évacués ;
- les patients ont été traités sur place (ils ont bénéficié de soins sur place) et il n'était pas nécessaire de les emmener vers un établissement de soins (absence d'indication médicale au transport) ;
- les patients ont été transportés vers un établissement de soins par un moyen autre que le SMUR (secouristes, sapeurs-pompiers, véhicule particulier, taxi, ambulance privée).

Cases A23 à A27 : Nombre total de patients transportés par le SMUR vers un établissement de soins à l'issue d'une intervention SMUR primaire, quel que soit le type de véhicule utilisé par l'équipe du SMUR (terrestre, maritime ou aérien).

Ce nombre doit être réparti d'une part selon l'âge (**cases A24 et A25**), d'autre part selon l'établissement de destination (siège du SMUR ou autre, **cases A26 et A27**).

Dans le cas de blessés multiples avec sorties conjointes de SMUR de différents établissements, seuls sont comptés les patients transportés par le SMUR enquêté.

SERVICE D'AIDE MÉDICALE URGENTE - RÉGULATION DES APPELS (SAMU)

Case A7 : Présence d'un SAMU au sein de l'établissement

Cases A28, A55, A29 et A30 : Nombre d'appels présentés et décrochés. Nombre d'appels dans l'année, qu'ils soient enregistrés ou non. La précision suivante est demandée :

- **Appels présentés** : Appels entrants en mesure d'être pris en charge par le Samu-Centre 15. Ils peuvent être décrochés par un ARM (assistant de régulation médicale) ou traités automatiquement par un serveur vocal interactif. Les appels présentés comprennent les appels pour bilan et les appels non décrochés.
- **Appels présentés, non décrochés, mais raccrochés par l'appelant en moins de 15 secondes** : Parmi les appels présentés, ne compter que les appels qui n'ont pas été pris en charge et qui ont été raccrochés par l'appelant en moins de 15 secondes.
- **Appels décrochés** : Appels présentés qui ont été pris en charge par une personne physique (essentiellement ARM).
- **Appels décrochés en moins de 1 minute.**

Case A31 : Nombre de dossiers de régulation. Tout appel décroché doit conduire à l'ouverture d'un dossier. Parmi l'ensemble des dossiers créés, est qualifié de « dossier de régulation » (DR) celui qui regroupe l'ensemble des informations collectées, des mesures prises et du suivi assuré, suite à une information à caractère médical, médico-social ou sanitaire, portée à la connaissance du centre de réception et de régulation des appels (exemples : recherche d'une pharmacie de garde suite à une prescription médicale, trouble du sommeil, problème social réorienté vers le 115, recherche du dentiste de garde, information du centre de traitement de l'alerte CTA/Codis sans problème de santé). Ne sont pas comptabilisés les appels et situations qui ne sont pas en rapport avec un problème médical, médico-social ou sanitaire (faux appels, appels administratifs, appels raccrochés sans réponse, tonalité de fax, malveillance, canulars, erreurs de numéro, erreurs d'acheminement, appels personnels, plus ceux non liés à une demande d'assistance).

Case A32 : Nombre de dossiers de régulation médicale (DRM) ouverts dans l'année. Tout appel concernant un patient reçu au centre de régulation médicale conduit à l'ouverture d'un dossier de régulation médicale, dès lors que le dossier de régulation (DR) a bénéficié d'un acte de régulation médicale par application des règles spécifiées dans le règlement intérieur du SAMU. Tout dossier pour lequel le médecin régulateur a été informé à un moment de son traitement est considéré comme ayant bénéficié d'un acte de régulation médicale. Un seul dossier est ouvert pour chaque patient, même en cas d'appels multiples. Le nombre de DRM est donc inférieur au nombre de DR.

Case A33 : Nombre de dossiers de régulation médicale (DRM) 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.

Cases A34 à A37 : Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année pour la régulation. Nombre d'heures de présence, en moyenne sur une semaine, soit le cumul annuel du nombre d'heures de présence en régulation, pour les médecins comme pour les assistants de régulation médicale, rapporté par semaine. Il faut comptabiliser le nombre d'heures postées par semaine, c'est-à-dire un multiple de $24 \times 7 = 168$ heures. Par exemple, si deux médecins (ou ARM) sont présents 24 heures sur 24 toute la semaine, il faut renseigner $2 \times (24 \times 7) = 336$ heures postées hebdomadaires. Ce nombre d'heures est demandé :

- pour l'ensemble des médecins régulateurs, en distinguant ceux qui participent à l'aide médicale urgente (AMU) des médecins libéraux rémunérés par l'Assurance Maladie ;
- pour les assistants de régulation médicale (ARM).

Pour les médecins régulateurs hospitaliers participant à l'AMU (case A35), le nombre d'heures postées peut être comptabilisé comme le temps clinique posté défini dans l'Instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015.

Case A39 : Existence d'un numéro spécifique pour la médecine libérale.

Cases A40 et A54 : Nombre de médecins correspondants du SAMU (MCS) libéraux et salariés. Nombre de médecins libéraux et salariés formés à l'urgence et reconnus par les ARS. Les médecins correspondants du SAMU (MCS) sont des professionnels médicaux, formés à l'urgence vitale. Ils ont signé un contrat avec le SAMU et agissent sur demande de régulation médicale. Pour plus de détail, se reporter au guide : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf.

Case 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 DÉCRITE

Les effectifs et équivalents temps plein travaillés (ETP_T) du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité (sorties, réponses aux appels et régulations).

Ce personnel peut être salarié (quel que soit celui qui le rémunère), libéral ou encore intérimaire. Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP_T correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle, qu'ils soient ou non affectés au SAMU ou au SMUR.

(Lire aussi les principes généraux de remplissage du « Personnel dans les bordereaux d'activités de soins »).

Pour les médecins et le personnel non médical qui partagent leur temps entre le SMUR et la structure d'urgence (voire le SAMU), compter en ETP_T 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 DE, avec ou sans spécialisation, pour ne pas avoir de double compte, ne pas les compter dans le total de la ligne suivante.

Cases D43 à D53 : La mutualisation des équipes et des compétences consiste à ce qu'un même professionnel puisse partager son temps en alternance entre SU, 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 et 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 DE, avec ou sans spécialisation) est 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 provenance d'autres entités juridiques	7	PMSI	PMSI
IGS 2 médian	8	PMSI	
Nombre de séjours de patients âgés de 80 ans et plus	9	PMSI	

	SOINS INTENSIFS (quel que 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 (quel que 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 les USIC, neurologues pour les SI-UNV, Autres médecins ... (M1000)	Effectifs temps plein	18					
	Effectifs temps partiel	19					
	ETP moyens annuels	20					
Infirmiers DE avec spécialisation et personnels d'encadrement infirmiers (code SAE : N2120, N2300)	Effectifs temps plein	21					
	Effectifs temps partiel	22					
	ETP moyens annuels	23					
Infirmiers DE sans spécialisation (code SAE : N2200)	Effectifs temps plein	24					
	Effectifs temps partiel	25					
	ETP moyens annuels	26					
Aides-soignants (code SAE : N2500)	Effectifs temps plein	27					
	Effectifs temps partiel	28					
	ETP moyens annuels	29					
Masseurs kinésithérapeutes (code SAE : N2130, N2410)	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		142			

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 en raison de leurs liens étroits avec des activités de soins complémentaires.

N'en sont exclus 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 sont :

- Disposer d'une vision plus fine de l'offre de soins (par rapport à celle précédant la refonte de l'enquête pour les données 2013), 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.
- Disposer d'informations sur le personnel, en précisant les qualifications médicales impliquées.

Les données d'activité sont obtenues à partir des données du PMSI, sur la base d'unités médicales spécifiques à cette activité.

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 du bordereau FILTRE dans le bloc A : A31 (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.

ÉQUIPEMENT ET ACTIVITÉ

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 au 31 décembre : ceux en état d'accueillir des malades, ainsi que ceux fermés temporairement, mais uniquement en cas de travaux ou désinfection. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

Lignes 2, 11 et 15 : 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 exploitable pendant toute une année fournira 365 « journées-lits exploitables » (ou 366 les années bissextiles). En revanche, lorsque le lit est indisponible, il convient de retirer des « journées-lits exploitables » le nombre de jours d'indisponibilité de ce lit.

En pratique, il faut réduire le nombre de journées exploitables dans deux types de cas :

- Les indisponibilités pour travaux ou désinfection : un lit qui ne peut recevoir de patient pour cette raison ne peut plus être comptabilisé dans les « journées-lits exploitables » pendant toute la durée d'indisponibilité. 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.
- Le cas particulier de patients qui ont besoin d'isolement (patient contagieux par exemple) : lorsque l'isolement d'un patient induit la transformation d'une chambre double en chambre simple, le lit ainsi inutilisé n'est plus compté dans les « journées-lits exploitables ».

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. » (article R6123-33 du CSP)

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. » (article R6123-38-3 du CSP)

Les unités de réanimation « enfants », conformément à la définition réglementaire, correspondent aux unités accueillant des nourrissons, enfants et adolescents de moins de 18 ans.

« La surveillance continue (article 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 œuvre de méthode de suppléance. La surveillance continue pédiatrique est médicale et chirurgicale. » (article R6123-38-7)

« Les soins intensifs (article D.6124-104 du CSP) sont pratiqués dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées pour prendre en charge des patients qui présentent ou qui sont susceptibles de présenter une défaillance aigüe de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance. Ils 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.). Ils ne

sont pas soumis à autorisation mais font l'objet d'une reconnaissance contractuelle inscrite dans le CPOM. »

Cellules pré-remplies (extraction ciblée à partir du PMSI)

Lignes 3, 4, 5 et 6 : Est décrite l'activité en unités de réanimation adultes (code unité médicale (UM) dans le PMSI 01A) et enfants (UM 13A). Les nombres de séjours et journées correspondants sont calculés lignes 3 et 6. Le nombre de journées associées est égal à la somme des durées de séjour partiel dans ces unités de réanimation (retenir uniquement les journées que le patient passe dans cette UM). 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 (*i.e.* réadmission) 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).

Lignes 8 : IGS2 médian (indice de gravité simplifié) observé sur l'ensemble des séjours

Pour les réanimations adultes, ce score, dont les paramètres sont colligés dans les 24 heures 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 (résumé d'unité médicale), il permet de valoriser l'activité de réanimation (au-dessus de 15, il donne lieu à un forfait réanimation). L'ensemble des valeurs attribuées à chaque passage dans l'UM permet de calculer l'IGS2 médian (rappel : la valeur médiane est la valeur qui partage cette distribution en deux parties égales). Cette donnée est pré-remplie à partir des données du PMSI.

Ligne 9 : Est calculé le nombre de séjours de patients de 80 ans et plus 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 (indice de gravité simplifié).

Lignes 12 et 13 : Il s'agit ici de comptabiliser le nombre de séjours et le 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 et 16). 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 et de temps de professionnels mutualisés pour assurer les soins dans ces différentes unités.

Les effectifs et équivalents temps plein travaillés (ETP_T) 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_T correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à 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'activités de soins »).

Le remplissage se fait verticalement, dans la (les) colonne(s) correspondant au(x) type(s) d'unité(s) dont dispose l'établissement ; en cas d'unités multiples de même nature (par exemple deux réanimations adultes), cumuler les

personnels.

Lignes 18 à 20 : Médecins (hors internes)

Pour les unités de réanimations adultes (**colonne A**), ne compter que les effectifs et ETP_T 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 et médecine intensive, 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_T 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 et médecine intensive.

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.).

Colonne C : Correspond aux soins intensifs cardiaques. Ne compter dans cette colonne que les médecins seniors (hors internes) qualifiés de spécialistes en cardiologie.

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.

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.

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).

EFFECTIF ET EQUIVALENT TEMPS PLEIN DES PERSONNELS MEDICAUX ET NON MEDICAUX

Q20 – Personnels médicaux (hors internes) des établissements sanitaires par spécialité exercée : Effectifs et ETP moyens annuels rémunérés	148
Q21 – Personnels médicaux des établissements sanitaires par groupes de discipline d'équipement : ETP moyens annuels rémunérés des salariés et des internes et effectifs des libéraux	156
Q22 – Internes et faisant fonction d'internes : Effectifs	161
Q23 – Sages-femmes et personnels non médicaux des établissements sanitaires : Effectifs et ETP moyen annuels rémunérés	164
Q24 –Sages-femmes et personnels non médicaux des établissements sanitaires par groupes de disciplines d'équipement : ETP moyens annuels rémunérés	169

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 SALARIES				PRATICIENS LIBERAUX			
	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	M9999	1						
SPECIALITES MEDICALES y compris MEDECINE GENERALE	M1000							
Médecine générale (hors DES urgentistes, hors gériatrie)	M1010	2						
Médecine d'urgence	M1340	49						
Anatomie et cytologie pathologiques	M1020	3						
Anesthésie - Réanimation	M1030	4						
Cardiologie et maladies vasculaires	M1040	5						
Dermatologie - Vénérologie - Allergologie	M1050	6						
Endocrinologie et maladies métaboliques	M1070	7						
Gastro entérologie et hépatologie	M1090	8						
Génétique	M1310	9						
Gériatrie	M1320	10						
Hématologie	M1330	11						
Médecine Interne et immunologie clinique	M1100	12						
Médecine nucléaire	M1210	13						
Médecine physique et de réadaptation	M1180	14						
Néphrologie	M1110	15						
Neurologie	M1120	16						
Pédiatrie	M1140	17						
Pneumologie	M1150	18						
Radiologie	M1160	19						
Oncologie médicale	M1130	20						
Oncologie radiothérapeutique	M1170	21						
Réanimation médicale	M1031	22						
Rhumatologie	M1190	23						
Autres spécialités médicales	M1200	24						
SPECIALITES CHIRURGICALES	M2000							
Chirurgie générale	M2010	25						
Chirurgie digestive	M2120	26						
Chirurgie vasculaire	M2130	27						
Chirurgie maxillo-faciale - Stomatologie - Chirurgie orale	M2020	28						
Chirurgie orthopédique et traumatologique	M2030	29						
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	M2040	30						
Chirurgie thoracique et cardiaque	M2140	31						
Gynécologie - Obstétrique	M2050	32						
Neuro-chirurgie	M2060	33						
Chirurgie infantile	M2150	34						
Ophthalmologie	M2070	35						
Oto-Rhino-laryngologie	M2080	36						
Chirurgie urologique	M2100	37						
Autres spécialités chirurgicales	M2110	38						
AUTRES DISCIPLINES	M3000							
Médecins spécialisés en biologie médicale	M3011	39						
Psychiatrie	M3020	40						
Odontologie	M3030	41						
Pharmacien spécialisés en biologie médicale	M3012	42						
Pharmacien (hors biologie médicale)	M3050	43						
Santé publique (y compris DIM)	M3040	44						
Médecins du travail	M3060	45						
Autres	M3070	46						

**Q20 - PERSONNELS MÉDICAUX (HORS INTERNES) DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES PAR SPÉCIALITÉ EXERCÉE
(2/3)**

2. ETP moyens annuels des salariés selon la spécialité exercée, le statut et le sexe

	Code SAE	Hommes	Femmes	PRATICIENS SALARIES					
				Etablissement public					
				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)
		I	J	K	L	M	N	O	P
TOTAL PERSONNEL MEDICAL	M9999	1							
SPECIALITES MEDICALES y compris MEDECINE GENERALE	M1000								
Médecine générale (hors DES urgentistes, hors gériatrie)	M1010	2							
Médecine d'urgence	M1340	49							
Anatomie et cytologie pathologiques	M1020	3							
Anesthésie - Réanimation	M1030	4							
Cardiologie et maladies vasculaires	M1040	5							
Dermatologie - Vénérologie - Allergologie	M1050	6							
Endocrinologie et maladies métaboliques	M1070	7							
Gastro entérologie et hépatologie	M1090	8							
Génétique	M1310	9							
Gériatrie	M1320	10							
Hématologie	M1330	11							
Médecine Interne et immunologie clinique	M1100	12							
Médecine nucléaire	M1210	13							
Médecine physique et de réadaptation	M1180	14							
Néphrologie	M1110	15							
Neurologie	M1120	16							
Pédiatrie	M1140	17							
Pneumologie	M1150	18							
Radiologie	M1160	19							
Oncologie médicale	M1130	20							
Oncologie radiothérapique	M1170	21							
Réanimation médicale	M1031	22							
Rhumatologie	M1190	23							
Autres spécialités médicales	M1200	24							
SPECIALITES CHIRURGICALES	M2000								
Chirurgie générale	M2010	25							
Chirurgie digestive	M2120	26							
Chirurgie vasculaire	M2130	27							
Chirurgie maxillo-faciale - Stomatologie - Chirurgie orale	M2020	28							
Chirurgie orthopédique et traumatologique	M2030	29							
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	M2040	30							
Chirurgie thoracique et cardiaque	M2140	31							
Gynécologie - Obstétrique	M2050	32							
Neuro-chirurgie	M2060	33							
Chirurgie infantile	M2150	34							
Ophthalmologie	M2070	35							
Oto-Rhino-laryngologie	M2080	36							
Chirurgie urologique	M2100	37							
Autres spécialités chirurgicales	M2110	38							
AUTRES DISCIPLINES	M3000								
Médecins spécialisés en biologie médicale	M3011	39							
Psychiatrie	M3020	40							
Odontologie	M3030	41							
Pharmacien spécialisés en biologie médicale	M3012	42							
Pharmacien (hors biologie médicale)	M3050	43							
Santé publique (y compris DIM)	M3040	44							
Médecins du travail	M3060	45							
Autres	M3070	46							

Q20 - PERSONNELS MÉDICAUX (HORS INTERNES) DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES PAR SPÉCIALITÉ EXERCÉE (3/3)

3. Totaux

	Code SAE		PRATICIENS SALARIES		PRATICIENS LIBERAUX
			Effectif total	ETP moyen annuel rémunéré total	Effectif total
TOTAL PERSONNEL MEDICAL	M9999	1	S	T	U
SPECIALITES MEDICALES y compris MEDECINE GENERALE					M1000
Médecine générale (hors DES urgentistes, hors gériatrie)	M1010	2			
Médecine d'urgence	M1340	49			
Anatomie et cytologie pathologiques	M1020	3			
Anesthésie - Réanimation	M1030	4			
Cardiologie et maladies vasculaires	M1040	5			
Dermatologie - Vénérologie - Allergologie	M1050	6			
Endocrinologie et maladies métaboliques	M1070	7			
Gastro entérologie et hépatologie	M1090	8			
Génétique	M1310	9			
Gériatrie	M1320	10			
Hématologie	M1330	11			
Médecine Interne et immunologie clinique	M1100	12			
Médecine nucléaire	M1210	13			
Médecine physique et de réadaptation	M1180	14			
Néphrologie	M1110	15			
Neurologie	M1120	16			
Pédiatrie	M1140	17			
Pneumologie	M1150	18			
Radiologie	M1160	19			
Oncologie médicale	M1130	20			
Oncologie radiothérapique	M1170	21			
Réanimation médicale	M1031	22			
Rhumatologie	M1190	23			
Autres spécialités médicales	M1200	24			
SPECIALITES CHIRURGICALES					M2000
Chirurgie générale	M2010	25			
Chirurgie digestive	M2120	26			
Chirurgie vasculaire	M2130	27			
Chirurgie maxillo-faciale - Stomatologie - Chirurgie orale	M2020	28			
Chirurgie orthopédique et traumatologique	M2030	29			
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	M2040	30			
Chirurgie thoracique et cardiaque	M2140	31			
Gynécologie - Obstétrique	M2050	32			
Neuro-chirurgie	M2060	33			
Chirurgie infantile	M2150	34			
Ophthalmologie	M2070	35			
Oto-Rhino-laryngologie	M2080	36			
Chirurgie urologique	M2100	37			
Autres spécialités chirurgicales	M2110	38			
AUTRES DISCIPLINES					M3000
Médecins spécialisés en biologie médicale	M3011	39			
Psychiatrie	M3020	40			
Odontologie	M3030	41			
Pharmacien spécialisés en biologie médicale	M3012	42			
Pharmacien (hors biologie médicale)	M3050	43			
Santé publique (y compris DIM)	M3040	44			
Médecins du travail	M3060	45			
Autres	M3070	46	150		

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'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, dentistes et médecins spécialisés en biologie médicale.

En revanche, le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formations est à exclure.

Les étudiants de 3^{ème} cycle (internes, docteurs juniors et faisant fonction d'internes) ne sont pas concernés par ce bordereau mais par les bordereaux Q21 et Q22.

Le bordereau Q20 fonctionne avec le bordereau Q21 : la somme des ETP rémunérés (ETP_R) des salariés du Q20 doit être égale à celle du Q21 (hors étudiants de 3^{ème} cycle). De la même façon, la somme des effectifs des libéraux du Q20 doit être égale à celle du Q21.

CONCEPTS IMPORTANTS

Définitions génériques

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_R, que l'établissement géographique qui reçoit le salarié rembourse ou non le salaire. Le personnel des antennes SMUR est ainsi à déclarer par les établissements qui rémunèrent le personnel et qui le mettent à disposition dans les antennes SMUR.

Toutefois, dans le cas où tout ou partie du personnel de l'entité est rémunéré par un ex syndicat inter-hospitalier (transformé en GHT, 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, le personnel intérimaire, et le personnel rémunéré par un prestataire ne doivent pas figurer dans ce bordereau.

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 géographiques** et rémunéré par chacun d'eux sera compté pour 1 en effectif dans chacun des établissements géographiques et en ETP_R au prorata du temps passé.

Dans le cas d'un **salarié partagé entre plusieurs établissements géographiques d'une même entité juridique (EJ) publique, avec une rémunération unique au sein de cette EJ publique**, le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement géographique et sera comptabilisé au prorata en ETP_R dans chaque établissement géographique. 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 géographique peut donc avoir à déclarer l'ETP_R partiel d'un salarié sans le déclarer dans son effectif.

Pour le personnel travaillant sur des fonctions transversales liées au fonctionnement d'un groupement hospitalier de territoire (GHT), il sera comptabilisé sur un établissement géographique de l'entité juridique publique qui le rémunère. S'il est **partagé entre plusieurs établissements de plusieurs entités juridiques, mais est rémunéré par une unique entité juridique publique**, comme par exemple l'entité juridique support du GHT, la règle reste de concentrer l'effectif et les ETP_R au sein de l'entité juridique rémunératrice : le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement géographique de l'entité juridique qui le rémunère et sera comptabilisé au prorata en ETP_R dans chaque établissement géographique de cette entité juridique.

Pour les entités juridiques publiques et de dialyse, il est primordial que la **somme des effectifs déclarés sur les différents établissements géographiques** 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 géographiques ou selon une clef de répartition budgétaire, ou peut être enregistré sur un établissement géographique particulier.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Arrêtés du 21 avril 2017 et du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des Diplômes d'Études Spécialisées (DES) et des Diplômes d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) de médecine.

1. EFFECTIF AU 31/12 DES PRATICIENS SALARIÉS ET LIBÉRAUX SELON LA SPÉCIALITÉ EXERCÉE, PAR SEXE ET PAR TEMPS DE TRAVAIL (page 1/3)

- **Effectif au 31 décembre**

Pour le **personnel salarié**, il s'agit du nombre de personnes physiques sous contrat au 31 décembre, qu'elles soient ou non présentes dans l'établissement géographique à cette date (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 géographique au mois de décembre, car on ne souhaite pas avoir un biais lié aux vacances de fin d'année.

- **Temps plein (colonnes A, B, E et F)**

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 sont comptés comme des effectifs à temps plein, même s'ils sont présents à mi-temps.

Les médecins à temps plein qui sont partagés entre deux activités (comme un anesthésiste chargé à temps partiel 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 seule des deux spécialités. Par contre, dans la partie suivante sur les **ETP_R** 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 (colonnes C, D, G et H)**

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 SELON LA SPÉCIALITÉ EXERCÉE, PAR SEXE ET PAR STATUT (page 2/3)

Pour les praticiens salariés, la répartition des ETP moyens annuels rémunérés est demandée par sexe.

Elle est également demandée par statut pour les praticiens salariés des établissements publics. Dans ce cas, 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 rémunérés des salariés (colonnes I à P)**

Dans les bordereaux d'activité, le personnel qu'il est demandé de renseigner est celui qui concourt effectivement à l'activité. La notion d'équivalent temps plein (ETP) qui y est associée fait alors référence à la notion d'ETP moyens annuels travaillés (ETP_T).

Ici, c'est la notion d'ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) qui est demandée, car les bordereaux de personnel cherchent à cerner ce que l'établissement dépense réellement pour payer son personnel.

Les ETP_R des salariés sont alors comptabilisés selon leur taux de rémunération, quel que soit leur temps de présence effectif. Par exemple :

- Une personne en mi-temps thérapeutique (donc travaillant à mi-temps pour un salaire à 100 %) compte pour 1 ETP_R.
- Une personne à 80 % payée 86 % comptera pour 0,86 ETP_R.
- Une personne en congés longue durée payée à 50 % comptera pour 0,5 ETP_R.
- Une personne en formation longue pour l'année payée à 100 % comptera pour 1 ETP_R.

Cas de l'arrivée d'un salarié en cours d'année : un salarié qui change d'établissement géographique en cours d'année doit être compté en ETP_R au prorata de la rémunération prise en charge dans chaque établissement géographique, et en effectif dans l'établissement géographique qui le rémunère au 31 décembre.

Exemple : si un salarié est rémunéré par un établissement géographique A jusqu'au 31 mars (un quart de l'année), puis par un établissement géographique B jusqu'à la fin de l'année, avec une rémunération mensuelle équivalente dans les deux établissements, il doit être compté comme suit :

	Effectif	ETP_R
Établissement géographique A	0	0,25
Établissement géographique B	1	0,75

Dans le cas d'un établissement géographique 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 décembre et les ETP_R moyens sur l'année.

Précisions sur les taux de rémunération

Dans les bordereaux d'activité, le personnel qu'il est demandé de renseigner est celui qui concourt effectivement à l'activité. La notion d'équivalent temps plein (ETP) qui y est associée fait alors référence à la notion d'ETP moyens annuels travaillés (ETP_T). Dans les bordereaux Q20 à Q24 et INTERMED, c'est la notion d'ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) qui est demandée, car les bordereaux de personnel cherchent à cerner ce que l'établissement dépense directement pour son personnel (Q20 à Q24) ou indirectement (INTERMED). Les ETP_R des salariés sont alors comptabilisés selon leur taux de rémunération, quel que soit leur temps de présence effectif.

Avec la crise sanitaire, deux cas particuliers méritent d'être explicités : les salariés bénéficiant du dispositif d'activité partielle (AP) et ceux bénéficiant d'autorisation spécial d'absence pour garde d'enfant (AGE), du fait de la fermeture des crèches et écoles. Dans les deux cas, seule la rémunération effectivement versée par l'établissement demeure le critère à examiner pour renseigner les bordereaux de personnel de la SAE.

Ainsi, pour les périodes d'activité partielle des salariés (AP), les ETP_R à comptabiliser correspondront à la fraction de rémunération restant à la charge de l'établissement pour cette période.

De même, pour le personnel autorisé à s'absenter pour garde d'enfant (AGE), il faut prendre en compte le taux de rémunération à la charge de l'établissement pour cette période.

Exemple sur 1 mois donné :

- Un salarié à temps plein a été placé en activité partielle totale (aucun jour travaillé) durant tout le mois, à une période où l'État compensait 70 % de la rémunération brute versée au salarié. Les 30 % restant à la charge de l'employeur conduisent à inscrire un ETP de 0,3 pour ce mois
- Un salarié à temps plein a été intégralement absent pour garde d'enfant pendant 1 mois et a continué à être rémunéré directement par l'établissement à 100%, il sera alors comptabilisé pour 1 ETP pour ce mois.

- **Précision du détail par statut (établissements publics uniquement)**

La correspondance entre les statuts demandés ici et la nomenclature des emplois hospitaliers (NEHMED) est disponible dans la brochure des nomenclatures.

Colonnes K et N : Praticiens hospitalo-universitaires. Pour tenir compte de leur double appartenance, les praticiens hospitalo-universitaires (titulaires et non titulaires) doivent être comptés comme 0,5 ETP_R.

Colonne L : Praticiens hospitaliers titulaires. N'inscrire dans cette colonne que les praticiens hospitaliers titulaires. Les non-titulaires sont à inscrire dans la colonne 'Autres'.

Colonne M : Assistants. Il s'agit des assistants non-universitaires.

Colonne O : Attachés. Les ETP_R d'attachés correspondent à la quotité de temps rémunérée dans l'année. Ils doivent être comptabilisés 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_R est donc égal à 1 si l'attaché effectue 10 vacations dans la semaine.

Colonne P : Autres salariés. 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.

3. PRÉCISIONS SUR LA SPÉCIALITÉ EXERCÉE (pages 1/3 et 2/3)

Dans l'ensemble du bordereau, on s'intéresse à 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 en « Santé publique (y compris DIM) » (**ligne 44**).
- Les médecins à diplôme étranger n'ont pas toujours leur qualification ordinaire 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.

Les médecins exerçant aux urgences ont la possibilité d'obtenir, depuis septembre 2017, une équivalence en DES médecine d'urgence. Depuis la SAE 2018, année pleine de l'obtention de l'équivalence, ils sont comptés dans la spécialité « Médecine d'urgence » (**ligne 49**) et sont donc isolés de la médecine générale.

La catégorie « Autres spécialités médicales » (**ligne 24**) ne doit être utilisée que pour les professionnels ayant une spécialité Maladies infectieuses et tropicales (MIT) ou Médecine légale et expertises médicales.

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, de néphrologie etc. Ils ne doivent pas être répertoriés en pédiatrie.

Les médecins salariés qui sont partagés entre deux activités (par exemple Anesthésie-Réanimation et 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_R par statut et spécialité exercée, ils seront répartis en deux fractions d'équivalents temps plein rémunéré (par exemple 0,5 en « Anesthésie-Réanimation » et 0,5 en « Santé publique (y compris DIM) »). Pour un même établissement géographique, il ne peut donc pas y avoir de double-compte, ni en effectif, ni en ETP_R.

Concernant le **personnel de recherche**, seul le personnel affecté à la recherche clinique doit être comptabilisé, selon la spécialité principale d'exercice des médecins. Ainsi, les effectifs qui travaillent sur des sujets de recherche

non clinique (par exemple : recherche moléculaire sans lien avec des patients) ne sont pas à compter. En revanche, ceux qui sont impliqués dans la recherche clinique doivent y figurer.

Q21 - PERSONNELS MÉDICAUX DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES PAR GROUPE DE DISCIPLINES D'ÉQUIPEMENT

ETP moyens annuels des salariés 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 rémunéré des étudiants de 3ème cycle (y compris internes, docteurs juniors et FFI)	5								
Dont : stagiaires associés	7								

Effectifs des praticiens libéraux au 31 décembre

		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
Effectifs des praticiens libéraux	6								

Q21 – Personnels médicaux des établissements sanitaires par groupe de discipline d'équipement : ETP moyens annuels rémunérés des salariés et effectifs des libéraux

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne le **personnel médical rémunéré** par 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 étudiants de 3^{ème} cycle (internes, docteurs juniors et faisant fonction d'internes) sont recensés dans ce bordereau, contrairement au bordereau Q20.

En revanche, le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formations est à exclure.

Le bordereau Q21 fonctionne avec le bordereau Q20 : la somme des ETP rémunérés (ETP_R) des salariés du Q20 doit être égale à celle du Q21 (hors étudiants de 3^{ème} cycle). De la même façon, la somme des effectifs des libéraux du Q20 doit être égale à celle du Q21.

CONCEPTS IMPORTANTS

Définitions génériques

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_R, que l'établissement géographique qui reçoit le salarié rembourse ou non le salaire. Le personnel des antennes SMUR est ainsi à déclarer par les établissements qui rémunèrent le personnel et qui le mettent à disposition dans les antennes SMUR.

Toutefois, dans le cas où tout ou partie du personnel de l'entité est rémunéré par un ex syndicat inter-hospitalier (transformé en GHT, 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, le personnel intérimaire, et le personnel rémunéré par un prestataire ne doivent pas figurer dans ce bordereau.

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 géographiques** et rémunéré par chacun d'eux sera compté dans chaque établissement géographique en ETP_R au prorata du temps passé.

Dans le cas d'un **salarié partagé entre plusieurs établissements géographique d'une même entité juridique (EJ) publique, avec une rémunération unique au sein de cette EJ publique**, le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement géographique et sera comptabilisé au prorata en ETP_R dans chaque établissement géographique. 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 géographique peut donc avoir à déclarer l'ETP_R partiel d'un salarié sans le déclarer dans son effectif.

Pour le **personnel travaillant sur des fonctions transversales liées au fonctionnement d'un groupement hospitalier de territoire (GHT)**, il sera comptabilisé sur un établissement géographique de l'entité juridique publique qui le rémunère. S'il est **partagé entre plusieurs établissements de plusieurs entités juridiques, mais est rémunéré par une unique entité juridique publique**, comme par exemple l'entité juridique support du GHT, la règle reste de concentrer l'effectif et les ETP_R au sein de l'entité juridique rémunératrice : le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement géographique de l'entité juridique qui le rémunère et sera comptabilisé au prorata en ETP_R dans chaque établissement géographique de cette entité juridique.

Pour les entités juridiques publiques et de dialyse, il est primordial que la **somme des effectifs déclarés sur les différents établissements géographiques** 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 géographiques ou selon une clef de répartition budgétaire, ou peut être enregistré sur un établissement géographique particulier.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 portant dispositions applicables aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie

NOUVEAUTES SAE 2021

Le cursus des internes a beaucoup changé ces dernières années et le vocabulaire utilisé dans les bordereaux Q21 et Q22 pour les désigner a été mis à jour : le terme « internes » est remplacé par « étudiants de 3ème cycle » qui regroupe les internes, les docteurs juniors et les faisant fonction d'internes (FFI). Pour repérer les stagiaires associés, la ligne 7 a été ajoutée.

DISCIPLINE D'ÉQUIPEMENT

Il s'agit de répartir les personnels médicaux en fonction de leur affectation et de cumuler les ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) des salariés qui sont affectés dans un même groupe de disciplines d'équipement, quelle que soit l'activité exercée (au sens de la spécialité). Il convient de réaliser cette même répartition pour les ETP_R des étudiants de 3ème cycle (**ligne 5**) ainsi que pour les effectifs des praticiens libéraux (**ligne 6**).

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 salarié** qui se partage entre deux activités n'appartenant pas au même groupe de disciplines, il convient de calculer un ETP_R 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_R dans la colonne « Médecine, chirurgie et obstétrique », et 0,5 ETP_R dans la colonne « Soins de suite et réadaptation ».

Pour un **médecin libéral** qui se partage entre deux activités n'appartenant pas au même groupe de disciplines, il convient de renseigner cet effectif une seule fois, dans la discipline d'équipement qui l'occupe majoritairement. Il ne doit pas y avoir de double compte d'effectifs entre deux disciplines d'équipement.

La discipline d'équipement « Administration » contient à la fois :

- l'administration, c'est-à-dire le personnel médical ne concourant pas directement aux soins des patients, comme les médecins DIM et les médecins du travail ;
- pour les salariés, la différence entre les heures travaillées (ETP_T) et les heures rémunérées (ETP_R). 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 exemples plus bas). Si la distinction temps travaillé/rémunéré ne peut être faite, renseigner l'ETP rémunéré dans l'unité ou groupe de discipline d'équipement.

Les **pharmacien**s sont à compter dans le personnel médical par assimilation et ne sont pas à classer dans la colonne Administration. Lorsque les pharmaciens d'un établissement exercent dans une seule discipline, les pharmaciens sont à classer dans cette discipline. Lorsqu'ils exercent dans plusieurs disciplines, ils sont à classer dans les disciplines d'exercice au prorata du temps passé. En revanche, lorsque les pharmaciens d'un établissement géographique exercent dans plusieurs disciplines et que la ventilation entre les différentes disciplines est impossible, il faut classer les pharmaciens dans une seule discipline, en donnant priorité aux disciplines dans l'ordre du bordereau Q21 (MCO> PSY>HAD> SSR>SLD).

Par exemple :

- Si la répartition par discipline est impossible pour des pharmaciens exerçant en MCO, PSY et HAD, ils doivent apparaître dans la colonne MCO.
- Si la répartition par discipline est impossible pour des pharmaciens exerçant en PSY et SLD, ils doivent apparaître dans la colonne PSY.

Concernant le **personnel de recherche**, seuls les ETP_R salariés consacrés à la recherche clinique doivent être comptabilisés selon la discipline d'équipement de l'activité réalisée. En revanche, le temps passé à de la recherche non clinique (par exemple, recherche moléculaire sans lien avec des patients) n'est pas à compter en ETP salariés.

ETP MOYENS ANNUELS RÉMUNÉRÉS DES SALARIÉS ET EFFECTIFS DES LIBÉRAUX

Dans les bordereaux d'activité, le personnel qu'il est demandé de renseigner est celui qui concourt effectivement à l'activité. La notion d'équivalent temps plein (ETP) qui y est associée fait alors référence à la notion d'ETP moyens annuels travaillés (ETP_T).

Ici, c'est la notion d'ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) qui est demandée, car les bordereaux de personnel cherchent à cerner ce que l'établissement dépense réellement pour payer son personnel.

Les ETP_R des salariés sont alors 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. Par exemple :

- Une personne en mi-temps thérapeutique (donc travaillant à mi-temps pour un salaire à 100 %) compte pour 1 ETP_R, dont 0,5 en colonne 'Administration' (cas 1 dans le tableau qui suit).
- Une personne à 80 % payée 86 % comptera pour 0,86 ETP_R, dont 0,06 en colonne 'Administration' (cas 2).
- Une personne en congés longue durée payée à 50 % comptera pour 0,5 ETP_R, dont 0,5 en colonne 'Administration' (cas 3).
- Une personne en formation longue pour l'année payée à 100 % comptera pour 1 ETP_R, 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

Les étudiants de 3^{ème} cycle ne sont pas comptabilisés dans ce personnel médical salarié.

- **Dont ETP du personnel médical de statut hospitalo-universitaire**

Ligne 2 : Pour tenir compte de leur double appartenance, les praticiens hospitalo-universitaires (titulaires et non titulaires) doivent être comptés comme 0,5 ETP_R.

- **Dont ETP du personnel mis à disposition**

Ligne 3 : Sur cette ligne doit apparaître le personnel salarié payé par l'entité répondante 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 moyen annuel rémunéré des étudiants de 3^{ème} cycle (y compris internes, docteurs juniors et FFI)**

Ligne 5 : Il s'agit ici des ETP moyens annuels rémunérés des étudiants de 3^{ème} cycle en médecine (dont médecine d'urgence et médecine générale), pharmacie et odontologie. Le statut de docteur junior concerne les étudiants de 3^{ème} cycle de médecine et de pharmacie (pour la spécialité biologie médicale) en phase de « consolidation ». Les docteurs juniors doivent donc être comptés avec les étudiants de 3^{ème} cycle, tout comme les Faisant Fonction d'Internes (FFI) et les stagiaires associés.

Ligne 7 : On précisera ici les ETP moyens annuels rémunérés des stagiaires associés. Les stagiaires associés sont des praticiens hors Union européenne titulaires d'un diplôme leur permettant d'exercer dans leur pays d'origine ou d'obtention du diplôme (contrairement aux FFI qui ne sont pas nécessairement diplômés). Ils sont recrutés pour une période de six mois renouvelable une seule fois alors que les FFI sont nommés pour une durée allant de la prise de fonctions jusqu'à la date correspondant à la fin de leur période de stage, celle-ci pouvant être renouvelée sans limitation tous les six mois.

- **Effectifs des libéraux**

Ligne 6 : Pour les **médecins libéraux**, on approxime les effectifs au 31 décembre par le nombre de 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. Les effectifs des libéraux doivent être égaux à ceux déclarés dans le bordereau Q20.

COHÉRENCE ENTRE LES BORDEREAUX Q20 ET Q21

Les ETP_R et effectifs déclarés dans ce bordereau doivent correspondre aux ETP_R et effectifs totaux du bordereau Q20, comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

Catégorie de personnel	Q20	Q21
ETP_R du personnel médical salarié	Case T1	Case H1
Dont personnel médical de statut hospitalo-universitaire	Cases K1 + N1	Case H2
Effectifs des praticiens libéraux	Case U1	Case H6

Précisions sur les taux de rémunération

Dans les bordereaux d'activité, le personnel qu'il est demandé de renseigner est celui qui concourt effectivement à l'activité. La notion d'équivalent temps plein (ETP) qui y est associée fait alors référence à la notion d'ETP moyens annuels travaillés (ETP_T). Dans les bordereaux Q20 à Q24 et INTERMED, c'est la notion d'ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) qui est demandée, car les bordereaux de personnel cherchent à cerner ce que l'établissement dépense directement pour son personnel (Q20 à Q24) ou indirectement (INTERMED). Les ETP_R des salariés sont alors comptabilisés selon leur taux de rémunération, quel que soit leur temps de présence effectif.

Avec la crise sanitaire, deux cas particuliers méritent d'être explicités : les salariés bénéficiant du dispositif d'activité partielle (AP) et ceux bénéficiant d'autorisation spécial d'absence pour garde d'enfant (AGE), du fait de la fermeture des crèches et écoles. Dans les deux cas, seule la rémunération effectivement versée par l'établissement demeure le critère à examiner pour renseigner les bordereaux de personnel de la SAE.

Ainsi, pour les périodes d'activité partielle des salariés (AP), les ETP_R à comptabiliser correspondront à la fraction de rémunération restant à la charge de l'établissement pour cette période.

De même, pour le personnel autorisé à s'absenter pour garde d'enfant (AGE), il faut prendre en compte le taux de rémunération à la charge de l'établissement pour cette période.

Exemple sur 1 mois donné :

- Un salarié à temps plein a été placé en activité partielle totale (aucun jour travaillé) durant tout le mois, à une période où l'État compensait 70 % de la rémunération brute versée au salarié. Les 30 % restant à la charge de l'employeur conduisent à inscrire un ETP de 0,3 pour ce mois
- Un salarié à temps plein a été intégralement absent pour garde d'enfant pendant 1 mois et a continué à être rémunéré directement par l'établissement à 100%, il sera alors comptabilisé pour 1 ETP pour ce mois.

Q22 - INTERNES ET FAISANT FONCTION D'INTERNES

Effectifs au 31 décembre

		Code SAE		Effectifs au 31 décembre
Étudiants de 3ème cycle en : (hors docteurs juniors)	médecine générale (hors DES urgentistes)	211B	A4	
	médecine d'urgence	211D	A7	
	médecine (toutes spécialités confondues, hormis celles de médecine générale et médecine d'urgence)	211A	A1	
	pharmacie	2120	A2	
	odontologie	2130	A3	
Docteurs juniors		2300	A8	
Faisant fonction d'internes (FFI)		2200	A5	
Dont : stagiaires associés		2210	A9	
Total (calculé)			A6	

Q22 – Internes et faisant fonction d'internes

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne les étudiants de 3^{ème} cycle : internes, docteurs juniors, faisant fonction d'internes (FFI) et stagiaires associés affectés dans l'établissement interrogé.

Doivent être comptabilisés les internes en médecine (en distinguant la médecine générale et la médecine d'urgence), en pharmacie et en odontologie, les docteurs juniors en médecine et pharmacie (sans distinction), les faisant fonction d'internes (FFI) et les stagiaires associés (sans distinction).

Les internes, les docteurs juniors, les FFI et les stagiaires associés 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 remboursée 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.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 portant dispositions applicables aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie.

NOUVEAUTES SAE 2021

Le cursus des internes a beaucoup changé ces dernières années et le vocabulaire utilisé dans les bordereaux Q21 et Q22 pour les désigner a été mis à jour : le terme « internes » est remplacé par « étudiants de 3^{ème} cycle » qui regroupe les internes, les docteurs juniors et les faisant fonction d'internes. Pour repérer les stagiaires associés, parmi les FFI, la case A9 a été ajoutée.

L'ordre des spécialités a été revu.

Sont comptabilisés les effectifs au 31 décembre, c'est-à-dire le nombre d'étudiants de 3^{ème} cycle et de FFI sous contrat au 31 décembre, qu'ils soient en congés ou non à cette date.

La nouvelle version du Diplôme d'Études Spécialisées (DES), instaurée par la réforme du 3^{ème} cycle à la rentrée 2017, est scindée en trois phases d'apprentissage (hors DES en 3 ans pour lesquels il n'y a que deux phases).

Pour les DES de médecine (hors DES de médecine générale qui dure 3 ans) et de pharmacie (pour la spécialité biologie médicale), cette réforme crée également un nouveau statut : le statut de docteur junior. Les étudiants entrant dans la phase « de consolidation », 3^{ème} phase d'apprentissage, passent sous ce statut, à partir de la rentrée 2020 (étudiant entrés en DES à la rentrée 2017).

Pour les nouvelles générations d'étudiants en santé, le statut d'interne ne concerne donc plus que les étudiants des deux premières phases (« socle » et « d'approfondissement ») des DES de médecine et de pharmacie pour la spécialité biologie médicale, ainsi que les étudiants en DES d'odontologie et de pharmacie (hors spécialité de biologie médicale).

Les docteurs juniors sont à comptabiliser dans ce bordereau, mais sont comptabilisés de façon distincte. En revanche, les étudiants entrés en DES avant la mise en place de la réforme de 2017 et finissant leurs études sont toujours à comptabiliser dans la partie sur les internes.

Case A1 : Internes de médecine (toutes spécialités confondues hormis celles de médecine générale et de médecine d'urgence) : Sont à comptabiliser les effectifs des internes de médecine, à l'exclusion des internes de médecine générale, des internes de médecine d'urgence et des docteurs juniors.

Case A2 : Internes de pharmacie : Sont à comptabiliser les effectifs des internes de pharmacie, à l'exclusion des docteurs juniors.

Case A3 : Internes d'odontologie

Case A4 : Internes de médecine générale : Sont à comptabiliser les effectifs des seuls internes en DES de médecine générale (hors DES de médecine d'urgence), à l'exclusion des docteurs juniors.

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, il est préférable de continuer à les distinguer.

Case A7 : Internes de médecine d'urgence : Sont à comptabiliser les seuls internes en DES de médecine d'urgence, à l'exclusion des docteurs juniors. Depuis la SAE 2018, les internes du DES de médecine d'urgence ne sont plus comptabilisés avec ceux de médecine générale.

Case A8 : Docteurs juniors : Sont à comptabiliser les effectifs des docteurs juniors, statut concernant les étudiants de 3^{ème} cycle de médecine et de pharmacie (pour la spécialité biologie médicale) en phase de « consolidation ».

A5 : Faisant Fonction d'Internes : Les stagiaires associés ainsi que les licences de remplacement sont à compter avec les FFI.

Case A9 : Dont stagiaires associés : On précisera ici les effectifs des stagiaires associés. Les stagiaires associés sont des praticiens hors Union européenne titulaires d'un diplôme leur permettant d'exercer dans leur pays d'origine ou d'obtention du diplôme (contrairement aux FFI qui ne sont pas nécessairement diplômés). Ils sont recrutés pour une période de six mois renouvelable une seule fois alors que les FFI sont nommés pour une durée allant de la prise de fonctions jusqu'à la date correspondant à la fin de leur période de stage, celle-ci pouvant être renouvelée sans limitation tous les six mois.

Q23 - SAGES-FEMMES ET PERSONNELS NON MÉDICAUX SALARIES DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES (1/2)

Effectifs salariés au 31/12 et ETP salariés moyens annuels rémunérés

Code SAE	Personnel en CDI		Personnel en CDD		Titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière		Ensemble du personnel salarié des établissements sanitaires (calculé)	
	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	N1100	1						
DIRECTEURS DE SOINS INFIRMIERS	N1400	2						
DIRECTEURS DE SOINS NON INFIRMIERS	N1300	3						
AUTRES PERSONNELS ADMINISTRATIFS								
Secrétaires médicaux et assistants médico-administratifs	N1210	4						
Autres personnels administratifs - N.d.a	N1220	5						
Total personnels de direction et administratifs (calculé)	N1000	6						
PERSONNELS des SERVICES de SOINS								
PERSONNELS D'ENCADREMENT (SERVICES DE SOINS)								
Surveillants, surv. chefs infirmiers et cadres infirmiers	N2120	7						
Surveillants, surv. chefs des pers. de rééducation et cadres non infirmiers	N2130	8						
INFIRMIERS DIPLÔMÉS D'ETAT SANS SPECIALISATION								
Infirmiers diplômés d'Etat (hors secteur psychiatrique)	N2210	9						
Infirmiers diplômés d'Etat en secteur psychiatrique	N2220	10						
INFIRMIERS DIPLÔMÉS D'ETAT AVEC SPECIALISATION								
Infirmiers anesthésistes	N2310	11						
Infirmiers de bloc opératoire	N2320	12						
Puéricultrices	N2340	13						
Infirmiers en pratique avancée (IPA)	N2350	53						
AIDES-SOIGNANTS								
Aides-soignants	N2510	14						
Aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux	N2520	15						
Auxiliaires de puériculture	N2530	16						
ASHQ ET AUTRES PERSONNELS DE SERVICE								
Agents de service hospitalier qualifiés (ASHQ)	N2610	17						
Autres personnels de service des services de soins	N2620	18						
Familles d'accueil	N2630	19						
PSYCHOLOGUES	N2710	20						
SAGES-FEMMES (y compris encadrement et écoles)	N2800	21						
PERSONNELS DE REEDUCATION								
Masseurs kinésithérapeutes	N2410	22						
Pédicures-podologues	N2420	23						
Orthophonistes	N2430	24						
Orthoptistes	N2440	25						
Diététiciens	N2450	26						
Ergothérapeutes	N2460	27						
Psychomotriciens	N2470	28						
Autres emplois des services de rééducation	N2480	29						
Total personnels des services de soins (calculé)	N2000	30						

Q23 - SAGES-FEMMES ET PERSONNELS NON MÉDICAUX SALARIES DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES (2/2)

Effectifs salariés au 31/12 et ETP salariés moyens annuels rémunérés

Code SAE		Personnel en CDI		Personnel en CDD		Titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière		Ensemble du personnel salarié des établissements sanitaires (calculé)	
		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	N3121	31							
Educateurs spécialisés	N3111	32							
Assistants de service social	N3120	33							
Autres personnels éducatifs et sociaux	N3130	34							
Total personnels éducatifs et sociaux (calculé)	N3000	35							
PERSONNELS MEDICO-TECHNIQUES									
Cadres de santé médico-techniques	N4160	36							
Techniciens de laboratoires	N4110	37							
Personnels de services de pharmacie	N4120 et N412A	38							
Manipulateurs d'électroradiologie médicale	N4130	39							
Dosimétristes	N4170	40							
Radiophysiciens - Physiciens médicaux	N4180	41							
Conseillers en génétique	N4190	42							
Autres personnels des services de radiologie	N4140	43							
Autres personnels médico-techniques	N4150	44							
Total personnels médico-techniques (calculé)	N4000	45							
PERSONNELS TECHNIQUES et OUVRIERS									
Ingénieurs	N5110	46							
Personnels des services techniques (hors ingénieurs)	N511A	47							
Personnels informatique et organisation (hors ingénieurs)	N5120	48							
Personnels des services ouvriers et des services intérieurs	N5130	49							
Conducteurs ambulanciers	N5140	50							
Total personnels techniques et ouvriers (calculé)	N5000	51							
TOTAL SAGES-FEMMES et PERSONNELS NON MEDICAUX (CALCULE)	N9999	52							
TOTAL PERSONNELS NON MEDICAUX HORS SAGES-FEMMES (CALCULE)	N9999 sauf N2800	54							

Q23 – Sages-femmes et personnels non médicaux salariés des établissements sanitaires : effectifs et ETP moyens annuels rémunérés

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne les **sages-femmes et le personnel non médical rémunérés par 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 médico-techniques. 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, y compris les apprentis ;
- les pharmaciens et odontologues, qui font partie des personnels médicaux (bordereaux Q20 et Q21) ;
- les emplois aidés ;
- les salariés des sociétés de sous-traitance ou d'intérim exerçant leur activité dans l'enceinte de l'établissement ;
- les non-salariés, congrégationnistes et bénévoles qui ne sont pas à la charge de l'établissement.

Le bordereau Q23 fonctionne avec le bordereau Q24 : la somme des ETP rémunérés (ETP_R) du Q23 doit être égale à celle du Q24.

CONCEPTS IMPORTANTS

Définitions génériques

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_R, que l'établissement géographique qui reçoit le salarié rembourse ou non le salaire. Le personnel des antennes SMUR est ainsi à déclarer par les établissements qui rémunèrent le personnel et qui le mettent à disposition dans les antennes SMUR.

Toutefois, dans le cas où tout ou partie du personnel de l'entité est rémunéré par un ex syndicat inter-hospitalier (transformé en GHT, 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, le personnel intérimaire, et le personnel rémunéré par un prestataire ne doivent pas figurer dans ce bordereau, mais dans le bordereau INTERMED.

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 géographiques** et rémunéré par chacun d'eux sera compté pour 1 en effectif dans chacun des établissements géographiques et en ETP_R au prorata du temps passé.

Dans le cas d'un **salarié partagé entre plusieurs établissements géographiques d'une même entité juridique (EJ) publique, avec une rémunération unique au sein de cette EJ publique**, le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement géographique et sera comptabilisé au prorata en ETP_R dans chaque établissement géographique. 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 géographique peut donc avoir à déclarer l'ETP_R partiel d'un salarié sans le déclarer dans son effectif.

Pour le personnel travaillant sur des fonctions transversales liées au fonctionnement d'un **groupement hospitalier de territoire (GHT)**, il sera comptabilisé sur un établissement géographique de l'entité juridique publique qui le rémunère. S'il est partagé entre plusieurs établissements de plusieurs entités juridiques, mais est rémunéré par une unique entité juridique publique, comme par exemple l'entité juridique support du GHT, la règle reste de concentrer l'effectif et les ETP_R au sein de l'entité juridique rémunératrice : le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement géographique de l'entité juridique qui le rémunère et sera comptabilisé au prorata en ETP_R dans chaque établissement géographique de cette entité juridique.

Pour les entités juridiques publiques et de dialyse, il est primordial que la **somme des effectifs déclarés sur les différents établissements géographiques** 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 géographiques ou selon une clef de répartition budgétaire, ou peut être enregistré sur un établissement géographique particulier.

EFFECTIF SALARIE AU 31/12 ET ETP SALARIES MOYENS ANNUELS RÉMUNÉRÉS DU PERSONNEL

• 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 géographique à cette date (exemple : congé simple, congés longue durée).

• ETP moyens annuels rémunérés

Dans les bordereaux d'activité, le personnel qu'il est demandé de renseigner est celui qui concourt effectivement à l'activité. La notion d'équivalent temps plein (ETP) qui y est associée fait alors référence à la notion d'ETP moyens annuels travaillés (ETP_T).

Ici, c'est la notion d'ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) qui est demandée, car les bordereaux de personnel cherchent à cerner ce que l'établissement dépense réellement pour payer son personnel.

Les ETP_R des salariés sont alors comptabilisés selon leur taux de rémunération, quel que soit leur temps de présence effectif. Par exemple :

- Une personne en mi-temps thérapeutique (donc travaillant à mi-temps pour un salaire à 100 %) compte pour 1 ETP_R.
- Une personne à 80 % payée 86 % comptera pour 0,86 ETP_R.
- Une personne en congés longue durée payée à 50 % comptera pour 0,5 ETP_R.
- Une personne en formation longue pour l'année payée à 100 % comptera pour 1 ETP_R.

Cas de l'arrivée d'un salarié en cours d'année : un salarié qui change d'établissement géographique en cours d'année doit être compté en ETP_R au prorata de la rémunération prise en charge dans chaque établissement géographique, et en effectif dans l'établissement géographique qui le rémunère au 31 décembre.

Exemple : si un salarié est rémunéré par un établissement géographique A jusqu'au 31 mars (un quart de l'année), puis par un établissement géographique B jusqu'à la fin de l'année, avec une rémunération mensuelle équivalente dans les deux établissements, il doit être compté comme suit :

	Effectif	ETP_R
Établissement géographique A	0	0,25
Établissement géographique B	1	0,75

Dans le cas d'un établissement géographique 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 décembre et les ETP_R moyens sur l'année.

Précisions sur les taux de rémunération

Dans les bordereaux d'activité, le personnel qu'il est demandé de renseigner est celui qui concourt effectivement à l'activité. La notion d'équivalent temps plein (ETP) qui y est associée fait alors référence à la notion d'ETP moyens annuels travaillés (ETP_T). Dans les bordereaux Q20 à Q24 et INTERMED, c'est la notion d'ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) qui est demandée, car les bordereaux de personnel cherchent à cerner ce que l'établissement dépense directement pour son personnel (Q20 à Q24) ou indirectement (INTERMED). Les ETP_R des salariés sont alors comptabilisés selon leur taux de rémunération, quel que soit leur temps de présence effectif.

Avec la crise sanitaire, deux cas particuliers méritent d'être explicités : les salariés bénéficiant du dispositif d'activité partielle (AP) et ceux bénéficiant d'autorisation spécial d'absence pour garde d'enfant (AGE), du fait de la fermeture des crèches et écoles. Dans les deux cas, seule la rémunération effectivement versée par l'établissement demeure le critère à examiner pour renseigner les bordereaux de personnel de la SAE.

Ainsi, pour les périodes d'activité partielle des salariés (AP), les ETP_R à comptabiliser correspondront à la fraction de rémunération restant à la charge de l'établissement pour cette période.

De même, pour le personnel autorisé à s'absenter pour garde d'enfant (AGE), il faut prendre en compte le taux de rémunération à la charge de l'établissement pour cette période.

Exemple sur 1 mois donné :

- Un salarié à temps plein a été placé en activité partielle totale (aucun jour travaillé) durant tout le mois, à une période où l'État compensait 70 % de la rémunération brute versée au salarié. Les 30 % restant à la charge de l'employeur conduisent à inscrire un ETP de 0,3 pour ce mois
- Un salarié à temps plein a été intégralement absent pour garde d'enfant pendant 1 mois et a continué à être rémunéré directement par l'établissement à 100%, il sera alors comptabilisé pour 1 ETP pour ce mois.

TYPE DE CONTRAT

Tous les postes doivent être renseignés, y compris les postes sur emplois non permanent, dans une des trois catégories suivantes :

- Colonnes A et B : Personnel en CDI
- Colonnes C et D : Personnel en CDD, c'est-à-dire y compris les vacataires, mais hors prestataires. Pour comptabiliser le personnel en CDD, il faut que celui-ci ait signé avec l'établissement un contrat de travail.
- Colonnes 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.

Le personnel exerçant une activité libérale et qui a un contrat de travail, comme un CDD ou une vacation, doit être comptabilisé dans les colonnes C et D. En revanche, si le personnel ayant une activité libérale n'est pas salarié et est payé par honoraire, facturation ou autre, il convient de ne pas le comptabiliser.

CATÉGORIE DE PERSONNEL

La nomenclature des catégories de personnel SAE est disponible dans la brochure des nomenclatures.

Les sages-femmes et le personnel non médical sont comptabilisés selon l'emploi ou le grade et non selon l'unité fonctionnelle ou le service où se trouve l'emploi. Par 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.

Concernant le **personnel de recherche médicale**, seul le personnel affecté à la recherche clinique doit être comptabilisé selon la discipline d'équipement de l'activité réalisée. Ainsi, les effectifs qui travaillent sur des sujets de recherche non clinique (par exemple : recherche moléculaire sans lien avec des patients) ne sont pas à compter. En revanche, ceux qui sont impliqués dans la recherche clinique doivent y figurer.

Concernant les **autres personnels de recherche, non médicale**, ils doivent être comptabilisés selon la discipline d'équipement de l'activité réalisée. Par exemple, un ingénieur de recherche en développement informatique sera comptabilisé en tant qu'ingénieur.

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 SALARIES DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES PAR GROUPE DE DISCIPLINES D'ÉQUIPEMENT

ETP salariés 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	N1100	1							
Directeurs de soins infirmiers	N1400	2							
Autres personnels administratifs	N1200	3							
Directeurs des soins non infirmiers	N1300	4							
Total personnels de direction et administratifs (calculé)	N1000	5							
Personnels d'encadrement (total)	N2100	6							
Infirmiers DE sans spécialisation	N2200	7							
Infirmiers DE avec spécialisation	N2300	8							
Aides-soignants	N2500	9							
ASHQ et autres personnels de services	N2600	10							
Psychologues	N2700	11							
Sages-femmes	N2800	12							
Personnels de rééducation	N2400	13							
Total personnels des services de soins (calculé)	N2000	14							
Personnels éducatifs et sociaux (sauf Assistants de service social)	N3100 sauf N3120	15							
Assistants de service social	N3120	16							
Total personnels éducatifs et sociaux (calculé)	N3000	17							
Personnels médico-techniques	N4100	18							
Personnels techniques et ouvriers	N5100	19							
TOTAL PERSONNELS (calculé)	N9999	20							
TOTAL PERSONNELS NON MEDICAUX HORS SAGES-FEMMES (CALCULE)	N9999 sauf N2800	21							

Q24 – Sages-femmes et personnels non médicaux salariés des établissements sanitaires par groupe de discipline d'équipement : ETP moyens annuels rémunérés

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne les **sages-femmes et le personnel non médical rémunérés** par 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 médico-techniques. 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, y compris les apprentis ;
- les pharmaciens et odontologues, qui font partie des personnels médicaux (bordereaux Q20 et Q21) ;
- les emplois aidés ;
- les salariés des sociétés de sous-traitance ou d'intérim exerçant leur activité dans l'enceinte de l'établissement ;
- les non-salariés, congrégationnistes et bénévoles qui ne sont pas à la charge de l'établissement.

Le bordereau Q24 fonctionne avec le bordereau Q23 : la somme des ETP rémunérés (ETP_R) du Q23 doit être égale à celle du Q24.

CONCEPTS IMPORTANTS

Définitions génériques

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_R, que l'établissement géographique qui reçoit le salarié rembourse ou non le salaire. Le personnel des antennes SMUR est ainsi à déclarer par les établissements qui rémunèrent le personnel et qui le mettent à disposition dans les antennes SMUR.

Toutefois, dans le cas où tout ou partie du personnel de l'entité est rémunéré par un ex syndicat inter-hospitalier (transformé en GHT, 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, et le personnel intérimaire, et le personnel rémunéré par un prestataire ne doivent pas figurer dans ce bordereau.

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 géographiques** et rémunéré par chacun d'eux sera compté pour 1 en effectif dans chacun des établissements géographiques et en ETP_R au prorata du temps passé.

Dans le cas d'un **salarié partagé entre plusieurs établissements géographiques d'une même entité juridique (EJ) publique, avec une rémunération unique au sein de cette EJ publique**, le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement géographique et sera comptabilisé au prorata en ETP_R dans chaque établissement géographique. 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 géographique peut donc avoir à déclarer l'ETP_R partiel d'un salarié sans le déclarer dans son effectif.

Pour le personnel travaillant sur des fonctions transversales liées au fonctionnement d'un groupement hospitalier de territoire (GHT), il sera comptabilisé sur un établissement géographique de l'entité juridique publique qui le rémunère. S'il est **partagé entre plusieurs établissements de plusieurs entités juridiques, mais est rémunéré par une unique entité juridique publique**, comme par exemple l'entité juridique support du GHT, la règle reste de concentrer l'effectif et les ETP_R au sein de l'entité juridique rémunératrice : le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement géographique de l'entité juridique qui le rémunère et sera comptabilisé au prorata en ETP_R dans chaque établissement géographique de cette entité juridique.

Pour les entités juridiques publiques et de dialyse, il est primordial que la **somme des effectifs déclarés sur les différents établissements géographiques** 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 géographiques ou selon une clef de répartition budgétaire, ou peut être enregistré sur un établissement géographique particulier.

DISCIPLINE D'ÉQUIPEMENT

Il s'agit de répartir les sages-femmes et personnels non médicaux salariés en fonction de leur affectation et de cumuler les ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) 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_R au prorata du temps consacré à chacune d'entre elles.

Les infirmiers diplômés d'état avec ou sans spécialisation 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, c'est-à-dire le personnel non médical ne concourant pas directement aux soins des patients et n'étant pas directement en relation avec les services de soins, comme les personnels de direction ;
- pour les salariés des différentes disciplines d'équipement, la différence en ETP entre les heures travaillées (ETP_T) et les heures rémunérées (ETP_R). 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 exemples plus bas). Si la distinction temps travaillé/rémunéré ne peut être faite, renseigner l'ETP rémunéré dans l'unité ou groupe de discipline d'équipement.

ETP SALARIES MOYENS ANNUELS RÉMUNÉRÉS

Dans les bordereaux d'activité, le personnel qu'il est demandé de renseigner est celui qui concourt effectivement à l'activité. La notion d'équivalent temps plein (ETP) qui y est associée fait alors référence à la notion d'ETP moyens annuels travaillés (ETP_T).

Ici, c'est la notion d'ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) qui est demandée, car les bordereaux de personnel cherchent à cerner ce que l'établissement dépense réellement pour payer son personnel.

Les ETP_R des salariés sont alors 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. Par exemple :

- Une personne en mi-temps thérapeutique (donc travaillant à mi-temps pour un salaire à 100 %) compte pour 1 ETP_R, dont 0,5 en colonne 'Administration' (cas 1 dans le tableau qui suit).
- Une personne à 80 % payée 86 % comptera pour 0,86 ETP_R, dont 0,06 en colonne 'Administration' (cas 2).
- Une personne en congés longue durée payée à 50 % comptera pour 0,5 ETP_R, dont 0,5 en colonne 'Administration' (cas 3).
- Une personne en formation longue pour l'année payée à 100 % comptera pour 1 ETP_R, 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

Précisions sur les taux de rémunération

Dans les bordereaux d'activité, le personnel qu'il est demandé de renseigner est celui qui concourt effectivement à l'activité. La notion d'équivalent temps plein (ETP) qui y est associée fait alors référence à la notion d'ETP moyens annuels travaillés (ETP_T). Dans les bordereaux Q20 à Q24 et INTERMED, c'est la notion d'ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) qui est demandée, car les bordereaux de personnel cherchent à cerner ce que l'établissement dépense directement pour son personnel (Q20 à Q24) ou indirectement (INTERMED). Les ETP_R des salariés sont alors comptabilisés selon leur taux de rémunération, quel que soit leur temps de présence effectif.

Avec la crise sanitaire, deux cas particuliers méritent d'être explicités : les salariés bénéficiant du dispositif d'activité partielle (AP) et ceux bénéficiant d'autorisation spécial d'absence pour garde d'enfant (AGE), du fait de la fermeture des crèches et écoles. Dans les deux cas, seule la rémunération effectivement versée par l'établissement demeure le critère à examiner pour renseigner les bordereaux de personnel de la SAE.

Ainsi, pour les périodes d'activité partielle des salariés (AP), les ETP_R à comptabiliser correspondront à la fraction de rémunération restant à la charge de l'établissement pour cette période.

De même, pour le personnel autorisé à s'absenter pour garde d'enfant (AGE), il faut prendre en compte le taux de rémunération à la charge de l'établissement pour cette période.

Exemple sur 1 mois donné :

- Un salarié à temps plein a été placé en activité partielle totale (aucun jour travaillé) durant tout le mois, à une période où l'État compensait 70 % de la rémunération brute versée au salarié. Les 30 % restant à la charge de l'employeur conduisent à inscrire un ETP de 0,3 pour ce mois
- Un salarié à temps plein a été intégralement absent pour garde d'enfant pendant 1 mois et a continué à être rémunéré directement par l'établissement à 100%, il sera alors comptabilisé pour 1 ETP pour ce mois.

CATÉGORIE DE PERSONNEL

La nomenclature des catégories de personnel SAE est disponible dans la brochure des nomenclatures.

Les sages-femmes et le personnel non médical sont comptabilisés 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.

Concernant le **personnel de recherche médicale**, seul le personnel affecté à la recherche clinique doit être comptabilisé selon la discipline d'équipement de l'activité réalisée. Ainsi, les effectifs qui travaillent sur des sujets de recherche non clinique (par exemple : recherche moléculaire sans lien avec des patients) ne sont pas à compter. En revanche, ceux qui sont impliqués dans la recherche clinique doivent y figurer.

Concernant les **autres personnels de recherche, non médicale**, ils doivent être comptabilisés selon la discipline d'équipement de l'activité réalisée. Par exemple, un ingénieur de recherche en développement informatique sera comptabilisé en tant qu'ingénieur.

COHÉRENCE ENTRE LES BORDEREAUX Q23 ET Q24

Les ETP_R déclarés dans ce bordereau doivent correspondre aux ETP_R totaux du bordereau Q23, comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

Catégorie de personnel	ETP_R du Q23	ETP_R 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

**INTERMED - SAGES-FEMMES ET PERSONNELS NON MÉDICAUX NON RÉMUNÉRÉS DIRECTEMENT
PAR LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES**

ETP moyens annuels rémunérés

			Personnels des structures de coopération conventionnelle ou organique	Personnels sous-traités, mis à disposition ou intérimaires	Total personnel non rémunéré directement (calculé)
	Code SAE		A	B	C
Personnels de direction	N1100	1			
Directeurs de soins infirmiers	N1400	2			
Autres personnels administratifs	N1200	3			
Directeurs des soins non infirmiers	N1300	4			
Total personnels de direction et administratifs (calculé)	N1000	5			
Personnels d'encadrement (total)	N2100	6			
Infirmiers DE sans spécialisation	N2200	7			
Infirmiers DE avec spécialisation	N2300	8			
Aides-soignants	N2500	9			
ASHQ et autres personnels de services	N2600	10			
Psychologues	N2700	11			
Sages-femmes	N2800	12			
Personnels de rééducation	N2400	13			
Total personnels des services de soins (calculé)	N2000	14			
Personnels éducatifs et sociaux (sauf Assistants de service social)	N3100 sauf N3120	15			
Assistants de service social	N3120	16			
Total personnels éducatifs et sociaux (calculé)	N3000	17			
Personnels médico-techniques	N4100	18			
Personnels techniques et ouvriers	N5100	19			
TOTAL PERSONNELS (calculé)	N9999	20			
TOTAL PERSONNELS NON MEDICAUX HORS SAGES-FEMMES (CALCULE)	N9999 sauf N2800	21			

INTERMED

Sages-femmes et personnels non médicaux non rémunérés directement par des établissements sanitaires

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne les **sages-femmes et le personnel non médical non rémunérés directement par l'établissement géographique sanitaire interrogé**.

Doivent être dénombrés les effectifs en équivalent temps plein rémunéré (ETP_R) des sages-femmes et du personnel non médical de la section hôpital, et également du personnel non médical de l'administration et des fonctions médico-techniques. Ainsi, seront comptabilisées les fonctions support, RH, comptables, financières, logistiques... quel que soit le mode d'organisation juridique de leur employeur, dès lors qu'elles participent au fonctionnement courant de l'établissement de santé. Des cas d'exclusion sont listés plus bas.

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 (y compris les apprentis et les contrats d'alternance) ;
- les emplois aidés ;
- les non-salariés, congrégationnistes et bénévoles qui ne sont pas à la charge de l'établissement.

Ce bordereau permet notamment, pour un établissement donné, de donner une image de ses charges indirectes de personnel (personnel non rémunéré directement), en complément des bordereaux Q23 et Q24 qui concernent les personnels directement rémunérés par l'établissement.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques qui disposent de personnel non-médical et de sages-femmes dont ils ne prennent pas en charge directement la rémunération. Ce personnel est aussi appelé « personnel intermédiaire ».

CONCEPTS IMPORTANTS

Définitions génériques

Le personnel mis à disposition, payé par un autre établissement de santé, le personnel intérimaire et le personnel rémunéré par un prestataire doivent figurer dans ce bordereau. Ce personnel doit exercer tout ou partie de son temps de travail rémunéré au bénéfice de l'établissement. La notion d'ETP qui prévaut ici est celle de l'ETP rémunéré, ou ETP_R.

Un personnel **travaillant dans deux établissements géographiques distincts** et rémunéré par un seul de ces établissements sera compté en ETP_R dans le bordereau INTERMED uniquement pour l'établissement qui ne le rémunère pas directement, au prorata de la fraction de temps rémunéré dédiée à l'activité réalisée pour cet établissement (ETP_R). Le reste de son ETP_R est à déclarer dans Q23 et Q24 par l'établissement qui le rémunère.

Consignes pour quelques cas particuliers pour les établissements publics uniquement

Dans le cas d'un personnel partagé entre plusieurs établissements géographiques d'une même entité juridique (EJ) publique, avec une rémunération unique au sein de cette EJ publique, aucun des établissements géographiques de cette EJ ne doit déclarer ce personnel dans INTERMED. L'intégralité de son ETP_R est en effet déjà déclarée dans les bordereaux Q23 et Q24 des établissements géographiques de l'EJ.

Pour le personnel travaillant sur des fonctions transversales liées au fonctionnement d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) et partagé entre plusieurs établissements d'une même EJ, avec une rémunération unique au sein de l'EJ, la règle précédente s'applique.

Pour le personnel travaillant sur des fonctions transversales d'un GHT, partagé entre plusieurs établissements géographiques de plusieurs EJ, mais rémunéré par une seule de ces EJ, la conduite à tenir

dépendra de l'existence ou non de contrepartie financière existant pour les EJ qui ne le rémunèrent pas directement :

- Si l'EJ s'acquitte d'une contrepartie financière auprès de l'EJ rémunératrice, alors ses établissements géographiques doivent déclarer ce personnel dans INTERMED, au prorata de la fraction de contrepartie financière dédiée à l'activité réalisée pour chaque établissement (ETP_R).
- En l'absence de contrepartie financière, aucun des établissements géographiques de l'EJ ne doit remplir INTERMED.

NOUVEAUTES SAE 2021

Ce bordereau a été introduit dans la SAE 2021. Il vise à comptabiliser le personnel participant à l'activité d'un établissement qui ne les rémunère pas directement.

CATÉGORISATION DU PERSONNEL NON RÉMUNÉRÉ DIRECTEMENT À PRENDRE EN COMPTE

Au sein du personnel non rémunéré directement d'un établissement, deux catégories distinctes de personnel sont identifiées : ceux qui travaillent pour l'établissement en étant rémunérés par une structure de coopération organique, et ceux qui y travaillent dans le cadre d'une relation de sous-traitance, de mise à disposition ou d'intérim. Dans le détail :

- Est identifiée comme une « structure de coopération conventionnelle ou organique » : une filiale de l'établissement, sa maison mère ou le siège du groupe auquel il est rattaché, un groupement hospitalier de territoires (GHT), un groupement d'intérêt économique (GIE), un groupement de coordination sanitaire (GCS), un groupement d'intérêt public (GIP), un groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCS-MS). Tout personnel mis à disposition dans ce cadre de coopération est à comptabiliser dans cette catégorie.
- Est à comptabiliser avec le « personnel sous-traité, mis à disposition ou intérimaire », tout personnel mis à disposition d'un établissement de santé par un autre établissement, qu'il soit ou non répondant à la SAE, qu'il existe ou non un mécanisme de compensation financière formalisé en retour. Est également à comptabiliser tout personnel travaillant dans l'établissement dans le cadre d'une relation contractuelle explicitement « commerciale » : personnel des sous-traitants (notamment sur des fonctions supports ou logistiques comme le ménage ou la restauration), personnels intérimaires, etc. Le personnel mis à disposition dans le cadre d'une coopération conventionnelle ou organique ne fait pas partie de cette catégorie, mais plutôt des personnels des « structures de coopération conventionnelle ou organique ».

Attention : à chaque fois, dans INTERMED, il convient de ne déclarer que la fraction d'ETP rémunéré qui est dédiée à l'établissement déclarant. C'est donc ici une notion d'ETP rémunéré, ou ETP_R, qui prévaut. Dans le cas d'un salarié à temps partiel travaillant 80 % mais rémunéré sur la base de 86 % d'un temps plein, c'est 86 % qui sera à retenir.

Catégorie de prestations de service à exclure :

- Expertise-comptable et commissariat aux comptes
- Prestation de conseil (juridique, recrutement, stratégique, informatique)
- Les intervenants au domicile du patient dans le cas de l'HAD

Les personnels soignants d'exercice libéral ne sont pas comptabilisés dans ce bordereau.

Voici quelques exemples illustratifs, proposés pour guider la réponse :

Exemple 1 : un technicien informatique, salarié ou mis à disposition par un GIE ou un GCS de moyens, est affecté pour 20 % de son temps rémunéré à la clinique A, 30 % à la clinique B et 50 % à un EHPAD. Le professionnel doit alors être comptabilisé pour 0,2 ETP_R dans le bordereau INTERMED de la SAE de la clinique A, et pour 0,3 ETP_R dans le bordereau INTERMED de la clinique B, à chaque fois dans la colonne « Personnels de coopération organique ».

Exemple 2 : un intérimaire infirmier de bloc opératoire diplômé d'État (IBODE) est placé au sein de l'établissement de santé A (répondant à la SAE) pour 60 % de son temps annuel rémunéré. Cet infirmier doit être comptabilisé pour 0,6 ETP_R dans le bordereau INTERMED de la SAE de l'établissement A, dans la colonne « Personnels sous-traités, mis à disposition ou intérimaires ».

Exemple 3 : un agent d'entretien, salarié d'une société de service, est affecté au sein de l'établissement de santé A (répondant à la SAE) pour 80 % de son temps annuel rémunéré, dans le cadre d'un contrat de sous-traitance. Il doit être comptabilisé à hauteur de 0,8 ETP_R dans le bordereau INTERMED de la SAE de l'établissement A, dans la colonne « Personnels sous-traités, mis à disposition ou intérimaires ».

ETP SALARIES MOYENS ANNUELS RÉMUNÉRÉS

Dans les bordereaux d'activité, le personnel qu'il est demandé de renseigner est celui qui concourt effectivement à l'activité. La notion d'équivalent temps plein (ETP) qui y est associée fait alors référence à la notion d'ETP moyens annuels travaillés (ETP_T). Toutefois, dans ce bordereau INTERMED, c'est la notion d'ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) qui est demandée, car ce bordereau cherche à cerner ce que l'établissement dépense indirectement pour le personnel qui participe à la production de l'établissement.

Pour aider à identifier la quotité de temps rémunéré consacrée à l'établissement, il est conseillé de se référer à :

- la convention constitutive, le règlement intérieur et les pièces comptables attachés aux structures de coopération conventionnelles ou organiques (GIE, GCS, GIP, GHT) définissant les règles de répartition des charges entre les membres ;
- la justification comptable des clés de répartition des structures commerciales, filiales ou de tête, répartissant la couverture des charges entre les établissements détenteurs de la structure filiale ou filiales de la structure de tête ;
- aux contrats de prestations justifiant du lieu et du temps d'intervention sur le site de l'établissement.

Les ETP_R des salariés sont alors comptabilisés selon leur taux de rémunération, quel que soit leur temps de présence effectif. Par exemple, un salarié à 80 % payé 86 % comptera pour 0,86 ETP_R.

CATÉGORIE DE PERSONNEL

La nomenclature des catégories de personnel SAE est disponible dans la brochure des nomenclatures.

Les sages-femmes et le personnel non médical sont comptabilisés 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 n'est pas compté dans ce bordereau.

Concernant le **personnel de recherche médicale**, seul le personnel affecté à la recherche clinique doit être comptabilisé selon la discipline d'équipement de l'activité réalisée. Ainsi, les effectifs qui travaillent sur des sujets de recherche non clinique (par exemple : recherche moléculaire sans lien avec des patients) ne sont pas à compter. En revanche, ceux qui sont impliqués dans la recherche clinique doivent y figurer.

Concernant les **autres personnels de recherche, non médicale**, ils doivent être comptabilisés selon la discipline d'équipement de l'activité réalisée. Par exemple, un ingénieur de recherche en développement informatique sera comptabilisé en tant qu'ingénieur.

MISE EN GARDE

Il est fortement recommandé de ne pas additionner le personnel du bordereau INTERMED avec celui du bordereau Q24 pour plusieurs établissements, en raison d'un fort risque de double compte. En effet, le personnel non rémunéré directement d'un établissement A peut provenir d'un établissement B qui le rémunère directement. Il apparaîtra donc à la fois dans le bordereau INTERMED de l'établissement A et dans les bordereaux Q23 et Q24 de l'établissement B.

Fin du questionnaire

**Nous vous remercions pour votre contribution
N'oubliez pas de valider votre questionnaire pour que votre réponse soit prise en compte**

Pouvez-vous indiquer le temps de réponse à l'enquête ?

A1 heures

B1 minutes

Si vous avez des remarques sur la SAE, merci de les préciser dans l'encart ci-dessous :

A2

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 / UNICAM, CPOM).

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

Une fois la collecte terminée et les données validées, la SAE est diffusée, à la fin août, 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: drees-sae@sante.gouv.fr ou la hotline à hotlinesae@ipsos.com

FICHES DE SYNTHESE

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 SRS (ex-SROS)** qui ont pu être calculés à partir de l'enquête SAE. Certains indicateurs SRS (ex-SROS) sont en pratique calculés à partir du PMSI ou d'autres enquêtes que la SAE. Des différences entre le calcul effectué ici à partir de la SAE et l'indicateur SRS (ex-SROS) publié officiellement peuvent exister.

Rappel : les données de votre établissement, ainsi que ces fiches 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		Activité externe facturée (consultations, soins et actes)
				Hospitalisation partielle ou ambulatoire	Séances* (traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale, de chimiothérapie, de radiothérapie)	
	Nombre de lits installés au 31/12	Nombre de séjours	Nombre de journées	Nombre de places	Nombre de séjours	Nombre
Médecine						
Chirurgie						
Gynécologie-Obstétrique						
Total MCO						

*Ces données peuvent différer du nombre de séances déclarées dans le PMSI-MCO-RSA

Existe-t-il un (ou plusieurs) service(s) ou une unité 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			Prises en charge ambulatoire					File active totale
	Nombre de lits ou places installées au 31/12	Nombre de séjours en hospitalisation temps plein	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		
Psychiatrie générale												
Psychiatrie infanto-juvénile												
Psychiatrie en milieu pénitentiaire												
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 jours de présence
Soins de suite et de réadaptation				
Soins de longue durée				

(*) En soins de longue durée, le nombre de séjours correspond au nombre d'entrées

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"/>		
Antenne SMUR	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	
Type d'autorisation :			
Unité d'obstétrique seul (type 1) oui <input type="checkbox"/>	Nombre de séjours avec accouchement dans l'établissement		
Unité d'obstétrique et de néonatalogie (type 2) oui <input type="checkbox"/>	Nombre de séjours de néonatalogie (y compris soins intensifs aux nouveaux-nés)		
Unité d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale (type 3) oui <input type="checkbox"/>	Nombre de séjours de réanimation néonatale		
Traitemennt de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Nombre de séances	
Traitemennt de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Nombre de semaines de traitement	
Traitemennt des affections cancéreuses par chimiothérapie	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Nombre de séances	
Traitemennt des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Nombre de séances	
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 neuroradiologie	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"/>		

4. Activité hospitalière en HAD

	Nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément	Nombre de séjours
HAD		

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
Spécialités médicales			
- dont médecins généralistes (hors médecins urgentistes)			
- dont médecins urgentistes			
- dont anesthésistes-réanimateurs			
Spécialités chirurgicales			
- dont gynécologues-obstétriciens			
Psychiatres			
Odontologistes			
Pharmacien			
Autres			
TOTAL (hors internes)			
Internes			

7. Sages-femmes et personnels non médicaux salariés

Catégorie de personnel	Effectifs au 31 décembre	ETP moyens annuels rémunérés
Sages femmes		
Personnels d'encadrement du personnel soignant		
Infirmiers DE avec spécialisation		
Infirmiers DE sans spécialisation		
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 salariés		

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"/>
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'équipements 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

Médecins correspondants de SAMU (MCS) libéraux

oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------

Assistants de régulation médicale

Type de SMUR

Général :

Pédiatrique :

Antenne SMUR :

--

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année :

Médecins

Infirmiers DE avec ou sans spécialisation

Ambulanciers

2. Services des urgences

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année :

Médecins

Infirmiers DE avec ou sans spécialisation

3. Gardes/Astreintes des services cliniques

		Existence d'une garde séniior 24h/24	Existence d'une astreinte séniior 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 séniior 24h/24	Existence d'une astreinte séniior 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 SRS (ex-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 (N2400)	

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 %)	

(*) Indicateurs calculés à partir de la SAE