

**Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale**

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

BES/11/143

décembre 2011

Statistique annuelle des établissements de santé

SAE 2011

Aide au remplissage

Définitions - Consignes

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**

Table des matières

Page

Présentation générale	5
Mode d'interrogation	7
Modifications apportées aux bordereaux de la SAE 2011	13
Remplissage des bordereaux	14
Liste des bordereaux SAE par type d'entité ou d'établissement	15
Identification, structure, organisation et évolution	
ID1	19
ID2	21
ST	24
STB	27
ORG	29
PN	34
Équipements et activité – Activité des plateaux techniques	
Q01	43
Q02A	47
Q02C	53
Q03A	57
Q03B	67
Q03C	71
Q03D	75
Q04	79
Activités de soins soumises à autorisation	
	83
Q08	86
Q09	90
Q10	99
Q11	103
Q12	107
Q13	113
Q14A	119
Q14B	119
Q15A	123
Q15B	127
Q16	131
Q17	135
Q18	141
Q18B1	141
Effectifs et équivalent temps plein des personnels médicaux et non médicaux	
Q20A	149
Q20B	155
Q21	159
Q22	163
Q23	166
Q24	169
Q25	173
Q26	175
<i>ANNEXE : Définition des types d'activité</i>	177
<i>Fiche de synthèse</i>	183

- Pour les regroupements de disciplines à partir des disciplines détaillées de la NODESS, voir le document « nomenclatures de la SAE ».
- Pour les regroupements de grades de personnels, voir le document « Nomenclatures de la SAE ».

Présentation générale

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

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

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

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

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

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

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

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

La Statistique Annuelle des Établissements : une approche complémentaire de celle du PMSI

L'approche établissement de la SAE est complémentaire de l'approche patients-séjours des PMSI, comme en témoigne le site Platines qui permet de fournir pour chaque établissement ayant une activité de court-séjour tout à la fois des données sur les capacités, les équipements, certaines pathologies et prises en charge <http://www.platines.sante.gouv.fr/>.

De par son ancienneté et son exhaustivité, la SAE permet également de vérifier la qualité et la complétude de chacun des PMSI. Jusque dans les années récentes, elle permettait notamment de corriger les volumes d'activité par établissement du PMSI MCO pour tenir compte d'une part des établissements non répondants à ce recueil et d'autre part du défaut d'exhaustivité du codage. En 2008, 25 % des hôpitaux locaux ne renseignent toujours pas le PMSI MCO mais répondent à la SAE. Pour les autres PMSI moins anciens (HAD, SSR, RIM-P), la comparaison SAE / PMSI reste essentielle tant que la couverture de ces recueils n'est pas complète.

- **Le site internet de collecte**

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

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

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

- **Diffusion des données collectées**

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

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter le Bureau des Établissements de Santé à la DREES :
tél. 01 40 56 50 02.

Mode d'interrogation

A. CHAMP

La SAE concerne tous les établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et DOM), y compris les structures qui ne font qu'un seul type d'hospitalisation (exemple : hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile,...) ou qui ont une autorisation pour une activité de soins¹. Sont également inclus, les services pénitentiaires des établissements de santé et les secteurs militaires des établissements de santé.

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.

1. Secteur public hors GCS (statut juridique < 40 hors 29)

Le champ de l'enquête est constitué :

- **des établissements des entités juridiques (EJ) sanitaires publiques**, c'est à dire des EJ de statut juridique inférieur à 40 et de catégorie 101, 106, 355 ou 292, ayant au moins un établissement ouvert et des EJ publiques de catégorie 426 (SIH) ayant au moins un établissement faisant l'objet d'une autorisation d'activité de soins en médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique et néonatalogie et réanimation néonatale, psychiatrie, soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelle, soins de longue durée et activités spécifiques de court séjour soumises à autorisation (dont traitement du cancer, accueil et traitement des urgences, dialyse...).

Tous les établissements qui leur sont rattachés font partie du champ de l'enquête.

Entrent également dans le champ de l'enquête :

- **les établissements publics sanitaires non rattachés à des entités juridiques publiques sanitaires**, établissements publics ouverts des agrégats de catégorie 1107 (soins de suite et de réadaptation), 1109 (soins de longue durée), 1110 (soins de courte durée), 1111 (autres établissements de lutte contre les maladies mentales), de la catégorie 292, des catégories 173 et 179 de l'agrégat de catégorie 1112 (établissements d'enfants à caractère sanitaire), de la catégorie 431 centre de post cure pour alcooliques, de la catégorie 127, de la catégorie 422 (sauf ceux ayant une autorisation hors carte sanitaire de l'agrégat de discipline 0351et 0311) et de la catégorie 698 ayant une autorisation d'activité de soins dont la forme est 06 ou 07 (anesthésie ou chirurgie ambulatoire).
- **Les services pénitentiaires des établissements de santé** (catégorie 433)
- **Les établissements de soins du service de santé des armées** (catégorie 115)

2. Secteur privé hors GCS (statut juridique >= 40 hors 89)

Pour le secteur privé, on sélectionne les établissements privés de santé ouverts, dont la catégorie est dans la liste fournie ci-dessus, à laquelle s'ajoute

- les centres de dialyse, catégories 138, 139, 140, 141, 146, et 422 (avec une autorisation de l'agrégat de discipline d'équipement 0311) ;
- **les établissements réalisant une activité de radiothérapie**, c'est à dire les établissements dans lesquels sont installés une autorisation d'activité de traitement du cancer en radiothérapie (modalité 68) ou curiethérapie (modalité 70).

3. Groupements de Coopération Sanitaire (statut juridique 29 ou 89)

Pour la SAE 2011, le mode d'interrogation évolue pour les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS), la loi HPST étant venue consacrer la possibilité pour un GCS de délivrer des soins.

Le champ de l'enquête est constitué :

- **des entités juridiques (EJ) sanitaires** c'est à dire des EJ de statut juridique égal à 29 (public) ou privé (89) ayant au moins une autorisation d'activité de soins en médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique et néonatalogie et réanimation néonatale, psychiatrie, soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelle, soins de longue durée et activités spécifiques de court séjour soumises à autorisation (dont traitement du cancer, accueil et traitement des urgences, dialyse...). Seul le cas de la radiothérapie n'est pas traité ici, mais dans le cas particulier du secteur privé. Ces GCS sont érigés en établissements de santé, contrairement aux GCS de moyens qui ne disposent pas d'autorisation de soins qui ne seront pas enquêtés.
- **des établissements ouverts de ces entités**, faisant l'objet d'une implantation d'autorisation d'activités de soins.

¹ Les activités de soins suivantes : assistance médicale à la procréation (AMP), transplantation et prélèvements d'organes font l'objet de recueils d'information distincts et ne sont donc pas concernées.

B. ENTITÉ INTERROGÉE

La nature de l'entité interrogée (établissement géographique ou entité juridique) dépend du statut et de la catégorie de l'établissement. On distingue huit groupes agrégés d'entités interrogées :

1. les entités juridiques publiques mono-établissement (EJ_P)
2. les entités juridiques publiques multi-établissements (EJ_PC)
3. les établissements géographiques publics (ET_PC)
4. les établissements privés hors dialyse (ET_V)
5. les établissements privés de dialyse (ET_D)
6. les entités juridiques privées de dialyse (EJ_D).
7. les entités juridiques des GCS (EJ_GCS)
8. les établissements des GCS (ET_GCS).

Les bordereaux à remplir diffèrent pour chacun de ces groupes. Des groupes détaillés sont constitués à l'intérieur de ces grands groupes, pour une gestion plus fine du champ et de la collecte.

• SECTEUR PUBLIC (hors GCS)

Principe général :

L'entité juridique est interrogée. Elle remplit un seul questionnaire pour l'ensemble de ses établissements.

Trois cas peuvent cependant se présenter :

1. Entités juridiques ayant au plus un (un seul ou aucun) établissement d'hospitalisation complète de court séjour médecine, chirurgie ou gynéco-obstétrique (*autorisation pour les activités de soins 01, 02, 03, 08, 09, 10, 12 en hospitalisation complète, non caduques et non supprimées*).

C'est le cas d'application du principe général : on interroge uniquement l'entité juridique. Ces entités juridiques font partie du groupe agrégé « EJ mono-établissement », EJ_P, et constituent le groupe 01.

2. Entités juridiques ayant plusieurs établissements d'hospitalisation complète de court séjour

Ces entités juridiques sont appelées « EJ multi établissements » et font partie du groupe agrégé EJ_PC et constituent le groupe 02.

En plus du questionnaire à remplir par l'EJ, et qui concerne **l'ensemble de ses établissements**, un questionnaire est à remplir par chacun de ses établissements d'hospitalisation complète en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Ces établissements font partie du groupe **ET_PC**, « établissements publics des EJ multi établissements ». Il est scindé en trois groupes détaillés :

- **Groupe 03** : établissements des trois AP (entités juridiques 750712184 : APHP, 690781810 : HCL et 130786049 : APHM)
- **Groupe 13** : hôpitaux militaires (établissements du Service de santé des armées)²
- **Groupe 04** : autres établissements du groupe ET_PC .

Le bordereau ST de l'entité juridique fournit la liste de ses établissements qui ont à remplir un questionnaire.

3. Etablissements sanitaires publics non rattachés à une entité juridique publique sanitaire

Ces établissements sont interrogés directement et font partie du groupe **EJ_P**. Ils constituent le **groupe 10**, qui reste un rassemblement de cas marginaux.

² Le champ des établissements militaires est constitué en plus des établissements du groupe 13 de l'EJ des Invalides classée dans le groupe 01 des « EJ mono-établissement ».

- **SECTEUR PRIVE (hors GCS)**

1. **Principe général**

L'entité interrogée est l'établissement géographique (un questionnaire par numéro finess). Ces établissements font partie du groupe agrégé ET_V, « établissements privés », sauf exceptions décrites ci-après.

2. **Cas particuliers**

- a. **Radiothérapie**

- **Centres de lutte contre le cancer (CLCC)**

On interroge les entités juridiques auxquelles sont rattachés les CLCC (catégorie 131)

L'entité juridique remplit un questionnaire pour chacun de ses centres.

Ces entités juridiques font partie du groupe agrégé ET_V et du groupe 08.

- **Autre établissement détenant une activité de soins de traitement du cancer, de radiothérapie (modalité 68) ou de curiethérapie (modalité 70)**

L'entité juridique détentrice de l'autorisation EML est interrogée dans deux cas :

- l'établissement géographique dans lequel est implanté l'autorisation dépend d'une entité juridique différente de celle qui détient l'autorisation

- l'établissement dans lequel est implanté l'autorisation dépend de l'entité juridique qui détient l'autorisation mais n'a pas à répondre à SAE en dehors de son activité de radiothérapie.

L'EJ interrogée remplit alors un questionnaire relatif à la radiothérapie (Q15A) pour chacun des établissements dans lesquels elle a implanté son autorisation. Le bordereau STB fournit la liste des établissements géographiques d'implantation d'un équipement pour lesquels l'EJ doit remplir un bordereau Q15A.

Comme les entités juridiques des CLCC, ces entités juridiques font partie du groupe agrégé **ET_V** et du **groupe 08**.

L'ensemble des établissements pour lesquels répondent les EJ du groupe 08 constituent un groupe purement informatif, le groupe 18.

Dans les autres cas, c'est l'établissement géographique dans lequel est implantée l'autorisation qui répond directement pour son activité de radiothérapie, comme pour le reste de son activité décrite dans SAE. Il fait alors partie du même groupe agrégé ET_V, mais du groupe 09.

- b. **Etablissements privés de santé mentale**

Dans un premier temps sont sélectionnées toutes les EJ dont dépend un établissement privé de santé mentale, c'est à dire de l'agrégat de catégorie 1111 (catégories 156, 161, 366, 412, 415, 425, 430, 444) ou de catégorie 292.

On interroge :

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

Le bordereau STB indique 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 agrégé ET_V et du groupe 15.

- Un ET principal par département, lorsque l'EJ a plusieurs établissements de santé mentale, qui ne sont pas tous situés dans le même département (hors structures ambulatoires, CMP et CATTP). Il fait également partie du groupe agrégé ET_V et 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. Mais les établissements pour lesquels répondent les ET du groupe 15 constituent un groupe informatif différent, le groupe 35.

Remarque : quelle que soit l'entité interrogée (ET ou EJ), elle fait toujours partie du groupe agrégé ET_V, mais les groupes diffèrent (05 pour les EJ et 15 pour les ET).

c. Dialyse

On interroge à la fois les entités juridiques ayant un établissement de catégorie 141,146, ou 422 (avec une autorisation de l'agrégat de discipline d'équipement 0311) et chacun des établissements de ces catégories (centres de dialyse).

Chaque entité juridique remplit un questionnaire pour l'ensemble de ses centres. Les entités juridiques font partie du groupe EJ_D et constituent le groupe 06.

Chaque centre de dialyse remplit également un questionnaire sous son propre numéro Finess. Les centres de dialyse font partie du groupe agrégé ET_D et constituent le groupe 07.

Le bordereau ST indique pour chaque EJ de dialyse (groupe 06) la liste des établissements de dialyse (groupe 07) qui en dépendent et pour lesquels elle répond.

Remarque : dans le cas où l'EJ-D n'a qu'une unité de traitement, deux questionnaires devront être remplis à l'identique concernant la partie activité du bordereau Q02A et Q17. Seule l'EJ a à remplir les bordereaux de personnel (Q20B, Q21B, Q23B et Q24). Cette procédure est indispensable pour permettre ensuite une exploitation homogène des données au niveau régional ou national.

• GROUPEMENTS DE COOPÉRATION SANITAIRE (GCS)

Principe général

Pour permettre d'avoir une vision précise de l'organisation des coopérations, seront interrogées en même temps, les entités juridiques GCS (EJ_GCS en groupe 16) et les établissements sites d'implantation (ET_GCS en groupe 17).

Les modalités d'immatriculation des GCS dans FINESS ont été revues et précisées dans la circulaire n°DREES/DGOS/2011/87 du 4 mai 2011. Les ET_GCS peuvent se trouver sur un même site géographique qu'un autre établissement existant auparavant et membre du GCS.

C'est l'ET_GCS qui a à remplir la partie concernant l'activité et l'EJ_GCS les bordereaux de personnel.

Secteur public

Catégorie	Condition supplémentaire		Groupe détaillé	Groupe agrégé
101		CHR	01, 02, 03, 04, 13	EJ_P, EJ_PC, ET_P
106		HL		
355		CH		
292		CHP		
426	Au – 1 ET avec activité de soins autorisée	SIH		
114		Ets militaires		
115				
433		Et san. prisons		
Cf. liste des catégories des ets privés (ci-dessous)	ET ne dépendant pas d'une EJ sanitaire	Autres ET pub.	10	EJ_P

Secteur privé

Agrégat de catégorie	Catégorie	Condition supplémentaire		Groupe détaillé	Groupe agrégé
	131	EJ ayant un éts. de catégorie 131	CLCC	08	ET_V
	698	Traitement du cancer ou curiethérapie	radiothérapie	08	
	699			18 (ET rattachés)	
1103	292		PSY	05 (EJ), 15 (ET)	ET_V
1111	156				
	161				
	366				
	412				
	415				
	425				
	430				
	444			25 (ET du groupe 05)	
				35 (ET du groupe 15)	
1107	108		SSR		
	119				
	135				
	144				
1109	362		SLD		
1110	122		Soins courte durée	09	ET_V
	128				
	129				
	365				
1112	173	Pouponnière à caractère sanitaire MECS permanente	SSR		
	179				
	431		Post cure alcol.		
	127		HAD		
	422	Sauf autorisation de l'agrégat DE 351 (aide aux insuff. Respir.) ou 0311 (dialyse)			
	422	Agrégat DE 0311	Dialyse	07	ET_D
	141				
	146				
	422	Agrégat DE 0311	Dialyse	06	EJ_D
	141				
	146				

GCS

Agrégat de catégorie	Catégorie	Condition supplémentaire		Groupe détaillé	Groupe agrégé
Dépend du secteur (privé ou public) ; voir conditions supra)		Avec une autorisation d'activité de soins	EJ	16	EJ_GCS
		Avec une implantation	ET	17	ET_GCS

Modifications apportées aux bordereaux de la SAE 2011

Pour la campagne 2011, le questionnaire de la SAE est allégé dans les bordereaux Q01-capacité et Q02A-activité, où la distinction hospitalisation de semaine au sein de l'hospitalisation complète est supprimée. Dans ce dernier bordereau, les séances ne sont plus demandées. Le recueil est également simplifié dans les bordereaux Q03A-plateau technique et Q15A et Q15B-traitement des affections cancéreuses.

Pour s'adapter à la législation, de nouvelles questions sur les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) sont intégrées sur les bordereaux ORG-Organisation et coopération et les indicateurs du bordereau Q18-Soins de suite et réadaptation sont ventilés selon la spécialisation.

De nombreuses précisions ont été ajoutées pour faciliter l'aide au remplissage.

• Bordereau ORG – Organisation et coopération

Une nouvelle rubrique porte sur les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS). Les questions permettent d'indiquer si l'entité appartient à un GCS ou si elle se situe sur un même site géographique qu'un GCS.

• Bordereau Q01 – Capacité d'accueil par grandes disciplines

La distinction hospitalisation de semaine au sein de l'hospitalisation complète est supprimée. Les informations de HAD concernant la psychiatrie ne sont plus demandées.

• Bordereau Q02A – Activité réalisée par grandes disciplines

La distinction hospitalisation de semaine au sein de l'hospitalisation complète est supprimée. Les séances de chimiothérapie, de radiothérapie, d'hémodialyse ne sont plus demandées dans le bordereau Q02A, mais seront à renseigner respectivement dans les bordereaux Q15B, Q15A et Q17. De la même façon, le nombre de passages dans l'accueil des urgences est supprimé dans le bordereau Q02A et cette donnée est à renseigner uniquement dans le bordereau Q13. La question sur les séances de transfusion sanguine est supprimée. La question sur le nombre d'autres traitements et cures est remplacée par une question sur les activités du personnel non médical. Les informations de HAD concernant la psychiatrie et les soins de longue durée ne sont plus demandées.

• Bordereau Q03A – Plateau technique utilisé par l'établissement (équipement et activité)

Le questionnement a été simplifié en supprimant les questions sur les échographes doppler, la radiologie non numérisée et les salles dédiées aux explorations fonctionnelles. Le nombre total d'interventions fera l'objet d'un cumul : la case I14 sera la somme des cases D14 et G14.

• Bordereau Q15A : Traitement des affections cancéreuses par rayonnement ionisant de haute énergie

Le tableau Environnement technique est supprimé.

• Bordereau Q15B : Traitement des affections cancéreuses hors radiothérapie

Dans le tableau concernant les établissements traitant les affections cancéreuses dans des unités individualisées, les données sur les greffes ne sont plus demandées, ainsi que la file active des patients cancéreux pour les CLCC.

• Bordereau Q18 : Soins de suite et réadaptation (activité et équipement)

Le bordereau est enrichi pour s'adapter aux changements réglementaires de l'activité de soins de suite. Cette adaptation avait commencé de manière partielle pour la SAE 2010 et se termine pour la SAE 2011, avec une demande d'informations sur la prise en charge adulte/enfant, croisée avec les spécialisations.

Remplissage des bordereaux

▪ Bordereaux généraux

- Cinq bordereaux sont à remplir par toutes les entités interrogées : ID1 et ID2, ORG, Q01, Q02A, Q20 et Q23. Les données des ET_PC et des établissements de dialyse (du groupe ET_D) figurent donc en double dans l'application.

- Le bordereau Q02C concernant l'activité sociale et médico-sociale n'est à remplir ni par les ET_PC ni par les EJ de dialyse. Il n'y a donc pas de doublons dans les données recueillies.

▪ Bordereaux par activité de soins

- Les bordereaux correspondant à l'activité et au personnel du plateau technique (Q03A, Q03B, Q03C et Q03D) ainsi que ceux correspondant à la plupart des activités de soins spécifiques (Q04, Q08, Q10 à Q14, Q15B et Q16) sont à remplir par les établissements ou les EJ concernés des groupes suivants : EJ_P, ET_PC et ET_V. Il n'y a donc pas de doublons dans les données recueillies, les EJ_PC ne remplissant pas ces bordereaux.

- Le bordereau Q15A (radiothérapie) est également à remplir par les établissements ou les EJ concernés des groupes suivants : EJ_P, ET_PC et ET_V. Mais dans ce dernier cas, c'est soit l'établissement géographique qui remplit le bordereau, soit l'EJ détenant l'autorisation. L'EJ remplit alors un bordereau par établissement géographique. Il n'y a donc pas de doublons dans les données recueillies.

- Le bordereau Q17 (Dialyse) est à remplir par les EJ_P, EJ_PC, ET_PC, ET_V et EJ_D. Les données des établissements de dialyse et des établissements publics apparaissent donc en double dans l'application.

- Le bordereau Q09 (Psychiatrie) est à remplir par les EJ_P, EJ_PC, ET_PC et ET_V. Les données des EJ publiques avec établissements (EJ_PC) et de leurs établissements publics (ET_PC) peuvent donc apparaître en double dans l'application.

- Les bordereaux Q18 (Soins de suite et réadaptation fonctionnelle) sont à remplir par les EJ_P, ET_PC et ET_V, et, exceptionnellement par les EJ_PC, mais uniquement pour ceux de leurs établissements concernés qui ne sont pas interrogés directement dans la SAE. Ces EJ_PC remplissent alors un bordereau par établissement. Les données du Q18 ne présentent donc pas de doublons.

▪ Autres bordereaux concernant le personnel (Q21, Q22, Q24, Q25 et Q26)

- Les bordereaux Q21, Q22, Q24 et Q25 ne sont à remplir ni par les ET_PC, ni par les établissements de dialyse.

- Le bordereau Q26 est à remplir par toutes les entités interrogées.

La double interrogation EJ / ET pour certains bordereaux génère donc des doubles comptes. Le site de diffusion de la SAE gère ces double comptes éventuels avec des règles de calculs spécifiques selon les groupes et transparentes pour l'utilisateur.

● Informations sur le mois d'octobre

Certaines questions figurant dans les bordereaux Q03A, Q04, Q13 et Q18 nécessitent un recueil sur le mois d'octobre. Le nombre de patients dialysés pris en charge au cours d'une semaine (bordereau Q17) est relevé la semaine du 15 octobre.

● Effectifs du personnel

1. Bordereaux généraux sur le personnel

Les personnels demandés dans les bordereaux récapitulatifs Q20 à Q25 sont ceux rémunérés en décembre par l'entité (y compris les personnels en congés de longue maladie). Le personnel de l'entité rémunéré par un syndicat inter-hospitalier (SIH), sera considéré comme rémunéré par l'entité dans laquelle il exerce son activité.

2. Personnel des activités de soins autorisées

En revanche, dans les questionnaires par activité (Q03C, Q03D, Q04, Q08 à Q18B) où l'on s'intéresse à rapprocher les moyens en personnel de l'activité réalisée dans l'année, le personnel à recenser est celui qui concourt effectivement à produire les prestations décomptées. En conséquence, on prend en compte le temps travaillé (les personnels en congé de longue maladie, par exemple ne seront pas inclus dans ces bordereaux par activité).

Compte tenu de son activité universitaire associée, l'ETP, d'un professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH) est égal par convention à 0,5.

● Fiche de synthèse

Une fois les données de votre établissement saisies et validées sur le site de collecte, celui-ci vous offre la possibilité d'obtenir une fiche de synthèse reprenant les principales informations des différents bordereaux (Menu Bordereau / Synthèse). Cette synthèse 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 fiche de synthèse est présentée à la fin de ce document.

SAE 2011

Liste des bordereaux SAE par type d'entité ou d'établissement

Questionnaires à remplir pour :

Entité juridique publique sans établissement géographique enquêté directement :	EJ_P
Entité juridique publique avec établissement géographique enquêté directement :	EJ_PC
Etablissement géographique public (champ complémentaire) :	ET_PC
Etablissement privé hors dialyse :	ET_V
Entité juridique privée de dialyse :	EJ_D
Etablissement de dialyse :	ET_D
Entité juridique GCS :	EJ_GCS
Etablissement GCS :	ET_GCS

Cf. présentation générale pour plus de précisions.

	EJ publique sans établiss.	EJ publique avec établis		Etabl. Privé	EJ de dialyse		EJ GCS	
	EJ_P	EJ_PC	ET_PC	ET_V	EJ_D	ET_D	EJ_GCS	ET_GCS
Identification , structure, organisation et évolution								
ID1 - Identification de l'entité interrogée	X	X	X	X	X	X	X	X
ID2 - complément d'identification	X	X	X	X	X	X	X	X
ST - Structure de l'interrogation (MCO - dialyse - GCS)		X			X		X	
STB - Structure de l'interrogation (psychiatrie - radiothérapie)				X*				
ORG - Organisation et coopération	X	X	X	X	X	X	X	X
PN - Suivi des politiques nationales et missions de service public (2 pages)	X	X	AP+SSA	X	X		X	
Equipements et activité								
Q01 - Capacités d'accueil par grandes disciplines	X	X	X	X			X	X
Q02A - Activité réalisée par grandes disciplines	X	X	X	X			X	X
Q02C - Activités sociales ou médico-sociales (équipement et activité)	X	X		X		X	X	
Q03A - Plateau technique utilisé par l'établissement (équipement et activité)	X		X	X		X	X	
Q03B - Plateau technique de l'établissement (fonctions médico-techniques)	X		X	X		X	X	
Q03C - Plateau technique de l'établissement (personnel)	X		X	X		X	X	
Q03D - Pharmacie et stérilisation	X		X	X		X	X	
Q04 - Interruptions médicales et volontaires de grossesse	X		X	X			X	
Activités de soins soumises à autorisation								
Q08 - Médecine (2 pages)	X		X	X				X
Q09 - Psychiatrie (2 pages)	X	X	X	X				X
Q10 - Traitement des grands brûlés	X		X	X				X
Q11 - Chirurgie cardiaque et activités interventionnelles en cardiologie	X		X	X				X
Q12 - Neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle	X		X	X				X
Q13 - Médecine d'urgence (3 pages)	X		X	X				X
Q14A - Réanimation, soins intensifs spécialisés et surveillance continue (pédiatrie)	X		X	X				X
Q14B - Réanimation, soins intensifs spécialisés et surveillance continue (adultes)	X		X	X				X
Q15A - Traitement des affections cancéreuses par rayonnement ionisant de haute énergie	X		X	X				X
Q15B - Traitement des affections cancéreuses hors radiothérapie	X		X	X				X
Q16 - Obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	X		X	X				X
Q17 - Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale	X	X	X	X	X	X		X
Q18 - Soins de suite et réadaptation (activité et équipement) (2 pages)	X	X	X	X				X
Q18B1 - Soins de suite et réadaptation (personnel)	X	X	X	X				X
Effectifs et équivalent temps plein des personnels médicaux et non médicaux								
Q20A - Personnels médicaux : effectif et ETP par spécialité exercée - public (3 pages)	X	X	X				X	X
Q20B - Personnels médicaux : effectif et ETP par spécialité exercée - privé (3 pages)				X	X		X	X
Q21 - Personnels médicaux par groupe de disciplines d'équipement	X	X		X	X		X	
Q22 - Internes et faisant fonction d'internes	X	X		X	X		X	
Q23 - Sages-femmes et personnels non médicaux : effectif et ETP (2 pages)	X	X	X	X	X		X	X
Q24 - (ETP)	X	X		X	X		X	
Q25 - Emplois aidés	X	X		X	X		X	
Q26 - Sages femmes et personnels non médicaux : intérimaires et libéraux	X	X	X	X	X		X	X

AP : AP-HP, HCL, AP-M

(*) : pour les EJ ou ET de psychiatrie et de radiothérapie (groupes 05, 08 et 15)

**IDENTIFICATION, ORGANISATION, EVOLUTION ET STRUCTURE
DE
L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**

ID1 – Identification de l'entité interrogée.....	19
ID2 - Complément d'identification.....	21
ST – Structure de l'interrogation (MCO - dialyse - GCS)	24
STB – Structure de l'interrogation (psychiatrie - radiothérapie)	27
ORG - Organisation et coopération	29
PN - Suivi des politiques nationales et missions de service public.....	34

ID1 - Identification de l'entité interrogée

Identification de l'entité interrogée		Téléphone :	A0	<input style="width: 100%;" type="text"/>
A1	N° FINESS de l'entité interrogée :	N° Siren ou N° Siret :	N° FINESS de l'Entité juridique :	
<input type="radio"/> Entité juridique <input type="radio"/> Etablissement	B1	C1	D1	<input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>
Raison sociale de l'entité interrogée :		A2 <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Complément de raison sociale :		A3 <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Complément de distribution :		A4 <input style="width: 100%;" type="text"/>		

Adresse				
N° Voie	Type voie	Nom de la voie :		
A5	B5	C5 <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Lieu-dit ou Boîte Postale :				
A6 <input style="width: 100%;" type="text"/>				
Code postal :		Libellé commune :		
A7 <input style="width: 100%;" type="text"/>		B7 <input style="width: 100%;" type="text"/>		

Commune INSEE	A8	B8	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Département	A9	B9	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Région	A10	B10	<input style="width: 100%;" type="text"/>
		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Statut juridique	A12	B12	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Catégorie	A13	B13	<input style="width: 100%;" type="text"/>

L'entité juridique de rattachement de l'établissement a-t-elle changé par rapport à la précédente enquête ?		A14	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Si oui, indiquer le FINESS de l'entité juridique précédente :		A15	<input style="width: 100%;" type="text"/>			

Réservé aux établissements privés					
L'entité juridique de rattachement de l'établissement interrogé est-elle filiale d'un groupe ? (A16)		oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Si oui, Numéro SIREN de la tête de groupe :		A17	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Raison sociale :		A18	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

<p>A19</p> <p>Exécution du service public hospitalier</p> <p><input type="radio"/> PSPH par intégration (art. L 6161-6)</p> <p><input type="radio"/> Concession de serv. pub. (art. L 6161-9)</p> <p><input type="radio"/> Association au serv. pub. hospitalier</p> <p><input type="radio"/> N'assure pas le service public</p>	<p>A20</p> <p>Mode de fixation de tarif</p> <p><input type="radio"/> Dotation globale</p> <p><input type="radio"/> Etablissement de santé sous OQN</p> <p><input type="radio"/> Tarif d'autorité</p> <p><input type="radio"/> Autres</p>	<p>A21</p> <p>Convention collective de rattachement des personnels non médicaux</p> <p><input type="radio"/> 31 octobre 1951 (FEHAP)</p> <p><input type="radio"/> 29 juin 1998 (FNCLCC)</p> <p><input type="radio"/> Croix-Rouge (1986)</p> <p><input type="radio"/> 8 février 1957 (UCANSS)</p> <p><input type="radio"/> 18 avril 2002 (FHP)</p> <p><input type="radio"/> 26 février 1987 (MGEN)</p> <p><input type="radio"/> 12 juin 1975 (FNEMEA)</p> <p><input type="radio"/> Autres</p> <p><input type="radio"/> Sans</p>
<p>Si les informations ci-dessus sont erronées, veuillez compléter ces cadres :</p>		
<p>A19B</p> <p>Exécution du service public hospitalier</p> <p><input type="radio"/> PSPH par intégration (art. L 6161-6)</p> <p><input type="radio"/> Concession de serv. pub. (art. L 6161-9)</p> <p><input type="radio"/> Association au serv. pub. hospitalier</p> <p><input type="radio"/> N'assure pas le service public</p>	<p>A20B</p> <p>Mode de fixation de tarif (hors MCO)</p> <p><input type="radio"/> Dotation globale</p> <p><input type="radio"/> Etablissement de santé sous OQN</p> <p><input type="radio"/> Tarif d'autorité</p> <p><input type="radio"/> Autres</p>	

ID1 – Identification de l'entité interrogée

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

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 CE BORDEREAU ?

A remplir par toutes les entités interrogées

Secteur public : à remplir par l'entité juridique et également par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements)

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique, de l'entité juridique privée de dialyse et de l'entité juridique des GCS.

Identification de l'entité interrogée

A0 : numéro de téléphone

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

D1: numéro FINESS de l'entité juridique. A remplir lorsque l'entité interrogée est un établissement géographique. Laisser à blanc si c'est une entité juridique.

A2. A3. A4: la raison sociale de l'entité interrogée

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

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

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

A19B : Exécution du service public hospitalier

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

Etablissements privés

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

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

A18 : Raison sociale

A19 et A19B : Exécution du service public hospitalier

PSPH : Etablissements d'hospitalisation à but non lucratif intégrés au service public hospitalier, ou CLCC (article L6161-6 du code de la santé publique - CSP).

Concession de service public : Etablissements ayant passé un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier, que celui-ci concerne tout ou partie de leur activité (article L6161-6 du CSP) (décret n° 93-765 du 29 mars 1993).

Association au service public hospitalier : Etablissements ayant passé un accord d'association au fonctionnement du service public hospitalier (article L6161-6 du CSP).

A20 et 20B : Mode de fixation des tarifs

Tarifcation à l'activité

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

OQN : objectif quantifié national

ID2 - Complément d'identification

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

(N°FINESS à renseigner s'il existe)

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

Responsable SAE

A8 M.
 Mme
 Melle

Nom
B8

n°téléphone : A9 N°de poste : B9

n°Fax : A10

e_mail : A11

Modification de l'entité juridique

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

A12 oui non

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

création A13

fusion A14

scission A15

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

pour une fusion A16 B10 C5

pour une scission A17 B11 C6

Déclaration annuelle de données sociales (DADS)

Lors de votre déclaration annuelle de données sociales 2011, 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

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

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

Par contre, les médecins libéraux et leur personnel qui exercent exclusivement dans ces structures ne doivent figurer ni dans les bordereaux relatifs au plateau technique (Q03C) et aux activités de soins Q10 à Q18, ni dans les bordereaux Q20B à Q24. Leur activité n'est pas non plus à inscrire dans le bordereau récapitulatif Q02A.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

A remplir par toutes les entités interrogées

Secteur public : à remplir par l'entité juridique et également par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements)

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique, de l'entité juridique privée de dialyse et de l'entité juridique des GCS

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

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

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

Pour préparer la simplification des bordereaux de personnel (partie salariée), il vous est demandé de renseigner le numéro SIREN et les numéros SIRET (SIREN + NIC) utilisés pour les DADS 2011. Attention, les numéros SIRET des établissements socio-médicaux (maison de retraite, EPHAD...) rattachés aux entités sanitaires interrogées ne doivent pas être renseignés. Pour les entités juridiques, inscrire le numéro SIREN utilisé lors de la déclaration des DADS 2011 et pour les établissements, inscrire le numéro SIRET correspondant.

- **Modification de l'entité juridique**

La question concerne les modifications de l'entité juridique liées à des opérations de fusions, de création, de scission. Elle est destinée à permettre de suivre d'une année à l'autre l'historique des entités interrogées. Il peut exister des modifications de la structure interrogée qui ne sont pas uniquement liées à des modifications

juridiques, par exemple le transfert d'activité entre établissements de l'entité juridique. Ces modifications pourront être notées en commentaire sur le site de saisie.

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

Les numéros FINESS à inscrire en cas de fusion sont les numéros FINESS des établissements existant antérieurement à cette fusion et utilisés dans SAE de l'année précédente. En cas d'absorption d'une entité par une autre, celle-ci conservant le numéro FINESS antérieur mais changeant de « périmètre », remplir le numéro FINESS de l'établissement absorbé (tel qu'il était renseigné dans la précédente SAE) dans la ligne « fusion » ainsi que celui de l'établissement initial qui se maintient.

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

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

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

La SAE est destinée à rendre compte de la situation de l'offre de soins des établissements en fin de d'année d'exercice (en dehors de quelques informations particulières collectées au mois d'octobre). En conséquence, en cas de fusion de deux établissements, SAE sera remplie par l'entité résultant de celle-ci et les données résulteront de la consolidation de la fusion sur l'année (en cas d'établissements géographiques ayant des activités de court séjour en hospitalisation complète, il conviendra de se reporter à la situation des EJ multi-sites et remplir aussi des bordereaux par établissement pour les Q01, Q02, Q03, Q10 à Q18). De même, une scission sera considérée comme ayant eu lieu en début d'année et la situation de chacun des établissements issus de la scission sera à établir dans des questionnaires distincts. Pour un établissement fermé définitivement en cours d'année, les questionnaires relatifs à l'activité réalisée avant la fermeture (Q02A et Q02C) doivent être transmis dans la mesure du possible. Les nombres de lits et de places seront mis à zéro dans le Q01.

ST - Structure de l'interrogation (MCO - dialyse - GCS)

N° FINESS de l'entité juridique	A1
Raison sociale	B1

Etablissements

Liste des établissements de l'entité juridique enquêtés directement (en plus de leur entité juridique) :

N° FINESS	A2	Raison sociale	B2
-----------	----	----------------	----

N° FINESS	A3	Raison sociale	B3
-----------	----	----------------	----

N° FINESS	A4	Raison sociale	B4
-----------	----	----------------	----

ST – Structure de l’interrogation (MCO-dialyse)

QUELLES SONT LES INFORMATIONS DISPONIBLES ?

Ce bordereau, en « consultation » sur le site internet ou pré-rempli dans la version papier du questionnaire, indique pour les entités juridiques (EJ_PC et EJ_D) les établissements pour lesquels il est demandé de remplir un questionnaire. Concernant la dialyse, cette liste constitue également le champ couvert par la réponse de l’entité juridique.

Pour rendre homogène le recueil des informations dans les secteurs public et privé, il est demandé à l’entité juridique publique interrogée de fournir des données pour certains établissements de l’entité juridique, en plus des données consolidées au niveau de l’entité juridique habituellement transmises.

Ce niveau d’interrogation permet de recueillir des informations plus détaillées sur la structure de l’offre, notamment le plateau technique, et de mieux apprécier la réponse aux besoins par zones d’emploi ainsi qu’à l’intérieur des grandes aires urbaines. Par ailleurs, pour le public et les usagers, cette description rend mieux compte de la réalité que celle des entités juridiques.

Toutefois, ce recueil supplémentaire se limite pour l’instant aux établissements qui ont une activité en soins de courte durée (médecine, chirurgie ou obstétrique) en hospitalisation complète.

Les établissements privés restent décrits au niveau de l’établissement géographique, même s’ils appartiennent à une même entité juridique, à l’exception des centres de lutte contre le cancer (CLCC) et de certains établissements de radiothérapie et de santé mentale.

Les entités juridiques privées dont dépendent les centres de dialyse interrogés dans SAE doivent également remplir un questionnaire récapitulatif. Le bordereau ST donne alors pour chacune de ces entités juridiques, la liste des centres de dialyse pour lesquels elle répond et qui répondent aussi directement à l’enquête.

- **Identification de l’entité juridique**

Le n° FINESS de l’entité juridique est porté en case A1 et sa raison sociale en case B1.

C’est le numéro de l’entité qui répond au questionnaire, et qui est identifiée dans le bordereau ID.

- **Liste d’établissements**

La structure de l’entité juridique décrite est celle enregistrée dans le répertoire FINESS.

La liste des établissements indiqués concerne les établissements géographiques pour lesquels il est demandé de remplir un questionnaire spécifique en plus de celui rempli par l’entité juridique.

Il s’agit :

1. d’établissements géographiques publics qui, au regard des autorisations de soins délivrées et enregistrées dans FINESS, dispensent des activités de soins en médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique (MCO) en hospitalisation complète (quand l’entité juridique en a au moins deux).

L’entité juridique doit alors fournir des informations consolidées pour les capacités (Q01), l’activité (Q02) et le personnel (Q20A à Q25) concernant l’ensemble de ses établissements, y compris ceux qui ont une activité de psychiatrie ou de soins de suite et de réadaptation ou de longue durée (et ne figurent donc pas dans la liste du bordereau ST).

Chacun des établissements cités dans le bordereau ST devra de plus remplir un questionnaire SAE comprenant les bordereaux concernant les capacités, l’activité, le plateau technique et les IVG, ainsi que ceux concernant les activités de soins soumises à autorisation.

Parmi les bordereaux concernant le personnel, seuls le Q20A et le Q23 sont obligatoires.

2. d'établissements de dialyse

Depuis SAE 2001, les entités juridiques dont dépendent des établissements de dialyse doivent également remplir un questionnaire pour l'ensemble de leurs établissements de dialyse. En effet, les obligations vis-à-vis de la mesure de la satisfaction des patients, de la lutte contre les infections nosocomiales par exemple, objets du bordereau PN, sont organisées à l'échelle de l'entité juridique. Par ailleurs le personnel est commun à l'ensemble des établissements, et il est difficile de ventiler des effectifs et des ETP pour des unités d'autodialyse souvent de petite taille.

Les informations sont consolidées (c'est-à-dire que les doublons sont éliminés) au niveau de l'entité juridique pour les capacités (Q01), l'activité (Q02A et Q17) et le personnel (Q20B à Q25).

Chacun des établissements cités dans le bordereau ST devra de plus remplir un questionnaire SAE comprenant le bordereau Q02A, la partie activité du bordereau Q17 et, le cas échéant, le bordereau relatif aux capacités (Q01).

Remarque

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

STB - Structure de l'interrogation (psychiatrie - radiothérapie)

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

Etablissements

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

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

STB – Structure de l’interrogation (psychiatrie – radiothérapie)

QUELLES SONT LES INFORMATIONS DISPONIBLES ?

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 (établissement ou entité juridique de psychiatrie, entité juridique de radiothérapie) doit répondre, ceux-ci n’étant pas directement interrogés dans SAE.

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

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

Trois cas se présentent :

1. Interrogation d’une entité juridique de radiothérapie

Le bordereau fournit la liste des établissements géographiques dans lesquels est implanté un appareil de radiothérapie (cobalthérapie ou accélérateur hors cyclotron) dont l’autorisation est détenue par l’entité interrogée, et pour lesquels l’entité doit fournir l’activité de radiothérapie. Un bordereau Q15A distinct (bordereau multiple) est à remplir pour chacun de ces établissements, les autres bordereaux (Q02A, Q20B Q21, Q23, Q24) étant cumulés pour l’ensemble des établissements figurant dans ce bordereau .

Remarque

Certains des établissements figurant dans cette liste peuvent être interrogés directement dans SAE s’ils ne dépendent pas de l’entité juridique qui détient l’autorisation de leur équipement de radiothérapie et s’ils exercent une activité autre que de radiothérapie. *Ils répondent alors uniquement pour leur activité hors radiothérapie.*

2. Interrogation d’une entité juridique de santé mentale

Les entités juridiques 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 d’un établissement de santé mentale

Lorsqu’une entité juridique a plusieurs établissements de santé mentale répartis dans plusieurs départements, on a choisi un établissement principal par département qui doit répondre pour l’ensemble des structures situées dans ce département. Pour chaque établissement principal, le bordereau STB fournit la liste des structures pour lesquelles il répond. L’établissement qui répond apparaît lui-même dans cette liste.

Remarque 1

Dans le cas où une entité juridique n’a qu’un seul établissement de santé mentale, c’est l’établissement qui est interrogé directement. Il figure alors seul dans la liste des établissements du bordereau STB.

Remarque 2

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

ORG - Organisation et coopération

1 - Organisation des services logistiques

Situation en décembre de l'année

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

(*) cocher, plusieurs réponses possibles pour chaque fonction

2 - Modalités de coopération

<i>- Accord d'association entre établissements publics et privés (L 6161-8) :</i>			
Accord 1 :	Thème ⁽¹⁾	B15	<input type="checkbox"/>
Accord 2 :	Thème ⁽¹⁾	B16	<input type="checkbox"/>
Accord 3 :	Thème ⁽¹⁾	B17	<input type="checkbox"/>
<i>- Fédération médicale inter-hospitalière :</i>		Nombre de fédérations :	A16 <input type="checkbox"/>

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

3 - Groupement de coopération sanitaire (GCS)

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

A18 oui non

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

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

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

A24 oui non

ORG - Organisation et coopération

NOUVEAUTÉS

Les définitions des modes de coopération ont été précisées.

Des questions ont été ajoutées sur les groupements de coopération sanitaire.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

A remplir par toutes les entités interrogées

Secteur public : à remplir par l'entité juridique et également par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements)

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique, de l'entité juridique privée de dialyse et de l'entité juridique des GCS

ORGANISATION DES SERVICES LOGISTIQUES

La notion d'activité réalisée en interne ou en externe se réfère à l'entité qui est concernée par le questionnaire, en l'occurrence l'entité juridique ou l'établissement.

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

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

Il peut y avoir plusieurs réponses sur une même ligne.

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

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

MODES DE COOPÉRATION

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

- **Accord d'association**

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

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

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

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

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

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

ACCORD D'ASSOCIATION

Liste des thèmes

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

- **GCS**

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

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

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

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

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

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

PN - Suivi des politiques nationales et missions de service public (page 1/2)

1. Procédure de recueil de la satisfaction des patients

Nombre de patients interrogés sur leur satisfaction (questionnaires ou interviews) :	A1
Nombre de patients (ou familles) vus par le médiateur médecin ou non médecin :	A2

2. Information médicale

Personnel non médical affecté au département d'information médicale (en ETP) :	A11
Médecins (hors internes) intervenant au DIM (en ETP) :	A12
Le traitement des données du PMSI est-il réalisé à l'extérieur de l'établissement ?	A72 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Organisation du codage et de la saisie	
L'organisation en place ou prévue PMSI-MCO est-elle de type décentralisée	A73 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
dans les services de soins ? PMSI-HAD	A74 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
PMSI-SSR	A75 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
RIM-P	A76 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

3. Lutte contre les infections nosocomiales (inclure les unités dites d'hygiène hospitalière)

Personnel dont l'activité est spécifiquement consacrée à la lutte contre les infections nosocomiales :	
Personnel non médical (en ETP) :	A13
Médecins et Pharmaciens hors internes (en ETP) :	A30
Nombre d'heures de formation suivies par le personnel médical, pharmaceutique et non médical dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales :	A77
Nombre d'antibiotiques (molécules) gérés en prescription, dispensation à délivrance nominative :	A15

4. Lutte contre la douleur chronique et développement des soins palliatifs

Dans l'année, nombre total d'heures de formation suivies par l'ensemble du personnel médical et non médical de l'établissement dans le cadre de la lutte contre la douleur et des soins palliatifs :	A16
4.1 Lutte contre la douleur chronique	
L'établissement dispose t-il d'une structure de prise en charge de la douleur chronique identifiée par l'ARS ?	A32 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
[si oui] La structure, est-elle identifiée comme :	A3
	<input type="radio"/> Centre <input type="radio"/> Unité <input type="radio"/> Consultation
Nombre de consultations externes de prise en charge de la douleur chronique réalisées dans cette structure :	A86
Nombre de nouveaux patients pris en charge dans cette structure dans l'année :	A33
4.2 Développement des soins palliatifs	
Existe t-il une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP*) au sein de l'établissement ?	A19 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, nombre total d'interventions * physiques de l'EMSP :	A78
<i>Dont : - au sein d'établissements sanitaires (y compris USLD):</i>	A79
- au sein d'établissements médico-sociaux (y compris EHPAD):	A80
- au domicile des patients :	A81
Nombre de patients (file active) pour lesquels il y a eu une intervention (physique ou téléphonique) de l'EMSP dans l'année :	A21
Sinon, si l'établissement ne dispose pas d'une équipe mobile de soins palliatifs, est-il conventionné avec l'EMSP d'un autre établissement de santé?	A20 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, combien de fois cette EMSP est-elle intervenue (avec déplacement physique) dans l'année, auprès des patients de l'établissement ?	A82
Nombre de patients (file active) pour lesquels il y a eu une intervention (physique ou téléphonique) de l'EMSP dans l'année dans l'établissement	A4
Existe t-il une unité de soins palliatifs (USP*) au sein de l'établissement ?	A22 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- Classification de l'USP	A83
	<input type="radio"/> MCO <input type="radio"/> SSR <input type="radio"/> Autres
- Nombre de lits de au sein de l'USP :	A23
- Nombre de nouveaux patients pris en charge dans l'unité, dans l'année :	A36
Existe t-il des lits identifiés soins palliatifs (LISP) au sein des services de soins ?	A37 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- Nombre de lits LISP (hors Unité de Soins Palliatifs) :	A38
<i>Dont : nombre de LISP dans des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)</i>	A84
<i>nombre de LISP dans des services pédiatriques</i>	A85
- Nombre de nouveaux patients pris en charge dans ces lits (LISP) dans l'année :	A39

*Une définition a été ajoutée dans l'aide au remplissage

5. Accueil des personnes en situation de précarité (Etablissements publics et PSPH)

Avez-vous une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement ? Si oui, combien ? *	A27
---	-----

*Une définition a été ajoutée dans l'aide au remplissage

6. Mission particulière au titre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues

L'établissement hospitalier a-t-il une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA)* ?	A40	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Nombre de consultations psychiatriques réalisées dans ce cadre par l'UCSA :	A5	
Nombre de consultations somatiques* réalisées dans ce cadre par l'UCSA :	A41	
- Nombre de patients (file active*) :	A42	
L'établissement hospitalier a-t-il, dans un service de soins somatiques, une ou plusieurs chambres sécurisées* pour l'hospitalisation des personnes détenues ?	A43	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
L'établissement hospitalier a-t-il une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) ?	A44	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
L'établissement a-t-il un service médico-psychologique régional (SMPR) ?	A45	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

*Une définition a été ajoutée dans l'aide au remplissage

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

Avez-vous un centre mémoire de ressources et de recherche ?	A46	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, file active pour l'activité de consultation mémoire (CM) :	A47	
nombre de nouveaux patients pour l'activité de consultation mémoire (CM) :	A48	
file active pour l'activité de recours :	A49	
nombre de nouveaux patients pour l'activité de recours :	A50	

Avez-vous une consultation mémoire (CM) dans votre ou vos établissement(s) ?	A51	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, combien avez-vous de consultations mémoire ?	A52	
La consultation est-elle labellisée ?	B53	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Date de labellisation* :	A53	

Pour les consultations labellisées : * format (jj/mm/aaaa)

File active (nombre de patients différents suivis dans l'année) :	A54	
Nombre de nouveaux patients dans l'année :	A55	
Existe-t-il un groupe de paroles aux aidants ?	A56	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Pour les consultations NON labellisées :

File active (nombre de patients différents suivis dans l'année) :	A57	
Nombre de nouveaux patients dans l'année :	A58	
Existe-t-il un groupe de paroles aux aidants ?	A59	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Personnels intervenant	Code SAE		Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	Libéraux exclusifs (effectif)	Libéraux non exclusifs (effectif)
			A	B	E	F
Personnel médical	1000	60				
dont gériatres		61				
dont neurologues	1120	62				
Personnel non médical		63				

Disposez-vous d'une unité cognitivo-comportementale identifiée en SSR ?	A64	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, nombre de lits identifiés :	A65	
nombre d'admissions :	A66	
nombre de journées réalisées :	A67	

8 - 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 ?	A68	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Nombre de lits de l'unité :	A69	
Nombre de nouveaux patients entrés dans l'unité, dans l'année :	A70	
Cette unité est-elle adossée à un service de SSR ?	A71	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

PN - Suivi des politiques nationales et missions de service public

NOUVEAUTÉS

La partie 4 sur la lutte contre la douleur et développement des soins palliatifs est décomposée en deux rubriques, en séparant plus distinctement ces 2 sujets. Certains items de la partie 4 sur la lutte contre la douleur et développement des soins palliatifs ont été reformulés afin d'explicitier la demande.

Une question a été ajoutée sur les soins palliatifs et une autre sur la prise en charge des détenus.

Des définitions ont été précisées pour les parties 4 (formation, nombre d'interventions), 5 (PASS) et 6 (consultations somatiques et file active).

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

Ces dernières années, plusieurs programmes nationaux ont été menés pour améliorer la qualité des soins avec des dispositifs davantage centrés sur le patient. Avec la mise en place de la tarification à l'activité, certaines de ces activités transversales ont été intégrées à la liste des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qui font l'objet de financements particuliers. Ces divers dispositifs et procédures mobilisent des moyens humains et des investissements très disparates selon les établissements. Lorsque cela est possible, leur quantification apparaît donc souhaitable. Ainsi, les pouvoirs publics seront en mesure de rendre compte au parlement et au public de la mise en œuvre progressive de ces politiques sur tout le territoire.

Les questions relatives aux procédures de recueil de la satisfaction des patients, à la lutte contre les infections nosocomiales, à la lutte contre la douleur et au développement des soins palliatifs s'appliquent à tous les établissements de santé, compte tenu de leurs obligations légales.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Secteur public : à remplir au niveau de l'entité juridique et également pour les établissements interrogés des trois Assurances Publiques

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique et de l'entité juridique privée de dialyse

1. PROCÉDURE DE RECUEIL DE LA SATISFACTION DES PATIENTS

A1. Nombre de patients interrogés sur leur satisfaction (questionnaires ou interviews)

Il s'agit de dénombrer les patients auxquels on a donné un questionnaire de satisfaction à remplir et non le nombre de questionnaires retournés, ainsi que ceux qui ont été interrogés par téléphone ou en direct dans le cadre d'enquêtes de satisfaction organisées par l'établissement. Les enquêtes sur échantillon réalisées par des tiers (instituts de sondage, écoles...) sont incluses dans ce cadre, si la commande émane de l'établissement lui-même. Si aucun patient n'est interrogé, inscrire 0.

A2. Nombre de patients (ou de familles) vus par le médiateur médecin ou le médiateur non médecin

Le nombre total de personnes vues par le médiateur médecin ou le médiateur non médecin figure dans le rapport annuel d'activité obligatoire (art. L1112-3). Si dans les petites structures ce nombre est égal à 0, inscrire 0.

2. DOSSIER ET INFORMATION MÉDICALE

Personnel

A11. Le personnel non médical à comptabiliser en équivalent temps plein correspond au personnel affecté administrativement au département du DIM à la production du PMSI, quelle que soit sa qualification.

A12. A l'hôpital public, les équivalents temps plein des médecins intervenant au DIM correspondent à ceux qui y sont administrativement affectés. Si le personnel médical ou non médical prend en charge des activités annexes (archives, épidémiologie) n'inscrire en ETP que la part du temps dévolu au PMSI.

A72. Si le traitement des données du PMSI est sous-traité à l'extérieur de l'établissement.

Organisation du codage et de la saisie

A73. A74. A75. A76. Indiquer si l'organisation des différents recueils PMSI est décentralisée dans les services de soins pour les 4 activités de soins séparément (MCO, HAD, SSR et psychiatrie). Il s'agit de l'organisation en place ou prévue dans les différents services. Pour les entités juridiques multi établissements interrogées, cocher la modalité la plus fréquente, si vos établissements ont des pratiques différentes,

3. LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

(pour tous les établissements et entités)

Personnel

A13. Personnel non médical à comptabiliser en équivalent temps plein : personnel infirmier, cadres de santé, secrétaires et les techniciens biohygiénistes.

A77. Nombre d'heures de formation suivies par le personnel médical, pharmaceutique et non-médical dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales.

Comptabiliser les heures-formation incluses dans le cadre des plans de formation et prises en charge par le budget de l'établissement. Ne pas compter, les actions ponctuelles de formation internes aux unités qui sont assurées par l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière de l'établissement. Ce nombre peut être égal à 0 une année donnée surtout dans les petites structures.

Rappel : Les internes et résidents, médecins en formation, ne font pas partie du personnel médical.

A15. Nombre d'antibiotiques (molécules) gérés en prescription, dispensation à délivrance nominative

Il s'agit de compter le nombre de lignes d'antibiotiques au sens de molécules et des classes ATC (ceci n'inclut pas les antifongiques ou les antiviraux) qui sont l'objet d'une prescription restreinte, encadrée par la Commission du médicament et des dispositifs médicamenteux stériles. Il y a à la fois une prescription nominative, une analyse d'ordonnance et une délivrance nominative. Ce nombre ne devrait pas dépasser une centaine, compte tenu du nombre de molécules disponibles sur le marché.

4. LUTTE CONTRE LA DOULEUR ET DÉVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS

(pour tous les établissements et entités)

A16. Nombre total d'heures de formation suivies par l'ensemble du personnel médical et non médical dans le cadre de la lutte contre la douleur et des soins palliatifs

Il s'agit de compter le nombre total d'heures suivies et non de décrire la durée moyenne d'une formation. Par exemple, si la formation dure 8 heures et que 4 personnes l'ont suivi, il faut inscrire 32.

Sont comptabilisées ici à la fois:

- les heures de formation réalisées par le personnel de l'établissement dans le cadre des plans de formation et qui sont prises en charge par le budget de l'établissement.
- les actions de formation ponctuelles réalisées, en interne, par la structure de prise en charge de la douleur chronique, par l'équipe mobile « douleur » et/ou par l'EMSP de l'établissement. Le nombre d'heure de formation comptabilisé dans ce cadre correspond au total des heures de formation mentionnées dans les rapports d'activité des équipes mobiles concernées.

4.1. Lutte contre la douleur chronique

A32. Structure de prise en charge de la douleur chronique identifiée par l'ARS

Il s'agit des centres, structures ou consultations identifiées dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) par l'ARS avec une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur chronique.

A3. Type de structure

Afin de suivre l'évolution de l'organisation, il est demandé de préciser s'il s'agit d'une consultation, d'une unité ou d'un centre.

A86. Nombre de consultations externes de prise en charge de la douleur chronique

Comptabiliser ici les consultations externes réalisées au sein des établissements qui disposent d'un centre, d'une unité ou d'une consultation pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur chronique, identifiée par l'ARS (Cf A32). Compter les consultations cotées en C ou en CS, pratiquées par un médecin dans la structure, pour des patients non hospitalisés.

4.2. Développement des soins palliatifs

A19. 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, et qui bénéficie d'un financement sous la forme d'une enveloppe « MIG ». Elle est définie par la circulaire n° 2002/98 du 19 février 2002. 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. Sont comptabilisées ici les équipes « mixtes » douleur / soins palliatifs.

A78. Si oui, nombre total d'interventions de l'EMSP

Il s'agit de compter le nombre total d'interventions physique de l'EMSP entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre, quel que soit le lieu de ces interventions et leur objet. **Il s'agit de compter le nombre d'interventions impliquant un déplacement physique de l'EMSP au lit du malade, auprès des proches ou en soutien à l'équipe médicale et soignante, quelque soit le nombre d'intervenants de l'équipe se déplaçant.** Ce total est ensuite décomposé en trois sous-ensembles, qui correspondent aux différents lieux d'intervention possibles (établissements de santé, établissements médico-sociaux ou domicile)

A79. Au sein d'établissements sanitaires (y compris USLD)

Sont comptabilisées ici les interventions impliquant un déplacement physique au sein de l'établissement de rattachement de l'EMSP ou au sein d'un autre établissement de santé, y compris lorsqu'il s'agit d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD). Ne pas compter les interventions réalisées au sein des structures médico-sociales rattachées à l'établissement (enregistrées en A80).

A80. Au sein d'établissements médico-sociaux (dont EHPAD)

Sont comptabilisées ici les interventions impliquant un déplacement physique au sein d'un établissement médicosocial pour personnes âgées ou personnes handicapées (EHPAD, IME, etc.). Sont incluses dans ce sous-total les interventions réalisées au sein d'une structure d'hébergement médicosociale rattachée à un établissement de santé (ex : EHPAD géré par un centre hospitalier).

A81. Au domicile des patients

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

A21. Nombre de patients pour lesquels il y a eu une intervention physique ou téléphonique de l'EMSP dans l'année

Il s'agit ici de dénombrer le nombre de patients 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.
- ✓ d'un entretien téléphonique avec un membre de l'équipe médicale ou soignante prenant en charge le patient.

A20. Sinon, si l'établissement ne dispose pas d'une équipe mobile de soins palliatifs, est-il conventionné avec l'EMSP d'un autre établissement de santé ?

L'ensemble des établissements de santé ne dispose pas en leur sein d'une équipe mobile de soins palliatifs. Il faut indiquer si l'établissement a passé une convention avec l'EMSP d'un autre établissement de santé afin de bénéficier d'interventions physiques et de conseils téléphoniques pour la prise en charge des patients en fin de vie.

A82. Si oui, combien de fois cette EMSP est-elle intervenue (avec déplacement physique) dans l'année ?

Cette question concerne les établissements qui bénéficient de l'intervention physique de l'EMSP d'un autre établissement de santé. Sont comptabilisées l'ensemble des interventions réalisées par cette EMSP dans l'année et ayant impliqué un déplacement physique de l'EMSP au sein de l'établissement, au lit du malade, auprès des proches ou en soutien à l'équipe médicale et soignante, **quelque soit le nombre d'intervenants de l'équipe se déplaçant..**

A22. Existe t-il une unité de soins palliatifs (USP) au sein de l'établissement ?

L'unité de soins palliatifs (USP) est un service de soins autonome, constitué de lits totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie. Elle est définie par la circulaire n° 2002/98 du 19 février 2002. Elle se distingue des Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP), même si ceux-ci sont regroupés dans un même service.

A37. Existe t-il des lits identifiés soins palliatifs (LISP) au sein des services de soins de l'établissement ?

Les lits identifiés de soins palliatifs (LISP), dont le nombre et la répartition figurent dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'ARS, sont situés au sein des services de soins confrontés de façon régulière à la fin de vie des patients, en court-séjour comme en SSR. Ils sont distincts des lits d'Unité de Soins Palliatifs.

A38. Nombre de lits LISP (hors Unité de Soins Palliatifs)

Sont comptabilisés 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 A23, ne sont pas dénombrés ici.

A84. Nombre de LISP dans des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

Il s'agit de faire apparaître ici le nombre de lits identifiés de soins palliatifs qui, parmi l'ensemble des LISP de l'établissement, sont identifiés dans des services de SSR.

A85. Nombre de LISP dans des services pédiatriques

Il s'agit ici de dénombrer, parmi l'ensemble des LISP de l'établissement, les LISP implantés dans des services de pédiatrie. 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.

A39. Nombre de nouveaux patients pris en charge dans ces lits (LISP) dans l'année.

5. ACCUEIL DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ (ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PSPH)

A27 : Avez-vous une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement ? Si oui, combien ? :

Les PASS sont des permanences « adaptées aux personnes en situation de précarité, visant 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.

6. MISSION PARTICULIÈRE AU TITRE DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DÉTENUES

A40. Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA)

L'établissement doit être l'établissement de rattachement au niveau SOMATIQUE d'une UCSA, et ne pas seulement participer au fonctionnement de l'UCSA d'un autre centre hospitalier, ni être l'établissement autorisé en psychiatrie de rattachement.

A5. Nombre de consultations psychiatriques réalisées dans ce cadre par l'UCSA :

Cette question a été ajoutée pour permettre la description de la variété des prises en charge en UCSA.

A41 nombre de consultations somatiques : seules les consultations effectuées par du personnel médical sont concernées en excluant les consultations auprès du psychiatre. Sont également à exclure les consultations réalisées par du personnel paramédical (IDE, kiné, diététicienne...). Cela inclut donc les consultations médicales généralistes ainsi que les consultations de spécialistes (dentaires, ophtalmologie, gynécologie, ...)

A42 : nombre de patients (file active) : La file active est le nombre de patients (écroués ici, c'est à dire les personnes incarcérées + les personnes sous bracelet électronique) différents sur une année qui ont bénéficié d'au moins une consultation. Un même patient pouvant bénéficier de plusieurs consultations, l'information à renseigner devrait être inférieure ou égale à celle notée en A41.

A43. Chambres sécurisées

Les hospitalisations urgentes ou de courte durée en rapport avec une affection somatique sont réalisées conformément aux dispositions des articles R.6112-26, 2.a) du CSP. Les chambres sécurisées sont définies dans la circulaire interministérielle DAP/DHOS/DGPN/DGGN du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé

A44. Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI).

Elles sont définies par l'arrêté interministériel du 24 août 2000.

A45. Service médico-psychologique régional (SMPR)

Article R.6112-14 du CSP.

7. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTÉES

A46. 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). L'objectif visé était un CMRR par région en 2007. La labellisation de ces centres est effectuée par les ARH (désormais ARS).

A51. Consultation mémoire (CM) dans le ou les établissements (dispositif)

Si l'entité juridique n'a qu'une CMRR, sans autre consultation mémoire, vous ne devez pas remplir cette partie.

A52. Si oui, combien avez-vous de Consultations mémoire (CM) ?

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

B53. La consultation mémoire est elle labellisée ?

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

A64. Unités cognitivo-comportementales en Soins de Suite et Réadaptation (SSR)

Les unités cognitivo-comportementales sont identifiées dans des services existants de SSR et comportent entre 10 et 12 lits. Ces unités doivent être identifiées au sein de l'établissement de santé sous forme d'unité fonctionnelle et d'unité médicale (voir annexe 3 de la 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).

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

En 2002, il a été demandé à l'ensemble des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) de développer une organisation reposant sur de petites unités d'accueil au long cours des personnes en EVC ou en EPR, de 6 à 8 lits. (Voir la circulaire DHOS/O2/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).

Afin de favoriser la création de lits dédiés à la prise en charge de personnes en EVC-EPR, l'arrêté du 10 décembre 2004 modifiant l'arrêté du 9 décembre 1988 exclut de l'indice de besoins afférents aux moyens d'hospitalisation en SSR les lits de soins de suite ou de réadaptation exclusivement destinés à l'hospitalisation des personnes en EVC-EPR.

<p style="text-align: center;">EQUIPEMENT ET ACTIVITE ACTIVITE DES PLATEAUX TECHNIQUES</p>
--

Q01 – Capacités d'accueil par grandes disciplines	43
Q02A - Activité réalisée par grandes disciplines	47
Q02C - Activités sociales et médico-sociales des établissements de santé	53
Q03A - Plateau technique de l'établissement (Équipement et activité)	57
Q03B - Plateau technique de l'établissement (fonctions médico-techniques)	67
Q03C - Plateau technique de l'établissement (Personnel)	71
Q03D – Pharmacie et stérilisation	75
Q04 - Interruptions médicales et volontaires de grossesse	79

Q01 - Capacités d'accueil par grandes disciplines
(pour toutes les entités interrogées : entités juridiques ou établissements publics, établissements privés)

Nombre de lits ou de places ou de journées exploitables	code discipline	Médecine	Chirurgie	Gynécologie Obstétrique	Total MCO (champ calculé)	Psychiatrie		Total psychiatrie (champ calculé)	Soins de suite et de réadaptation	Soins de longue durée	Autres disciplines de la section hôpital	Total section hôpital (champ calculé)
		2110	2120	2130	2100	Psychiatrie générale	Psychiatrie infanto-juvénile	2200	2400	2500	2600	2000
		A	B	C	D	P	Q	M	N	K	L	O

Hospitalisation complète (Y compris hospitalisation de semaine)

Hosp. complète	Lits	6										
	Journées exploitables	8										

Alternatives à l'hospitalisation complète

Anesthésie ou chirurgie ambulatoires	Places	5										
Hosp. jour	Places	7										
Hosp. nuit	Places	9										
HAD	Places	11										

Q01 – Capacités d'accueil par grandes disciplines

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

Ce bordereau recense l'intégralité des capacités d'accueil des activités sanitaires de la section hôpital, y compris les lits et places qui seront repris dans les bordereaux Q04 à Q18A. Les équipements correspondant aux types d'activité sociale et médico-sociale sont recensés dans le bordereau Q02C. La SAE ayant vocation à rendre compte du fonctionnement réel, il s'agit des capacités installées.

NOUVEAUTÉS

La distinction hospitalisation de semaine au sein de l'hospitalisation complète est supprimée. Les places d'hospitalisation à domicile ne sont plus demandées en psychiatrie.

L'aide au remplissage a été précisée en ce qui concerne la place de la réanimation, des urgences et de la dialyse.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

A remplir par toutes les entités interrogées

Secteur public : à remplir par l'entité juridique et également par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements)

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique, de l'entité juridique privée de dialyse et de l'entité juridique des GCS

NATURE DES ÉQUIPEMENTS

- **Lits (ligne 6)**

Le nombre de lits installés (y compris berceaux, couveuses) au 31 décembre de l'année est égal, dans un grand groupe de disciplines, à la somme du nombre de lits (y compris berceaux, couveuses agrées) en état d'accueillir des malades et du nombre de lits fermés temporairement pour cause de travaux, désinfection. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

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

Les capacités de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des structures d'accueil des urgences qui figurent dans le Q13 sont comptées dans ce bordereau en médecine. Ce sont en effet des lits d'hospitalisation complète (hospitalisations pour des durées supérieures à 24 heures). L'activité correspondante sera reportée dans le bordereau Q02A en suivant ce même principe.

Le nombre de lits correspond aux lits intégrés au sein de services d'hospitalisation complète, y compris l'hospitalisation de semaine.

- **Journées-lits exploitables (lignes 8)**

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

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

- **Places (lignes 5, 7, 9, 11)**

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

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.

Réglementairement, le nombre de places installées au 31 décembre de l'année en hospitalisation à domicile correspond à la capacité de prise en charge simultanée de patients par le personnel du service dédié.

Les journées-places ne sont plus demandées.

Ne sont pas comptés sur ce bordereau

- Les générateurs utilisés pour le traitement de l'insuffisance rénale qui sont recensés dans le Q17.
- En psychiatrie, les chambres d'isolement dédiées spécifiquement à cet effet ne doivent pas être comptabilisées dans le nombre de lits.

GROUPES DE DISCIPLINES D'ÉQUIPEMENT

Le nombre des équipements est fourni par grand groupe de disciplines. Les « groupes de disciplines » correspondent aux quatre ensembles suivants : soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée. Ils identifient des ensembles relevant de systèmes d'information médicalisés différents (PMSI court séjour, RIM-P, PMSI-soins de suite et réadaptation fonctionnelle). La correspondance des grands groupes de disciplines avec les postes de la NODESS est indiquée dans la nomenclature des disciplines d'équipement du cahier des nomenclatures de la SAE.

Quelques précisions sur le classement dans les disciplines d'équipement

- **Réanimation**

Selon la nomenclature des disciplines d'Équipement, la réanimation (médicale, chirurgicale, pédiatrique, néonatale et polyvalente) et la néonatalogie sont à classer en DE 2110, donc en Médecine.

- **Urgences :**

Contrairement à ce qui est indiqué dans la nomenclature, les lits d'une UHCD sont comptés en médecine.

- **Chirurgie gynécologique**

Les lits de chirurgie gynécologique doivent être comptabilisés en gynécologie-obstétrique (colonne C).

- **Interruptions Volontaires de Grossesse**

Lorsqu'elles sont identifiées, les places réservées aux IVG sont recensées en hospitalisation de jour dans le groupe de disciplines « gynécologie-obstétrique » (cases C7 et C8).

- **Chimiothérapie**

Lorsqu'elles sont identifiées (unité individualisée), les places de chimiothérapie doivent être enregistrées en hospitalisation à temps partiel de jour dans le groupe de disciplines "médecine" (case A7). Le nombre de venues correspond au nombre de séances de chimiothérapie ; celles-ci sont par ailleurs recensées dans le bordereau Q15B.

- **Soins palliatifs, lutte contre la douleur**

Leur situation varie selon les établissements : tantôt ils sont comptés comme des lits de médecine, tantôt comme des lits de soins de suite, exceptionnellement en soins de longue durée. En effet, il s'agit d'activités de soins

pouvant être réalisés dans des lits de nature différente, ce qui explique que la nomenclature des disciplines d'équipement ne soit pas adaptée pour ces situations.

Le détail des lits identifiés « soins palliatifs » est répertorié dans le bordereau PN.

- **Soins de suite et de réadaptation (colonne N)**

Pour ce bordereau Q01, il faut compter les lits correspondants à l'activité de soins de suite et réadaptation, selon les autorisations mises en œuvre.

Les décrets d'avril 2008 modifient l'organisation et l'autorisation des soins de l'activité de soins de suite et de réadaptation, avec une déclinaison par public et par spécialités. La distinction entre les soins de suite et la réadaptation fonctionnelle n'existe plus.

- **Toxicomanie et alcoolisme**

Les lits de soins aux toxicomanes et ceux d'alcoologie doivent être répartis en fonction de la spécialité du médecin responsable de l'unité et du type de prise en charge. S'il s'agit d'un psychiatre, ils seront comptés en psychiatrie. Si c'est un médecin interniste ou un médecin généraliste, 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).

- **Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)**

Les CSAPA, ex- CSST et ex-CCAA, , rattachés à un établissement du champ SAE, sont des structures médico-sociales (financées par l'assurance maladie, enveloppe médico-sociale). Ils ne peuvent être assimilés à des structures psychiatriques sectorisées ou non, même s'ils sont gérés par des secteurs de psychiatrie. Ils doivent être recensés sur le bordereau Q 02C.

- **Psychiatrie (colonnes P et Q)**

Trois natures de prises en charge sont distinguées en psychiatrie :

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

Au sein de ces natures de prise en charge, sont définies plusieurs formes d'activité.

Les nombres de lits en psychiatrie demandés dans ce bordereau Q01, sont uniquement ceux de l'hospitalisation à temps plein, qui est une des formes d'activité des prises en charge à temps complet. Ces lits d'hospitalisation à temps plein sont à répartir entre hospitalisation complète et hospitalisation de semaine. Les lits et places en placement familial thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de postcure, centre de crise et hospitalisation à domicile sont à renseigner uniquement dans le bordereau Q09, dédié à la psychiatrie.

De même, au sein des prises en charge à temps partiel, seules les places en hôpital de jour et en hôpital de nuit sont à renseigner dans le bordereau Q01. Le nombre de structures de type CATTP et ateliers thérapeutiques est à renseigner dans le bordereau Q09.

Les capacités en psychiatrie dédiées à des patients en milieu pénitentiaire sont à inclure dans la colonne psychiatrie générale dans ce bordereau. Dans le bordereau Q09, ces capacités sont dénombrées à part.

- **Autres disciplines de la section hôpital (colonne L)**

Se référer à la nomenclature des disciplines. Cette colonne concerne les disciplines classées en 2600 dont notamment la dialyse.

Pour le moment, les capacités d'accueil de dialyse (autre que les générateurs) sont à noter dans la colonne « autres disciplines de la section médicale » dans le Q01.

Q02A - Activité réalisée par grandes disciplines

(pour toutes les entités interrogées : entités juridiques ou établissements publics, établissements privés)

Nombre d'entrées, venues, journées, consultations et séances code discipline	Médecine	Chirurgie	Gynécologie Obstétrique	Total MCO (champ calculé)	Psychiatrie		Total psychiatrie (champ calculé)	Soins de suite et de réadaptation	Soins de longue durée	Autres disciplines de la section hôpital	Total section hôpital (champ calculé)
					Psychiatrie générale	Psychiatrie infanto- juvénile					
	2110	2120	2130		220A	220B					
	A	B	C	D	P	Q	M	N	K	L	O

Hospitalisation complète (Y compris hospitalisation de semaine)

Hosp. complète	journées	2										
	entrées totales	5										

Alternatives à l'hospitalisation complète et de semaine : nombre de venues, séances ou journées de prise en charge

Anesthésie ou chirurgie ambulatoires	7											
Hospitalisation de jour (hors séances*)	8											
Hospitalisation de nuit	9											
Hospitalisation à domicile en journées	11											

* les séances de chimiothérapie, de radiothérapie et d'hémodialyse sont à renseigner uniquement dans les bordereaux spécifiques. Les séances de transfusion sanguine ne sont plus demandées.

Activités externes

Consultations, soins externes (médecins et sages femmes)	12											
Activités du personnel non médical (soins techniques et consultations)	15											
Consultations dentaires et soins dentaires	13											

Le nombre de passages dans l'accueil des urgences est à renseigner uniquement dans le bordereau Q13.

Q02A - Activité réalisée par grandes disciplines

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

La logique d'ensemble de ce bordereau est de décrire toute l'activité de soins réalisée par le personnel de l'entité, qu'elle soit facturée ou non.

L'activité est fournie selon les groupes de disciplines d'équipement définis dans le cahier des nomenclatures de la SAE et correspond aux lits et places décrits dans le Q01.

Les activités concernant les disciplines sociales et médico-sociales sont recensées dans le bordereau Q02C.

L'activité des structures installées dans une clinique privée, mais non gérées par elle, n'est pas à inscrire.

Le cas des « **hôtels médicalisés** », parfois appelés aussi résidences hôtelières (souvent associés aux centres de lutte contre le cancer) ne relève pas d'une activité de soins mais de simple hébergement. A ce titre, les données de capacités (places) et d'activité (qu'on devrait, en toute logique, dénommer nuitées au lieu de journées) ne doivent en aucun cas figurer dans les bordereaux Q01 et Q02A, mais dans le bordereau Q02C qui décrit les activités sociales et médico-sociales des établissements de santé (ligne « Autres types d'activité » et colonne « Autres disciplines sociales et médico-sociales »).

NOUVEAUTÉS

Ce bordereau a été simplifié en supprimant les informations redondantes avec d'autres bordereaux (séances de radiothérapie, de chimiothérapie et d'hémodialyse, les passages aux urgences). La question portant sur la transfusion sanguine n'est plus demandée. Les journées d'hospitalisation à domicile ne sont plus demandées en psychiatrie.

La distinction hospitalisation de semaine au sein de l'hospitalisation complète est supprimée.

CONCEPTS IMPORTANTS

Les règles de mesure de l'activité des établissements dans la SAE évoluent depuis plusieurs années pour se rapprocher des concepts de mesure de l'activité mis en œuvre par le PMSI ; la compatibilité existe, cependant il reste de légères différences de décompte pour le nombre des entrées et le nombre des journées. Ces différences sont explicitées ci-après. Enfin, les consultations sont seulement une partie de l'activité décrite comme « activité externe ou ambulatoire » par le PMSI.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

A remplir par toutes les entités interrogées

Secteur public : à remplir par l'entité juridique et également par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements)

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique, de l'entité juridique privée de dialyse et de l'entité juridique des GCS

Remarque sur le champ de l'activité à décrire en psychiatrie

Trois natures de prises en charge sont distinguées en psychiatrie :

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

Au sein de ces natures de prise en charge, sont définies plusieurs formes d'activité.

Parmi les prises en charge à temps complet, seule l'activité en hospitalisation à temps plein est décrite dans ce bordereau Q02A. **Les journées de prise en charge en placement familial thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de postcure, centre de crise, hospitalisation à domicile et séjours thérapeutiques sont à renseigner uniquement dans le bordereau Q09, dédié à la psychiatrie.**

De même, au sein des prises en charge à temps partiel, seules les venues en hôpital de jour et en hôpital de nuit sont à renseigner dans le bordereau Q02A. Les venues en CATTP et ateliers thérapeutiques sont à renseigner dans le bordereau Q09. Les prises en charge en ambulatoire sont à décrire dans le Q09. L'activité psychiatrique réalisée pour des patients en milieu pénitentiaire est à inclure dans la colonne psychiatrie générale dans ce bordereau. Dans le bordereau Q09, cette activité est dénombrée à part.

NOMBRE DE JOURNEES (LIGNES 2 ET 11)

Le nombre de journées correspond à la somme des jours de présence durant lesquels les patients ont été pris en charge en hospitalisation complète, cumulés sur l'année. Le jour de sortie n'est pas comptabilisé, sauf en cas de décès, comme dans les PMSI. Pour les activités inférieures à 24 heures, une entrée en hospitalisation complète avec une sortie le jour-même (sortie avant minuit) est comptée comme une journée. Les interruptions de séjour de courte durée (inférieures à 48 heures) interrompent le comptage des journées, si elles comportent une nuitée. A l'intérieur de la section hôpital, on ne compte pas deux fois les journées d'un même patient.

Remarques spécifiques aux différentes disciplines :

1 - En Médecine, Chirurgie, Gynécologie et Obstétrique (Colonnes A, B, C)

Les activités liées à la grossesse (entrées, journées, venues) doivent être portées dans la colonne gynécologie obstétrique, qu'il s'agisse d'une hospitalisation intervenant avant ou après la déclaration de grossesse.

Pour les urgences, seule l'activité en entrées et journées de l'UHCD (Unité d'hospitalisation de courte durée) dans laquelle les patients sont hospitalisés le plus souvent pour des durées supérieures à 24 heures doit être comptabilisée dans ce bordereau en médecine. De même, dans les bordereaux Q21 et Q24, les ressources en personnel de ces unités seront affectés en soins de courte durée, et non dans la colonne « autres disciplines de la section hôpital ».

Distinction PMSI :

- les séjours avec date de sortie identique à la date d'entrée sont décomptés « 0 jour » par le PMSI
- les journées des séjours chevauchant le 31 décembre 2010 ne sont pas comptabilisées pour l'année dans le PMSI.
- en HAD (cellule A 11 et C 11) lorsqu'une prise en charge sanitaire s'interrompt complètement (hors décès), le PMSI décompte le dernier jour de la dernière séquence du séjour dans les jours de présence

2 – En Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) (Colonne N)

Distinction PMSI :

- le dernier jour d'un séjour est comptabilisé dans les jours de présence si et seulement si existe un retour à domicile (ou le substitut de domicile), ou un transfert dans une autre entité juridique, ou un transfert dans un autre groupe de discipline (MCO, HAD, Psychiatrie).
- le mode de comptage hebdomadaire calé sur le lundi de chaque semaine implique une particularité calendaire : la période annuelle de comptage débute le lundi de la semaine qui comporte le 4 janvier et se termine le dimanche de la semaine qui précède celle qui contient le 4 janvier de l'année suivante.

3 - En soins de longue durée (Colonne K)

Si une personne effectue un séjour en soins de courte durée ou en soins de suite ou de réadaptation, ce séjour interromp le comptage des journées en soins de longue durée (qui reprend après) : à l'intérieur de la section hôpital, on ne compte pas deux fois les journées d'un même patient.

4 - En psychiatrie (Colonnes P et Q) :

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

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

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

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

NOMBRE D'ENTREES (LIGNE 5)

La notion d'entrées n'existe que dans le cadre des prises en charge en hospitalisation complète.

Il s'agit de compter certains mouvements de patients, constatés entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année et non pas de compter des présents.

Les **entrées totales** se définissent comme étant la somme des entrées directes et des entrées par mutation :

Une **entrée directe** est comptabilisée lorsqu'il y a :

- entrée dans un des quatre groupes de disciplines (soins de courte durée MCO, psychiatrie, soins de suite ou de réadaptation, soins de longue durée), même lorsque le patient était déjà hospitalisé en hospitalisation complète dans l'un des autres groupes au sein du même établissement. En MCO, on comptabilise une entrée directe lorsqu'il y a création d'un RSS (ex : admissions consécutives à un passage aux urgences).
- entrée consécutives à un changement de type d'activité : c'est à dire, notamment, au passage d'une « alternative à l'hospitalisation complète » vers l'« hospitalisation complète », pour tous les groupes de disciplines, y compris pour la psychiatrie dans les cas d'alternance de nature de prise en charge au cours d'une même prise en charge (passage de l'hôpital de jour à l'hospitalisation à temps plein, de l'hospitalisation à domicile à l'hospitalisation à temps plein, du placement familial thérapeutique à l'hospitalisation à temps plein, etc)

Une **entrée par mutation** est comptabilisée lorsqu'il y a :

- mouvement de patients entre établissements d'une même entité juridique publique, même sans changement de groupe de disciplines ni de type d'activité

Attention : Les nouveau-nés nés dans la maternité qui, après être restés auprès de leur mère, nécessitent un transfert en néonatalogie seront comptés comme des entrées directes en néonatalogie car leur séjour précédent en maternité n'a pas donné lieu à une entrée administrative individualisée.

Ne sont pas comptabilisés comme des entrées

- les mouvements de malades passant, *au sein du même établissement*, du type d'activité « hospitalisation complète en fonctionnement permanent » au type d'activité « hospitalisation complète de semaine », et inversement.
- les mouvements de patients entre les disciplines de médecine, chirurgie ou obstétrique

NB : Les entrées directes d'une entité juridique pour un groupe de disciplines donné (que celui-ci fasse ou non l'objet d'un questionnaire spécifique) sont égales à la somme des entrées directes de chacun de ses établissements, au sein de ce même groupe. (Idem pour les entrées totales)

Distinction PMSI :

- *le séjour des nouveau-nés qui restent en service de maternité près de leur mère donne lieu à la création d'un séjour, donc d'un RSS pour le PMSI*
- *les mouvements de patients au sein d'une entité juridique dans le même groupe de discipline ne doivent pas entraîner la création d'un nouveau séjour pour le PMSI.*

Remarques spécifiques à la psychiatrie :

1 - Une entrée est à compter au retour du patient dans les cas suivant :

- après une sortie d'essai supérieure à 48h
- après une sortie même temporaire dont la durée excède 48h ou une interruption 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.
- après une hospitalisation temporaire dans d'autres unités (médecine, chirurgie...), pour les patients en hospitalisation libre ou sans consentement..

2- On ne compte pas d'entrée au retour du patient après une absence de très courte durée (inférieures à 12 h) d'un patient hospitalisé sans consentement, accompagné par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie (article L3211-11-1 du Code de la santé publique, inséré par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002). Cette règle est compatible avec les règles de codage du RIM-P où ce type d'absence n'induit pas de changement de séquence ni de fermeture de séjour.

3 - Le nombre d'entrées ne correspond donc pas à un nombre de séjours ou de séquences de prise en charge à temps plein du RIM-P ouverts dans l'année, mais plutôt à un nombre de séquences d'hospitalisation à temps plein, non directement précédées d'une autre séquence d'hospitalisation à temps plein.

VENUES OU SÉANCES (LIGNES 7, 8 ET 9)

Elles correspondent aux alternatives à l'hospitalisation complète et c'est le cadre de l'hospitalisation à temps partiel.

Attention, les séances de chimiothérapie, de radiothérapie et d'hémodialyse ne sont pas à renseigner dans ce bordereau mais uniquement dans les bordereaux spécifiques. Les séances de transfusion sanguine ne sont plus demandées.

Il est prévu de recueillir le nombre de jours distincts au cours desquels les patients ont été pris en charge, comme par exemple une intervention dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

Un malade est compté autant de fois qu'il vient dans l'année. Dans la même discipline, pour un même malade, on ne compte qu'une seule venue ou séance par jour et type d'activité, même si le malade vient plusieurs fois le même jour.

Ces venues ou séances ne sont pas comptabilisées quand le patient est pris en charge en hospitalisation complète dans la même discipline.

Remarques spécifiques :

C8 Les IVG sont comptées en venues en hospitalisation de jour dans la colonne gynécologie – obstétrique, (sauf les forfaits de type 3 comportant une hospitalisation de plus de 24h, qui sont comptées en hospitalisation complète). De ce fait, on reportera dans la case C8 le résultat du calcul (A6 moins A3) à partir du bordereau Q04.

En psychiatrie, le nombre de venues demandé dans le Q02A est donc différent du nombre de venues en équivalent en journées demandé dans le bordereau Q09 où une demi-venue compte pour 0,5.

ACTIVITÉS EXTERNES (LIGNES 12, 13 ET 15)

Les activités externes comprennent les consultations ou soins pratiqués par le personnel médical et non médical

Ligne 12 : Les consultations, soins externes sont des consultations ou des soins pratiqués exclusivement par du personnel médical (ou des internes), y compris les sages-femmes. Ces consultations sont réalisées par des médecins et sages-femmes salariés de l'entité enquêtée, sur des malades venant de l'extérieur de cette entité. Les consultations incluent les consultations "privées" des praticiens hospitaliers et des hospitalo-universitaires.

Ligne 15 : Les consultations ou soins pratiqués exclusivement par du personnel non médical sont à renseigner dans la ligne « **activités et soins techniques (personnel non médical)** ». Cette question est une reformulation de celle anciennement intitulée « traitements et cure ambulatoire ».

Remarques :

- On compte toutes les consultations facturables (qu'elles soient effectivement facturées ou exonérées). Les consultations internes et les consultations comprises dans un forfait (par exemple le forfait d'hospitalisation) ne sont pas comptabilisées, car non facturables.
- Les consultations pré-anesthésiques réalisées par des anesthésistes libéraux pour les patients de la clinique ne sont donc pas à inscrire dans le bordereau Q02A, mais seulement dans le Q03A.
- Un examen d'exploration fonctionnelle respiratoire, une fibroscopie ou un examen radiologique (programmés ou non) ne sont pas comptabilisés comme des consultations. Ce sont des actes techniques qui, pour certains, font partie de l'activité relevée dans les bordereaux Q03A ou B.

Les consultations dentaires et soins dentaires sont comptabilisées dans une ligne à part.

Q02C - Activités sociales ou médico-sociales (équipement et activité)

			Hébergement pour personnes âgées				Total hébergement pour personnes âgées (champ calculé)	Autres disciplines sociales et médico-sociales	Total disciplines sociales et médico-sociales (champ calculé)
			Section de cure médicale ou EHPAD non sanitaire	Hébergement en chambres	Hébergement en logements-foyers	Hébergement temporaire pour personnes âgées			
			311A	311B	311C	3120			
			A	B	C	D			
Hébergement complet ou de semaine (TA 11, 17)	Nombre de lits	1							
	Nombre de journées réalisées	2							
	Nombre d'entrées totales	3							
Traitements et cures ambulatoires (TA 19)	Nombre de séances	4							
Consultations, soins externes (TA 07)	Nombre de consultations	5							
Autres types d'activité (TA 12 à 16, 18 et 25)	Nombre de lits ou places	6							
	Journées réalisées	7							

Q02C - Activités sociales et médico-sociales des établissements de santé

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Secteur public : à remplir par l'entité juridique

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique

TYPES D'ACTIVITÉ

TA 11 : hébergement complet ou de semaine

TA 12 : hébergement de nuit en structure regroupée

TA 13 : semi-internat

TA 14 : externat

TA 15 : placement en famille d'accueil (social)

TA 17 : internat de semaine

TA 18 : hébergement de nuit en structure éclatée

TA 25 : hébergement temporaire de week-end ou de vacances et pour les disciplines sociales et médico-sociales hors section hôpital :

TA 07 : consultations, soins externes

TA 16 : prestations sur le lieu de vie

TA 19 : traitements et cures ambulatoires

TA 11 à 15, 17, 18, 21, 25 : le nombre de lits ou places installés au 31 décembre de l'année est égal à la capacité d'accueil des unités relevant de ces types d'activité.

DÉFINITIONS

- **Hospitalisation des personnes hébergées en hospice ou maison de retraite ou EHPAD**

Calcul du nombre de journées réalisées :

En cas d'hospitalisation de moins de trois semaines, les journées continuent d'être facturées en maison de retraite. Des exonérations sont prévues. Pendant cette période, on comptabilise les journées à la fois en maison de retraite et en section hôpital, qu'il y ait ou non, exonération,

On ne comptabilise pas de mouvement dans l'unité *maison de retraite*, ni entrée, ni sortie, bien que les journées soient comptées, les lits étant en fait réservés. Mais, on compte une entrée directe pour l'unité d'hospitalisation.

La somme des entrées totales est égale à la somme des entrées directes. Il n'y a jamais de mutation dans le secteur hébergement et maison de retraite.

Au décès d'un malade en section hôpital, on n'aura compté qu'une entrée directe, les sorties ne sont plus comptabilisées.

AUTRES TYPES D'ACTIVITE

TA16 : Prestation sur le lieu de vie autre que la psychiatrie :

A recenser dans la colonne *Autres disciplines sociales et médico-sociale*.

E6 : nombre de places réalisées, des hôtels médicalisés ou résidences hôtelières (Centre de lutte contre le cancer), il s'agit de simple hébergement.

E7 : nombre de journées réalisées, des hôtels médicalisés ou résidences hôtelières (souvent associés aux centres de lutte contre le cancer), il s'agit de simple hébergement.

Cas particulier des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Etablissements de soins de longue durée (SLD) ayant signé une convention pour devenir EHPAD.

1 - Unités de soins de longue durée (SLD) devenues EHPAD

Si les lits de SLD sont convertis en places médico-sociales, ils doivent être décrits dans :

Section de cure médicale ou EHPAD non sanitaire

Colonne A : renseigner l'ensemble de la capacité et de l'activité

Le nombre des lits de SLD qui ne sont pas convertis en places médico-sociales, doit être décrit dans le bordereau Q01 colonne K et le nombre de journées réalisées le bordereau Q02A colonne K.

2 - Sections de cure médicale devenues EHPAD

Lorsqu'une convention tripartite a été signée pour transformation de la section de cure médicale en EHPAD, tous les lits sont à partir de cette date, classés de la même façon.

Lorsqu'il y a transformation de la section de cure médicale en EHPAD, le nombre de lits doit être décrit dans :

Section de cure médicale ou EHPAD non sanitaire

Colonne A : renseigner l'ensemble de la capacité et de l'activité

Le personnel doit être décrit dans la colonne "Disciplines sociales et médico-sociales" des bordereaux Q21 et Q24.

ACCUEIL DE JOUR POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Hébergement temporaire pour personnes âgées

Exemple : accueil de jour pour personnes atteintes de démence...

D6 : nombre de lits ou de places

D7 : nombre de journées réalisées

Q03A - Plateau technique utilisé par l'établissement (équipement et activité)

Equipements et activité du plateau technique	Nombre d'équipements présents dans l'établissement	accessibles à d'autres	Ouverture globale hebdomadaire (hors astreinte) en octobre (heures)	Activité réalisée pour l'entité (2)	Activité réalisée pour l'extérieur de l'entité (2)	Nombre d'examens radio. Interv. Thérapeutique	Nombre d'examens réalisés après 20h et avant 8h	Délai moyen d'attente en OCTOBRE		
				Nombre d'examens	Nombre d'examens			hospitalisés (en jours)	externes (en jours)	
										O
Imagerie										
Scanner (1)	1	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non								
IRM (1)	2	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non								
Caméras à scintillation (1)	3	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non								
TEP / CDET (1)	4	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non								
Lithotriporteur	5	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non								
Radiologie dont mammographie	8	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non								
Radiologie vasculaire (sans coronarographie) (3)	9	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non								
Cardiologie										
Hémodynamique ou d'electro-physiologie avec amplificateur de luminance (3)	10	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non								
Coronarographie (3)	11	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non								

(1) Equipement matériel lourd soumis à autorisation

(2) Le terme "entité" s'entend comme l'entité juridique pour les établissements publics et comme l'établissement géographique pour les établissements privés

(3) Salles dédiées

Sites anesthésiques et blocs opératoires	Nombre de salles dans l'établissement	Accessibles à d'autres	Ouverture globale hebdomadaire (hors astreinte) en octobre (heures)	Activité réalisée sous anesthésie	Activité réalisée sans anesthésie	Nombre total d'interventions	Nombre de consultations préanesthésiques externes	Nombre d'interventions après 20 h et avant 8 h	Prélèvements d'organe Nombre de sujets prélevés
				Nombre d'interventions	Nombre d'interventions				
Salles destinées aux actes sous anesthésie* (4)	13	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non							
dont salles d'intervention chirurgicale	14	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non							
dont salles d'imagerie	15	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non							
Sites anesthésiques (5)	16	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non							
Salles de surveillance post interventionnelles	17	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non							
Postes de réveil	18								

(4) Salle d'endoscopie, de radiologie interventionnelle, de curiethérapie ou d'intervention chirurgicale, etc..

(5) Lieu géographique regroupant une ou plusieurs salles où des actes anesthésiques sont effectués ; par exemple, un bloc opératoire de deux salles = un site

* des précisions ont été apportées dans l'aide au remplissage

Q03A - Plateau technique de l'établissement (Équipement et activité)

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

Ce volet du questionnaire **ne prétend pas rendre compte de l'intégralité des éléments et de l'activité des plateaux techniques hospitaliers**. Il s'agit de décrire certains de leurs principaux composants, l'amplitude de leur fonctionnement et leur utilisation, et de rapprocher l'activité produite des ressources avec lesquelles elle a été réalisée (en particulier les personnels). Ces données sur les plateaux techniques permettent de mieux caractériser les différents types d'établissements. Elles sont, de plus, utilisables par les responsables hospitaliers pour construire les rapports d'évaluation des autorisations.

Ces données sont recueillies au niveau des établissements géographiques (du moins ceux qui ont une activité de court séjour en hospitalisation complète). Elles incluent, le cas échéant, les éléments de plateau technique dédiés aux activités de soins implantées dans l'établissement et détaillés dans les bordereaux Q08 à Q16. En faisant la synthèse des bordereaux d'un établissement, on peut ainsi voir se dessiner à grands traits, des ensembles fonctionnels constitués des unités cliniques et des plateaux techniques qui leur sont attenants (exemple : chirurgie et secteur opératoire, imagerie et urgences, USIC et salles de coronarographie, etc...).

Ces données localisées peuvent être ainsi rapprochées des bassins de population et dessiner la cartographie de la couverture des besoins à un niveau fin, notamment dans les cas (non exceptionnels) d'entités juridiques réunissant des établissements situés dans des agglomérations différentes.

En ce qui concerne **les équipements matériels lourds** décrits dans ce bordereau, ils sont souvent partagés entre plusieurs établissements, entités juridiques ou structures libérales. Les cabinets libéraux détenteurs d'EML d'imagerie n'étant pas des établissements de santé, ils ne sont pas concernés par SAE. Cependant, si ces équipements sont installés sur le site, il convient de le mentionner, car ils font partie du plateau technique dont peuvent bénéficier les patients hospitalisés. Enfin, les examens effectués à leur profit (et facturés à l'établissement) seront également reportés.

En ce qui concerne la coronarographie, l'ensemble des informations doit être fournie par l'établissement dans lequel la salle est implantée.

NB : attention, certaines informations sont demandées pour le mois d'octobre (colonnes D, M et N).

NOUVEAUTÉS

Le questionnement a été simplifié en supprimant plusieurs questions (certains équipements d'imagerie non lourds comme les échographes doppler, les salles dédiées aux explorations fonctionnelles).

L'aide au remplissage a été précisée en ce qui concerne l'endoscopie.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Secteur public : à remplir par l'entité juridique mono-établissement et par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements).

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique

ÉQUIPEMENT ET ACTIVITÉ DU PLATEAU TECHNIQUE

- **Nombre d'équipement (ou de salle) (colonne O)**. Il s'agit d'indiquer le nombre d'équipements ou de salles implantés sur place pour les équipements lourds, l'imagerie, la cardiologie et les explorations fonctionnelles (0 en l'absence d'équipement, ou un chiffre).
- **Équipements lourds accessibles à d'autres structures (colonne P)**. Cette rubrique n'est à remplir que par les établissements au sein desquels l'équipement (ou la salle) est implanté. Il s'agit de cocher la case «OUI» si l'équipement ou la salle est partagée avec d'autres établissements, et la case «NON» dans le cas contraire.

- **Heures d'ouverture hebdomadaire (hors astreintes) par salle en octobre (colonne D).**

Selon les équipements ou salles dont il est question, on considère les heures assurées par le personnel médical (EML – lignes 1 à 5), par le personnel non médical (imagerie – lignes 8 à 9, sites anesthésiques et bloc opératoire – lignes 13 à 17), ou les heures d'ouverture de la salle proprement dite quelle que soit l'appartenance du personnel qui y intervient (hémodynamique et coronarographie - lignes 10 et 11). Ces informations concernent l'ensemble de l'activité de l'équipement qu'elle soit assurée par du personnel de l'établissement ou non.

L'ouverture correspond à la plage horaire disponible pour les activités régulières (interventions ou examens sur rendez-vous) et au planning du personnel en service normal. D'après les données 2000 et 2001, elle varie entre 30 heures (voire moins pour les salles utilisées à temps très partiel) et 70 heures, sauf pour les salles d'accouchement qui sont ouvertes, par nature, 24 h sur 24. Le principe est de recueillir les heures théoriquement disponibles pour une activité opératoire (ou exploratoire) programmée à l'avance, du fait de la présence de personnel de jour (" capacité théorique ") et non de calculer les heures d'utilisation effective plus complexes à mesurer. Le nombre d'heures d'ouverture des salles s'entend à partir de l'heure effective d'ouverture et non l'heure de démarrage des actes. La préparation des salles effectuée par le personnel du bloc lors de sa prise de service est donc incluse. Ex : si un service (ou équipement) est ouvert pour l'activité programmée de 8 h à 19h du lundi au vendredi inclus, et de 8h à 13 h le samedi, le nombre d'heures à inscrire est de 60 heures, même si du personnel reste disponible 24h sur 24h dans le cadre d'un dispositif de garde et / ou d'astreinte.

Si les horaires ne varient pas d'une semaine à l'autre, faire la somme des heures d'ouverture pour l'activité programmée durant une semaine du mois d'**octobre**. Si l'amplitude varie d'une semaine à l'autre, faire le calcul sur quatre semaines et diviser par 4.

Si deux équipements (ou salles) de même nature comme deux scanners (ou des salles d'intervention), ont des amplitudes de fonctionnement différentes en activité programmée (exemple 8 heures -16 heures pour l'un, 8 heures – 20 heures pour l'autre, avec fonctionnement régulier le samedi matin d'un des deux), indiquer le nombre d'heures moyen par salle (somme des heures totales d'ouverture hebdomadaire de chacune divisée par deux).

- **Activité réalisée pour l'entité juridique ou pour l'établissement (colonnes E, F et G)**

Il n'y a pas lieu de différencier les patients selon leur lieu d'hospitalisation, dès lors qu'ils sont dans un établissement de la même entité juridique. Les patients adressés par le service des urgences sont considérés comme des patients de l'entité, au même titre que les hospitalisés.

L'activité libérale des praticiens temps plein en imagerie fait partie de cette activité.

- **Examens (colonnes E et H)**

On appelle ici examen, une procédure pouvant comporter un ou plusieurs actes réalisés sur un même patient à une même date et lors d'une même séquence de prise en charge (espace de temps séparant l'arrivée du patient dans la salle d'examen et sa sortie). La notion d'examen rend compte de la mobilisation des moyens humains et matériels en un seul temps et en un seul lieu pour un même patient.

Un seul examen est compté lorsqu'une anesthésie est réalisée au cours d'un acte de radiologie par exemple et le nombre d'examens peut être inférieur au nombre d'actes. De la même façon, le nombre d'examens diffère du nombre de patients (et lui est généralement supérieur) dans la mesure où un même patient peut subir deux procédures dans la même journée.

- **Examens de radiologie interventionnelle à visée thérapeutique (colonne K)**

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. N'en font pas partie les biopsies ; par contre, 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... Les angioplasties devront figurer dans cette colonne dans la ligne « salle de coronarographie ».

Attention, ces examens étant la plupart du temps réalisés sous anesthésie dans des salles équipées à cet effet, devront être de ce fait inscrits une seconde fois dans le tableau relatif aux sites anesthésiques dans la cellule D15.

- **Nombre d'examens réalisés entre 20 h et 8 h (colonne L)**

En l'absence d'examens réalisés la nuit, mettre 0.

Les examens à compter sont tous les examens non programmés réalisés entre 20 h et 8 h donnant lieu, pour les établissements privés, à majoration tarifaire (rappel : conformément à la réglementation, seuls sont inclus ceux pour lesquels la demande a été formulée entre 19 h et 7h). La plage « 20h – 8h » est fixe et n'est pas liée à

l'activité des équipes de nuit. Le choix de cette plage horaire identique pour tous quelles que soient les heures ouvrables (ou les heures de nuit du personnel) est lié à cette disposition tarifaire et permet d'examiner de façon homogène dans tous les établissements l'activité proprement nocturne, généralement liée aux urgences.

- **Délai d'attente pour malades hospitalisés et externes en octobre (colonnes M et N)**

Ce terme de délai n'implique pas de jugement mais correspond à la mesure objective d'un intervalle de temps. Il s'agit de mesurer le délai qui sépare le moment où le service est saisi d'une demande d'examen pour un malade non hospitalisé au moment de la demande (date de réception de la demande téléphonique ou date de réception du courrier) et celui où l'examen a lieu. Les périodes de fermeture des rendez-vous (week-end et les jours fériés) sont exclues du calcul des délais. Lorsque le samedi matin est ouvert pour des examens programmés, ne pas l'exclure ; le week-end sera alors décompté 1,5 jours et non 2.

Exemple : examen demandé le vendredi et réalisé le 3ème lundi qui suit = délai de 11 jours si le samedi matin est fermé aux examens programmés (12,5 sinon).

NB : exclure du calcul du délai d'attente :

- les demandes en urgence ;
- les bilans d'évaluation à date fixe programmés longtemps à l'avance dans le cadre de protocoles standardisés (par exemple, les examens de contrôle à J+30 dans le cadre de protocoles de chimiothérapies) ;
- les refus.

Les données sur la date de demande et la date de réalisation seront recueillies pour tous les patients pour lesquels la demande est intervenue entre le 1^{er} octobre et le 31. Le délai moyen en jours sera calculé sur l'ensemble de ces patients.

La même méthode est appliquée aux patients hospitalisés. Pour le calcul de l'intervalle de temps, le statut du patient (« hospitalisé » ou « consultant externe ») est celui qui prévaut au moment de la demande de l'examen. Par exemple, dès lors qu'un patient était hospitalisé lors de la demande, compter le délai en jours avec celui des patients hospitalisés même s'il est sorti à domicile avant la réalisation de l'examen.

Définition :

Malades hospitalisés : les unités d'accueil et de traitement des urgences étant des unités hospitalières à part entière, les patients pour lesquels des examens ont été prescrits par ces unités font partie des « malades hospitalisés », même s'ils quittent l'unité après leur prise en charge.

Malades externes : un malade est qualifié d'externe s'il est accueilli en ambulatoire (non hospitalisé **ni pris en charge par l'unité d'urgences**) ou bien s'il vient d'une autre entité juridique. Pour les établissements privés, tout malade hospitalisé dans un autre établissement est donc considéré comme externe.

PRINCIPES DE REMPLISSAGE DES DIFFERENTS ENSEMBLES

ATTENTION : les logiques de remplissage diffèrent quelque peu entre les trois parties du tableau 1 (Équipements matériels lourds (lignes 1 à 5), imagerie hors EML (lignes 8 à 9) et cardiologie (lignes 10 et 11)). Se reporter donc aux explications spécifiques.

I- Première partie : Équipements matériels lourds d'imagerie et lithotripteurs (lignes 1 à 5)

Comme indiqué en introduction, sont concernés **pour cette partie** tous les établissements de court séjour qui réalisent eux-mêmes ou font réaliser des examens impliquant les équipements lourds cités pour leurs patients hospitalisés (examens qui leur sont facturés).

Premier cas : L'établissement est titulaire de l'autorisation et dispose d'un EML sur place qu'il utilise seul.

Il inscrit le nombre d'appareils correspondants, soit 1 dans la colonne O ; dans la colonne P « accessible à d'autres » il coche « NON », puis reporte l'activité selon les intitulés des différentes colonnes ainsi que les délais d'attente pour les demandes adressées en octobre.

Second cas : L'établissement est titulaire de l'autorisation et dispose de deux scanners dans ses murs (au sens de site), dont l'un est partagé avec une autre structure.

Il inscrit le nombre d'équipements présents dans la colonne O ; dans la colonne P, il coche « OUI » pour indiquer que l'équipement est « accessible à d'autres ». Il reporte ensuite le nombre d'heures d'ouverture dans la semaine qui correspond à l'activité programmée (en octobre), l'activité réalisée sur l'année ainsi que les délais d'attente pour les demandes qu'il a eu à traiter en octobre.

Troisième cas : L'établissement ne dispose pas d'équipement dans ses murs mais son personnel médical co-utilise un EML d'un autre établissement de la même entité ou d'une autre structure.

Il ne coche rien dans la colonne O, puisque l'EML n'est pas implanté sur son site, ni dans la colonne P «accessibles à d'autres». Il reporte l'activité réalisée, ainsi que les délais d'attente pour les demandes qu'il a eu à traiter en octobre. Les examens éventuellement facturés en sus (malade pris en charge hors des heures réservées, par le personnel de l'autre établissement) seront décomptés par celui qui les réalise dans la colonne correspondant aux malades extérieurs.

Quatrième cas : L'établissement n'est pas titulaire d'une autorisation pour les équipements matériels lourds cités et n'a pas de convention de co-utilisation par son personnel médical avec une autre structure.

Dans ce cas, l'établissement se contente de reporter dans la colonne « activité réalisée pour l'établissement sur malades hospitalisés » les éléments correspondant aux examens (E1 à E5) et aux lettres-clés (F1 à F5) qui lui ont été facturés par son (ses) prestataire(s). Il n'inscrit rien dans les colonnes O à D ni dans les colonnes H à N, pour les lignes 1 à 5 correspondant aux équipements matériels lourds. Lorsqu'un établissement non titulaire d'une autorisation héberge un équipement dans ses murs par le biais d'une Société Civile de Moyens par exemple, les consignes sont les mêmes, mais il faudra en sus qu'il indique dans la colonne O le nombre d'équipements présents sur le site et, par conséquent, accessible aux patients hospitalisés sur le site.

II- Deuxième partie : imagerie (hors équipement lourds) (lignes 8 à 9)

Attention : cette partie ne concerne pas les établissements de soins qui, n'étant pas propriétaires des équipements, ne les exploitent pas eux-mêmes. En conséquence, l'activité d'imagerie conventionnelle et d'échographie doppler d'un cabinet de radiologie implanté dans une clinique dont le personnel est salarié du cabinet, ne sera pas à inscrire, même si elle concerne des patients hospitalisés.

Seuls sont concernés les établissements propriétaires des équipements et des salles décrites et dont le personnel salarié (reporté dans le Q03C) les utilise.

Ce questionnaire n'a pas pour objet de décrire la totalité de leurs équipements et de leur activité, **mais il se centre sur des unités fonctionnelles (salles) et un équipement (l'échodoppler utilisé comme « marqueur ») qui sont utilisés par le personnel d'imagerie (lequel sera indiqué dans le Q03C).**

Si plusieurs services sont installés dans le même établissement, cumuler leurs moyens et leur activité. Les salles éventuellement installées aux urgences ou en chirurgie vasculaire ne sont comptées que si le personnel non médical qui y travaille dépend de l'imagerie.

Les salles de neuroradiologie interventionnelle (sans EML) éventuellement décrites dans le bordereau Q12 doivent également être comptées parmi les salles d'imagerie du Q 03A et ventilées selon leur nature, selon les consignes décrites ci-dessous.

- **Radiologie (ligne 8)**

Il s'agit ici de compter les salles de radiologie (conventionnelle et numérisée), à l'exclusion des salles de radiologie vasculaire (qui doivent être inscrites dans la ligne suivante). Il convient de ne compter ici que les salles équipées de matériel qu'il y ait, ou non, un ou plusieurs équipements au sein d'une même salle.

- **Salles de radiologie vasculaire**

Salles dédiées à la réalisation d'actes de radiologie avec injections intravasculaires disposant, en sus de l'équipement d'imagerie, d'un équipement technique de base indispensable à la sécurité anesthésique.

Par convention, **lorsque la salle est mixte**, c'est à dire équipée de manière à permettre à la fois d'y réaliser à la fois de la radiologie conventionnelle et de l'imagerie vasculaire, elle compte comme salle de radiologie

vasculaire. L'activité non vasculaire de cette salle doit, par contre, figurer dans une ligne correspondant à la catégorie conventionnelle (numérisée ou non selon le cas). Dans ce cas de salle « multi-usages », on peut donc trouver une activité dans une ligne où le nombre d'équipements (de salle) est nul.

Cas où une salle de radiologie vasculaire est utilisée pour la coronarographie

Deux situations sont à distinguer :

- si l'ensemble de ces activités est effectué par le personnel non médical d'imagerie :

- inscrire la salle en imagerie *en totalité* (soit 1 salle)

- ne rien inscrire en cardiologie

- toutefois, l'activité de coronarographie et d'angioplastie sera isolée et reportée dans la ligne correspondante à la coronarographie (même s'il y a un 0 salle).

- Dans tous les autres cas :

- inscrire dans la ligne « salle de radiologie vasculaire » et la colonne « quotité d'équipements (ou salles) », la fraction de temps assurée par le personnel d'imagerie (exemple 0,7)

- inscrire dans la ligne « salle de coronarographie », la fraction assurée par du personnel non médical de cardiologie (0,3)

NB : inscrire dans la ligne « salle de coronarographie » l'activité de coronarographie (et/ou angioplastie). L'activité inscrite sur la ligne « salle de radiologie vasculaire » n'inclut pas celle de coronarographie (et/ou angioplastie).

III- Troisième partie : « cardiologie » (lignes 10 et 11)

- **Salle d'hémodynamique ou d'électrophysiologie avec amplificateur de brillance**

Salle dédiée à la réalisation d'examen d'électrocardiographie endocavitaire et/ou œsophagien avec épreuve pharmacologique et stimulation effectuées pour le diagnostic des troubles du rythme et de la conduction intracardiaque. Les cardiologues y effectuent aussi le cas échéant des poses de pace-makers.

Ne compter que les salles qui disposent d'un amplificateur de brillance.

- **Salles de « coronarographie »**

Ce terme est à prendre dans son sens usuel, c'est à dire celui d'une salle dotée de l'équipement nécessaire à la réalisation de coronarographie (notamment un arceau), quelle que soit la nature des actes qui y sont réalisés (coronarographie ou angioplastie). Ces salles sont, en outre, des salles d'imagerie destinées aux actes sous anesthésie et sont à inclure comme telles (cellules A15 à F15) dans le tableau suivant qui s'intéresse à l'activité anesthésique.

Ces salles sont fréquemment partagées par des équipes hospitalières d'une part, et des cardiologues libéraux d'autre part. **Les établissements qui hébergent dans leurs murs l'équipement doivent remplir les données pour l'intégralité des activités réalisées dans ces salles que celle-ci soit réalisée par du personnel médical et non médical de l'établissement ou non.**¹

Premier cas : l'établissement dispose d'une salle sur place qu'il utilise seul :

- inscrire 1 dans la colonne O (quotité)

- cocher « NON » dans la colonne P « accessible à d'autres »

- puis reporter l'activité selon les intitulés des différentes colonnes ainsi que les délais d'attente pour les demandes adressées en octobre.

Dans le cas où l'établissement est hors dotation globale, et où la salle de coronarographie est utilisée par des cardiologues libéraux, il remplit de la même façon les heures d'ouverture et inscrit la totalité de leur activité en la ventilant selon qu'elle est réalisée pour des patients hospitalisés dans l'établissement ou non.

¹ Les règles de remplissage ont été modifiées depuis 2001 pour mieux rendre compte de l'intégralité de cette activité et simultanément être simples à comprendre.

Second cas : l'établissement A dispose d'une salle dans laquelle interviennent aussi des cardiologues libéraux pour leurs patients de la clinique B :

- inscrire dans la colonne O le nombre de salles situées dans l'établissement
- cocher « OUI » dans la colonne P accessible à d'autres
- indiquer dans la colonne D **le nombre total d'heures d'ouverture hebdomadaire de la salle, quelle que soit la personne morale ou les médecins intervenant qui l'utilisent.**

Troisième cas : l'établissement est propriétaire d'une salle qui est utilisée à la fois pour la radiologie vasculaire et à l'activité de coronarographie :

Deux situations sont à distinguer

- si l'ensemble de ces activités est effectuée par le personnel non médical d'imagerie géré par l'établissement
 - la salle sera inscrite en imagerie *en totalité (soit 1 salle)* et non en cardiologie
 - cocher « NON » dans la colonne « accessible à d'autres » (ceci afin de conserver une cohérence entre le nombre de salles et le personnel d'imagerie du Q03C)
 - l'activité de coronarographie et d'angioplastie sera isolée et reportée dans la ligne correspondante à la coronarographie (même s'il y a un 0 salle) selon les principes décrits précédemment.

dans tous les autres cas

- cocher « OUI » dans la colonne « accessible à d'autres » dans la ligne correspondant au secteur dans lequel la salle est implantée (ceci afin d'éviter de compter une salle de plus dans l'établissement).

La totalité des renseignements à remplir concernant les heures d'ouverture, l'activité et les délais d'attente seront remplis par l'entité qui héberge la salle et l'équipement, quel que soit le personnel qui la réalise. **Attention rappel :**

- inscrire dans les cases E11 à J11 l'activité relative aux coronarographies simples (à visée diagnostique)
- inscrire dans la case K11 les angioplasties (examens de radiologie interventionnelle à visée thérapeutique qui donnent lieu à des K et des KC [les KC des angioplasties ne sont pas demandés])

IV- quatrième partie : Tableau des sites anesthésiques et blocs opératoires (lignes 13 à 18)

On cherche à connaître les conditions dans lesquelles s'exerce l'activité anesthésique (et non la totalité des activités)

Attention : lorsqu'une salle est accessible à d'autres, cela signifie qu'elle existe et, par conséquent, la cellule O correspondante ne peut pas être vide.

INTITULÉ DES COLONNES

- **Nombre de salles (ou sites, ou postes) dans l'établissement (colonne O)**

Il s'agit d'indiquer le nombre de salles, ou sites ou postes, présents dans l'établissement, qu'ils soient ou non accessibles à d'autres.

- **Accessibilité à d'autres structures. (colonne P)**

Cette rubrique ne concerne que les établissements dans lesquels le(s) site(s) est implanté.

Si l'équipement ou la salle n'est utilisé que par l'établissement, cocher « NON » ; dans le cas contraire, cocher « OUI ».

DÉFINITIONS

- **Salles destinées aux actes anesthésiques.**

Il s'agit d'abord de répertorier les différents « chantiers anesthésiques » de l'établissement, c'est à dire le nombre de **salles où peuvent être réalisées des anesthésies nécessitant le recours à des personnels spécialisés en anesthésie**, même si l'activité proprement anesthésique de ces salles est en fait marginale.

Exemples de salles destinées aux actes anesthésiques : salles de bloc opératoire, salles d'endoscopie, de radiologie, de sismothérapie, de curiethérapie, de scanner, les salles de travail, d'IVG,...

Les salles destinées aux anesthésies décrites dans les bordereaux Q11, Q12 et Q16 doivent être incluses dans le total A13.

NB : Ce bordereau et, de façon générale, la SAE, ne permettent pas de recenser l'ensemble des salles d'endoscopies mais uniquement celles qui sont des salles destinées par ailleurs aux actes d'anesthésiques.

- **Salles d'intervention chirurgicale**

- correspond au nombre de salles où sont pratiqués des actes opératoires ;
- les locaux où sont réalisés des actes de petite chirurgie sans présence de personnels spécialisés en anesthésie ne sont pas comptabilisés ;

- les « salles de réveil » appelées salles de surveillance post-interventionnelles sont comptées à part (ligne 17).
- Ne pas inclure dans cette ligne les salles exclusivement réservées aux césariennes (elles sont par nature ouvertes 24h sur 24 et leur inclusion ferait perdre son sens au calcul des horaires d'ouverture des blocs opératoires).

- **Salle d'imagerie**

- comptabiliser les salles d'imagerie **où peuvent être réalisées des anesthésies nécessitant le recours à des personnels spécialisés en anesthésie**, même si l'activité proprement anesthésique de ces salles est en fait marginale (exemple : salles de radiologie ou d'endoscopie **où peuvent être réalisées des anesthésies nécessitant le recours à des personnels spécialisés en anesthésie**) ;
- par convention, inclure dans les salles d'imagerie les salles de coronarographie (et /ou d'angioplastie).

- **Sites anesthésiques (article D. 6124-100)**

Tout lieu géographique regroupant une ou plusieurs salles où des actes anesthésiques (anesthésies générales ou loco-régionales) sont pratiqués : un bloc opératoire de plusieurs salles comme un secteur obstétrical de plusieurs salles d'accouchement, constituent un site anesthésique. Une salle unique, isolée géographiquement du reste de l'activité anesthésique, où se réalisent des actes d'endoscopie ou de radiologie interventionnelle sous anesthésie constitue également un site. Le nombre de sites est toujours inférieur ou au plus égal au nombre de salles d'anesthésie.

Il s'agit ainsi, à travers ce comptage des « sites anesthésiques », d'apprécier la dispersion de ces « chantiers anesthésiques.

Exemple : si un établissement a :

- un bloc opératoire constitué de 4 salles d'opérations ;
 - + deux salles d'endoscopie contiguës au bloc ;
 - + une salle de radiologie interventionnelle au sein du service d'imagerie ;
 - + deux salles de travail dans le secteur de gynécologie obstétrique (à distance de la chirurgie).

Il faut comptabiliser : 3 sites anesthésiques (1 site pour le bloc opératoire et les salles d'endoscopies, 1 site au sein du service d'imagerie et dans le service de gynécologie obstétrique), 1 salle d'imagerie (une salle de radiologie interventionnelle), 9 salles destinées aux actes anesthésiques (4 salles d'opérations + deux salles d'endoscopie + une salle de radiologie interventionnelle + deux salles de travail).

- **Salles de surveillance post-interventionnelle** (autrefois dénommées salles de réveil) :

- ne compter que les salles exclusivement prévues pour cet usage ;
- exclure les salles « pouvant tenir lieu de salle de surveillance post-interventionnelle » comme les salles de travail ou les salles de sismothérapies visées à l'article D. 6124-98.

- **Nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire en octobre**

Les principes sont les mêmes que ceux énoncés pour les salles de radiologie (page 55). Le calcul du nombre d'heures d'ouverture s'entend à partir de l'heure effective de travail des agents et non celle du démarrage des interventions.

La préparation des salles effectuée par le personnel du bloc lors de sa prise de service est incluse.

Les salles d'accouchement sont, par nature, ouvertes 24 heures sur 24.

ACTIVITE REALISEE SOUS ANESTHESIE

- **Nombre d'interventions dans les salles destinées aux actes d'anesthésie**

Correspond aux prestations ayant nécessité l'intervention de médecins - anesthésistes ou infirmiers aide-anesthésistes.

Saisir en D13 le cumul des sommes des anesthésies générales et loco-régionales effectuées dans les salles identifiées dans la case O13. Inclure les rachianesthésies, péridurales, neurosédations. Les interventions sous anesthésie locale n'en font pas partie.

Il est rappelé qu'il ne s'agit pas des actes mais du nombre de prestations. Les multi - interventions sur un même malade au cours d'un même passage dans la salle sont comptées pour une seule prestation. Par contre, deux prestations séparées par un intervalle de temps pendant lequel le patient est sorti de la salle, avant de devoir être réinstallé pour une reprise non prévue comptent pour deux.

Dans le cas de salles mises à disposition (cas des cliniques ouvertes, par exemple), l'ensemble des interventions réalisées dans ces salles est à inscrire dans les différentes cases (car elles impliquent des locaux et le personnel de l'établissement).

Compter, notamment, les accouchements, les épisiotomies et les péridurales (qu'ils donnent lieu à rémunération ou pas) ainsi que les IVG.

L'activité telle que la chirurgie esthétique ne doit pas être comptabilisée.

- **Nombre d'interventions sous anesthésie dans les salles d'intervention chirurgicales**

Renseigner les cases D14 en appliquant les mêmes principes qu'au paragraphe précédent mais **exclure**:

- **les césariennes et les IVG**

- **l'activité liée à la phase de réveil** (surveillance post-interventionnelle) .

- **Nombre d'interventions sous anesthésie dans les salles d'imagerie**

Renseigner les cases D15 en appliquant les mêmes principes qu'au paragraphe « **Nombre d'interventions dans les salles destinées aux actes d'anesthésie** ».

Rappel : inclure en D15 l'activité des salles de coronarographies (coronarographie ou angioplastie) qui a nécessité l'intervention de médecins - anesthésistes ou infirmiers aide-anesthésistes.

Cette activité est donc déclarée deux fois (dans les lignes 11 et 15) mais il s'agit de deux tableaux différents.

- **Consultations pré-anesthésiques (décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994) .**

Il s'agit des consultations organisées plusieurs jours avant l'intervention dans le cadre d'interventions programmées, et non des visites pré-anesthésiques effectuées par un médecin anesthésiste réanimateur dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention.

Ces consultations doivent être recensées même dans les cliniques privées faisant appel à des anesthésistes libéraux. Il s'agit en effet d'un indicateur permettant de s'assurer du respect du décret sus-cité, exigible dans le rapport d'évaluation des autorisations de lits de chirurgie et conditionnant leur renouvellement. **Par contre, elles ne seront pas reportées dans le Q02A** (puisque'il s'agit d'une activité réalisée à titre libéral et ne donnant pas lieu à facturation par la clinique).

- **Prélèvements d'organe**

Il s'agit de compter les donneurs en état de mort encéphalique prélevés d'au moins, l'un des organes suivants : rein, foie, poumons, cœur, intestin grêle et pancréas. Les prélèvements d'os (c'est à dire d'un tissu) ne sont pas à compter.

ACTIVITÉ RÉALISÉE SANS ANESTHÉSIE

Nombre d'interventions dans les salles destinées aux actes sous anesthésie (G13 et I13)

Pour simplifier le remplissage des données d'activité des salles destinées aux actes sous anesthésie (première ligne), seul le nombre d'interventions sous anesthésie (case D 13) est demandé à compter de 2002.

Q03B - Plateau technique de l'établissement (fonctions médico-techniques)

Fonctions médico-techniques : biologie médicale et anatomopathologie

		Nombre de B ⁽¹⁾ produits par et pour l'établissement		Nombre de B (1) produits par l'établissement pour d'autres établissements et pour la ville	Nombre de B (1) produits par d'autres établissements pour l'établissement (sous-traitance)
		lors de consultations externes	sur malades hospitalisés ⁽²⁾		
		A	B		
Biochimie (dont l'immunoanalyse)	7				
Microbiologie (dont parasitologie, virologie, bactériologie et sérologies infectieuses et mycologie)	8				
Hématologie (immunohématologie, immunologie cellulaire et hémostase)	9				
Laboratoires spécialisés autres (dont génétique, toxicologie,...)	10				
Laboratoires polyvalents	11				

(1) Le recueil ne porte pas sur les BHN

(2) en hospitalisation complète ou alternative ou passage aux urgences

Les cotations doivent être conformes à la NABM pour l'ensemble du tableau

Ne pas coder les analyses de l'environnement (eau, air et surfaces)

		Nombre d'actes (codes CCAM d'anatomopathologie) ⁽¹⁾ produits par et pour l'établissement		Nombre d'actes (codes CCAM d'anatomopathologie) ⁽¹⁾ produits par l'établissement pour d'autres établissements et pour la ville	Nombre d'actes (codes CCAM d'anatomopathologie) ⁽¹⁾ produits par d'autres établissements pour l'établissement (sous-traitance)
		lors de consultations externes	sur malades hospitalisés ⁽²⁾		
		A	B		
Anatomo-pathologie	5				

(1) Le recueil ne porte pas sur les PHN

(2) en hospitalisation complète ou alternative ou passage aux urgences

Le décompte change à partir de 2011, il s'agit de compter le nombre d'actes (CCAM) et non d'additionner les coefficients

Rééducation fonctionnelle (hors soins de suite et de réadaptation)

		Nombre d'interventions pour des patients en hospitalisation complète en soins de courte durée	Nombre de lettres-clés correspondantes (AMC ou AMK)*
		A	B
Masseurs kinésithérapeutes	6		

*Il s'agit d'additionner les coefficients

Q03B - Plateau technique de l'établissement (fonctions médico-techniques)

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

La biologie médicale et l'anatomopathologie font partie des prestations médico-techniques qui ne sont pas effectuées systématiquement en interne par les établissements de santé. Pour comparer les moyens consacrés à ces activités, il importe de distinguer ceux qui assurent des prestations spécialisées pour l'extérieur et qui peuvent fonctionner la nuit. Par ailleurs, la consommation d'actes biologiques est un élément utilisé dans l'analyse des pratiques. Les informations concernant la pharmacie sont rassemblées sur le bordereau Q03D.

NOUVEAUTÉS

A partir de 2011, suite à l'évolution des nomenclatures, la collecte SAE change concernant les actes d'anatomopathologie. Il s'agit à présent de compter le nombre d'actes (CCAM) et non d'additionner les coefficients.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Secteur public : à remplir par l'entité juridique mono-établissement et par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements)

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique

FONCTIONS MÉDICO-TECHNIQUES : BIOLOGIE MÉDICALE

Colonne A et B : préciser le nombre de B produits *par et pour* l'établissement

Colonne C et D : préciser le nombre de B *par ou pour d'autres* établissements

Colonne C : Les B réalisés dans le laboratoire hospitalier pour des patients qui ont eu une prescription par des médecins de ville (et non pas par des médecins de l'établissement) sont à inscrire dans la colonne des B produits « pour d'autres établissements et pour la ville ».

Les cotations doivent être conformes à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) pour l'ensemble du premier tableau (addition des coefficients).

A partir de 2011, la collecte SAE change pour les actes d'anatomopathologie. Il s'agit à présent de compter le nombre d'actes (CCAM) et non d'additionner les coefficients. Par contre le recueil ne change pas pour les actes de biologie et de kinésithérapie pour lesquels il s'agit toujours d'additionner les coefficients.

Le recueil ne porte pas sur les actes de biologie et d'anatomopathologie hors nomenclature, ni sur les analyses de l'environnement.

Ligne 11 : Les laboratoires de biologie ayant une activité polyvalente (biochimie, microbiologie et hématologie) inscrivent la totalité des B réalisés dans la ligne « laboratoires polyvalents » et ne doivent pas répartir les B produits selon leur nature. Si un établissement hors dotation globale est propriétaire d'un laboratoire de biologie avec plusieurs « mono-spécialités » et du personnel dédié pour chacune d'entre elles, il doit répartir les B selon les spécialités.

Seuls, les services « mono-spécialités » qui sont à la fois autonomes pour leur personnel médical et non médical et spécialisés dans une des disciplines répertoriées doivent inscrire les B qu'ils réalisent dans la ligne correspondant à leur spécialité.

Ligne 7 : Biochimie (immunoanalyse)

Ligne 8 : Microbiologie (parasitologie, virologie, bactériologie et sérologies infectieuses et mycologie)

Ligne 9 : Hématologie (immunohématologie, immunologie cellulaire et hémostase)

L'activité des autres services spécialisés, autonomes en personnel, dont la spécialité n'est pas indiquée est reportée dans la ligne 10 :

Ligne 10 : laboratoires spécialisés autres (génétique, toxicologie...)

A l'exemple de ce qui est demandé dans le bordereau Q03A pour l'imagerie, l'activité en B produite pour des patients pris en charge aux urgences est incluse dans la colonne des malades hospitalisés et non avec les consultations externes, ces unités d'accueil des urgences étant des unités hospitalières à part entière. Les B réalisés dans le laboratoire hospitalier pour des patients qui ont eu une prescription par des médecins de ville (et non pas par des médecins de l'établissement) sont à inscrire dans la colonne des B produits « pour d'autres établissements ».

RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE (HORS SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION)

Ligne 6A : Les activités en chirurgie orthopédique ou réanimation nécessitent le recours à la rééducation fonctionnelle dès l'hospitalisation complète en court séjour. L'intervention de masseurs kinésithérapeutes en court séjour est une prestation médico-technique conditionnant des autorisations d'activités de soins comme la réanimation, la neurochirurgie ou le traitement des grands brûlés. Cette donnée sera donc intégrée dans les rapports d'évaluation des autorisations de réanimation et de chirurgie.

NB : Les établissements pratiquant exclusivement les soins de suite et de réadaptation n'ont pas à remplir ce tableau.

Ligne 6B : Retenir un nombre de coefficients pour les actes en AMC (ou AMK) selon que le masseur kinésithérapeute est libéral ou salarié, pour les actes réalisés par les masseurs kinésithérapeutes.

Q03C - Plateau technique (personnel)

Personnels intervenant	Code SAE		Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	dont pers. MAD* (en ETP)	Libéraux exclusifs (effectif)	Libéraux non exclusifs (effectif)	Existence d'une garde 24h/24
			A	B	C	G	H	
Secteur imagerie								
Médecins d'imagerie	1000	1						oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Blocs et activité anesthésique								
Anesthésistes-réanimateurs	1030	2						oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Explorations fonctionnelles								
Médecins	1000	3						oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

* MAD : Mis à disposition

Secteur imagerie	Code SAE		Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	dont pers. MAD* (en ETP)	Non salariés (effectif)	Non salariés (ETP)	Existence d'une garde 24h/24
			A	B	C	G	H	
Pers. d'encadrement du médico-tech.	4130	5						oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Manipulateurs d'électroradiologie	4130	6						oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Autres pers. du service d'imagerie		7						oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Blocs et activité anesthésique								
Pers. d'encadrement	2100	8						oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Infirmiers anesthésistes	2310	9						oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Infirmiers de bloc opératoire	2320	10						oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Infirmiers non spécialisés	2200	11						oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Autres personnels des blocs et services anesthésiques		12						oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Explorations fonctionnelles								
	Code SAE		Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	dont pers. MAD* (en ETP)	Non salariés (effectif)	Non salariés (ETP)	Existence d'une garde 24h/24
			A	B	C	G	H	I
Infirmiers non spécialisés et autres personnels	n.s.	13						
Biologie et Médecine de laboratoire								
Personnels d'encadrement (tous laboratoires)	411A	14						
Laboratoires d'anatomo-pathologie								
Techniciens de laboratoires	411B	15						oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Autres personnels laboratoires et biologie		16						oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Laboratoires spécialisés (biochimie, microbiologie, immuno-hématologie)								
Techniciens de laboratoires	411B	17						oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Autres personnels laboratoires et biologie		18						
Autres spécialités et laboratoires indifférenciés								
Techniciens de laboratoires	411B	19						
Autres personnels laboratoires et biologie		20						oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Rééducation fonctionnelle								
Masseurs kinésithérapeutes	2130, 2410	21						
Autres personnels de rééducation		22						

Q03C - Plateau technique de l'établissement (Personnel)

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

Le personnel à recenser est celui qui concourt effectivement à produire les prestations décomptées, à condition qu'il soit rémunéré en décembre. En conséquence, ce qui va compter dans ce bordereau, c'est le temps travaillé (les personnels en congé de longue maladie, par exemple ne seront pas inclus dans ces bordereaux par activité).

Une cohérence existe entre le bordereau Q03C et les bordereaux Q03A et B : le personnel inscrit dans le Q03C contribue à l'activité répertoriée dans les volets précédents (hors le cas des équipements matériels lourds EML). Les médecins libéraux et leur personnel qui exercent dans les structures installées dans l'établissement (énumérées dans le bordereau ID) ne doivent pas figurer dans ce bordereau. En conséquence, dans le cas où le cabinet de radiologie installé dans une clinique privée est une structure indépendante, son activité (hors EML) ne sera pas inscrite dans le Q03A et le personnel ne devra pas apparaître dans le Q03C.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Secteur public : à remplir par l'entité juridique mono-établissement et par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements)

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique

PERSONNEL MÉDICAL INTERVENANT DANS LE PLATEAU TECHNIQUE

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux qui contribuent à cette activité et rémunérés au mois de décembre, y compris ceux ayant été recrutés seulement dans le courant du mois. Une personne temps plein recrutée le 15 décembre, compte pour 1 ETP. A l'inverse, une personne ayant travaillé jusqu'au 15 novembre mais n'étant plus rémunérée en décembre, ne sera pas incluse.

Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'unité et non au temps rémunéré. Dans le calcul des ETP, les praticiens hospitalo-universitaires sont comptés 0,5.

Lorsque le personnel est partagé entre 2 pôles d'activité, les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'unité interrogée. Dans le cas où tout ou partie du personnel de l'entité est rémunéré par un syndicat inter-hospitalier (SIH), ce personnel sera considéré comme rémunéré par l'entité dans laquelle il exerce son activité.

- **Médecins d'imagerie** : il s'agit des médecins rattachés au(x) secteur(s) d'imagerie de l'établissement (y compris les médecins de médecine nucléaire). Si un médecin se partage entre plusieurs établissements disposant d'une unité d'imagerie au sein de la même entité, ne compter que la fraction de temps consacrée à l'activité dans l'établissement concerné par le bordereau (l'autre établissement bénéficiant de son temps de travail devra le noter également dans son effectif et ses ETP).
- **Pour les médecins anesthésistes qui partagent leur temps entre une activité anesthésique proprement dite (au sens « anesthésiologie et réveil » ayant lieu dans des blocs et salles dédiés) et une activité autre (urgences, réanimation ou douleur par exemple), ou avec un autre établissement (temps médical partagé), ne compter dans la colonne « Equivalent temps plein » que la fraction de temps consacrée à l'activité anesthésique des blocs et salles décrite dans le bordereau pour l'établissement géographique concerné.**

Un médecin libéral est dit « exclusif » s'il n'intervient que dans un seul établissement (en l'occurrence l'établissement répondant) : cabinet libéral + établissement, ou établissement uniquement.

Un médecin libéral est dit non « exclusif » lorsqu'il intervient dans un ou plusieurs autres structures de soins que l'établissement enquêté : établissements de soins privés, structure équipement lourd. Les cabinets de consultations des praticiens ne sont pas inclus dans la notion des autres structures.

- **Existence d'une garde sur place 24h sur 24**

L'existence d'une garde signifie qu'entre les périodes d'activité programmée, c'est à dire en dehors des heures d'ouverture, le personnel reste sur place de manière à assurer l'urgence. L'existence d'une garde sur place ne peut être notée oui, que si elle est assurée par des médecins seniors (médecins thésés, hors internes). **Si du personnel médical est inscrit dans une ligne, une non-réponse à cet item dans la ligne sera traitée comme une réponse négative (absence de garde).**

PERSONNEL NON MÉDICAL INTERVENANT DANS LE PLATEAU TECHNIQUE

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux qui contribuent à cette activité et rémunérés au mois de décembre, y compris ceux ayant été recrutés seulement dans le courant du mois. Une personne temps plein recrutée le 15 décembre, compte pour 1 ETP. A l'inverse, une personne ayant travaillé jusqu'au 15 novembre mais n'étant plus rémunérée en décembre, ne sera pas incluse.

Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'unité et non au temps rémunéré.

Lorsque le personnel est partagé entre 2 pôles d'activité, les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'unité interrogée. Dans le cas où tout ou partie du personnel de l'entité est rémunéré par un syndicat inter-hospitalier (SIH), ce personnel sera considéré comme rémunéré par l'entité dans laquelle il exerce son activité.

- **Les autres personnels du secteur d'imagerie** correspondent à l'ensemble des personnels hors les personnels d'encadrement et les manipulateurs d'électro-radiologie, quelle que soit leur qualification : techniciens, mais aussi secrétaires ou brancardiers. La même règle s'applique pour chacun des secteurs.
- **Personnel mis à disposition**

Cette rubrique permet aux établissements privés hors dotation globale d'inscrire ici le personnel (en ETP) amené éventuellement par le chirurgien libéral intervenant dans la clinique (aides opératoires).

Elle permet également aux établissements publics et PSPH dans lesquels sont installés des équipements (ou des salles) partagés dans le cadre de conventions, dont le personnel non médical assure la totalité de l'activité (y compris les plages où interviennent les équipes médicales extérieures), d'inscrire ici les ETP que l'établissement met ainsi à disposition d'autres structures.

- **Infirmiers anesthésistes, infirmiers de bloc opératoire**

Seuls sont comptés ici les infirmiers ayant acquis le diplôme spécialisé correspondant. Les infirmiers occupant les fonctions sans avoir le diplôme qualifiant sont à inscrire avec les infirmiers non spécialisés.

- **Personnel de rééducation**

Conformément à la logique des bordereaux sur le plateau technique et les activités de soins autorisés (Q03A à Q18), le personnel demandé est celui qui réalise l'activité décrite dans le Q03B. Autrement dit, si un établissement n'a pas de lits de court séjour et de ce fait aucune activité à décrire dans le Q03B (cases A6 et B6), il ne doit pas y avoir de cases remplies dans le Q03C au niveau des lignes 21 et 22. Le personnel de rééducation des services de soins de suite et de réadaptation sera décrit dans les bordereaux Q23, Q24 et Q18B1.

Dans le cas où un établissement a du personnel de rééducation partageant son activité entre le court séjour et les services de soins de suite et de réadaptation, il doit faire une estimation des effectifs (au minimum 1) et ETP correspondant à l'activité de court séjour dans le Q03C (en aucun cas, il ne peut affecter tous les personnels sur le plateau technique).

Q03D - Pharmacie et stérilisation

ORGANISATION AVEC L'EXTERIEUR

La PUI fonctionne-t-elle dans le cadre d'un groupement (hors groupement d'achat) ?

A24 oui non

Si oui, s'agit-il de :

A25 Groupement de Coopération Sanitaire
 Communauté Hospitalière de Territoire
 Autre

La PUI sous traite-t-elle des activités (donneur d'ordre) ou au contraire les réalise-t-elle pour d'autres (sous-traitant) ?

	Contrôle	Préparations	Achats	Stérilisation	Autres activités pharma.
	A	B	C	D	E
Donneur d'ordre d'activités	26 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Sous-traitant d'activités	27 <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

DELIVRANCE hors rétrocession

La PUI dispose-t-elle d'un automate de délivrance nominative ?

A28 oui non

L'établissement bénéficie-t-il d'une informatisation de la prescription jusqu'à l'administration ?

A29 oui non

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

A30 _____

Nombre de lits bénéficiant d'une délivrance nominative :

A31 _____

Nombre de lignes de délivrance nominative de produits de santé (dispositifs médicaux et médicaments y compris médicaments sous ATU et médicaments en essais cliniques)

dont : 1) nombre de lignes de produits avec analyse de l'ordonnance

2) nombre de lignes de produits sans analyse de l'ordonnance

3) nombre de lignes de produits (médicaments et Dispositif Médical) avec traçabilité

A32 _____

A33 _____

A34 _____

A4 _____

Nombre d'ordonnances complètes analysées et validées par un pharmacien

A5 _____

A défaut : Nombre de lignes d'ordonnance complètes analysées et validées par un pharmacien

A35 _____

PHARMACOTECHNIE

Existe-t-il une ou plusieurs unités centralisées de :

* préparation des médicaments anticancéreux sous responsabilité pharmaceutique ?

* préparation de nutrition parentérale sous responsabilité pharmaceutique ?

* pour d'autres préparations injectables sous responsabilité pharmaceutique ?

A9 oui non

A10 oui non

A11 oui non

Nombre d'unités de préparations stériles magistrales ou hospitalières

dont nombre d'unités de préparations stériles magistrales ou hospitalières de chimiothérapies anticancéreuses

dont nombre d'unités de préparations de médicaments anticancéreux réalisées en unités centralisées sous responsabilité pharmaceutique

dont nombre de préparations de médicaments anticancéreux destinées à d'autres établissements (la PUI est sous-traitante)

A6 _____

A36 _____

A12 _____

A14 _____

Nombre d'unités de préparations magistrales ou hospitalières non stériles

A7 _____

Nombre de doses conditionnées et surconditionnées, de façon unitaire

A8 _____

Nombre de contrôles des matières premières, produits de santé, produits finis et gaz médicaux

A37 _____

Nombre de conditionnement (sous plis et containers) comportant des plateaux opératoires lavés, recomposés, conditionnés stérilisés pour les plateaux techniques (blocs et apparentés)

A17 _____

Nombre de sets ou unitaires lavés, recomposés, conditionnés et stérilisés pour les plateaux techniques (blocs et apparentés)

A38 _____

Nombre de sets ou unitaires lavés, recomposés, conditionnés et stérilisés pour les unités de soins

A39 _____

Nombre d'unités de conditionnement textile conditionnés et stérilisés

A19 _____

LOGISTIQUE DES PRODUITS DE SANTE

Nombre de lignes de produits de santé délivrés de façon globale

A1 _____

Nombre de lignes de commande de produits de santé (tracés et non tracés) aux fournisseurs

A40 _____

Nombre d'offres analysées et classées

A41 _____

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

A42 oui non

La PUI bénéficie-t-elle d'une informatisation du processus de stérilisation ?

A43 oui non

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

A44 oui non

La PUI assure-t-elle le transport de l'ensemble des produits relevant de la PUI (produits stérilisés, dispositifs médicaux et médicaments,...)

A50 oui
 non
 partiellement

PERSONNEL (disciplines d'équipement : 763, 824 (261N) et 023 (261P))

	Code	Effectif rémunéré	ETP	dont pers. MAD* (en ETP)	Existence d'une garde 24h/24
		A	B	C	I
Pharmaciens (internes exclus)	3050	21			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
dont pharmaciens dédiés à l'activité de stérilisation	-	46			-
dont pharmaciens dédiés aux préparations de chimiothérapie anticancéreuse	-	47			-
Cadres de santé et cadres admin.	2120, 2130	48			
Préparateurs en pharmacie, IDE et IBOD	4120, 2210, 2320	22			-
Autres personnel technique et médico technique et de soins (hors préparateurs)	-	23			-
Autres personnel administratif	-	49			

* MAD : Mis à disposition

Q03D – Pharmacie et stérilisation

NOUVEAUTÉS

L'aide au remplissage a été enrichie.

Une question a été ajoutée sur le transport partiel par la PUI.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

Ce volet du questionnaire ne prétend pas rendre compte de l'intégralité des éléments et de l'activité de la pharmacie et de la stérilisation.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Seuls les établissements disposant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) sont invités à remplir ce bordereau..

Secteur public : à remplir par l'entité juridique mono-établissement et par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements)

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique

HISTORIQUE

Afin de prendre en compte les questions posées par les établissements sur le bordereau pharmacie, l'administration a sollicité la Société française de pharmacie clinique (SFPC) et l'association française de stérilisation pour qu'elles formulent des propositions (animation de 2 groupes de travail parallèles) pour adapter une seconde fois ce bordereau. Ces propositions ont été discutées au sein d'un groupe d'experts réunis par l'administration. Ce bordereau prend ainsi en compte l'évolution de l'activité de la pharmacie. Cette version est utilisée depuis la SAE 2010.

Pour la seconde année de collecte de ce nouveau bordereau, l'aide au remplissage précise l'indicateur SFPC concerné lorsque le questionnement de la SAE lui est identique.

Le bordereau Q03D regroupe les questions ayant trait à la pharmacie et à la stérilisation. Les disciplines d'équipement concernées sont : 763, 824 (261N) et 023 (261P).

ORGANISATION AVEC L'EXTÉRIEUR

- **Lignes 26 et 27** :. concernent toutes les PUI, et pas seulement celles qui sont dans le cadre d'un groupement. Les questions A24-A25 sont distinctes des questions A26 et A27. Une PUI peut avoir une activité de sous traitance sans appartenir à un groupement. Le donneur d'ordre est celui qui paye un prestataire ou une autre structure pour faire le travail. Inversement le sous-traitant est celui qui réalise le travail pour un autre établissement ou structure.

DÉLIVRANCE HORS RÉTROCESSION

- **A30 : Nombre de lits bénéficiant d'une analyse pharmaceutique des ordonnances** : Cette question porte sur l'organisation et non sur l'acte de dispensation. Le nombre de lits à renseigner est celui du 31 décembre, sauf événement exceptionnel (travaux par ex).
- **A31 : Nombre de lits bénéficiant d'une délivrance nominative** : Cette question porte sur l'organisation et non sur l'acte de dispensation qui doit inclure l'analyse des ordonnances. Le nombre de lits à renseigner est celui du 31 décembre, sauf événement exceptionnel (travaux par ex).
- **A32 : Nombre de lignes de délivrance nominative de produits de santé (dispositifs médicaux et médicaments y compris médicaments sous ATU et médicaments en essais cliniques)**. Tous les mouvements de stock (sortie ou retour) pour un produit de santé concernant un patient identifié, y compris stupéfiants. Exclut : les mouvements de stocks de produits de santé ne concernant pas un patient identifié. Il s'agit de compter le nombre d'unités délivrées. Il n'y a pas de dispensation nominative dans le cas d'une prescription nominative suivi

d'une dispensation relocalisée. Par exemple, ce cas existe quand on envoie dans les services des médicaments qui quittent la pharmacie dans une commande globalisée : la quantité est préparée en pharmacie selon les prescriptions : puis, dans le service, la préparatrice les répartit dans les piluliers. $A32 = A33 + A34$

- **A33 : le nombre de lignes de produits avec analyse de l'ordonnance** : Une ligne de produit est générée à chaque acte de délivrance du produit, (le nb d'unité de produit délivré en un acte de délivrance peut être variable). De plus, pour les produits tracés il s'agit d'une ligne de produit du même lot, en conséquence un acte de délivrance nominative peut entraîner plusieurs lignes de délivrance dans ce cas. Il s'agit de dénombrer le nombre de lignes de délivrance avec analyse pharmaceutique. L'analyse de l'ordonnance à minima consiste à vérifier de la conformité réglementaire et pharmacothérapeutique de la prescription au niveau du prescripteur, patient, produits de santé incluant à minima le contrôle de posologie, des interactions, des rythmes d'administration, conseil pharmaceutique.
- **A4 : le nombre de lignes de produits (médicaments et DM) avec traçabilité**. Tous les mouvements de stocks (sortie et retour) avec traçabilité pour un produit de santé (y compris les médicaments dérivés du sang et les dispositifs médicaux) concernant un patient identifié. La traçabilité patient consiste à relier un produit de santé avec un numéro de lot à un patient identifié et inversement. Exclut : les mouvements de stocks de produits de santé ne concernant pas un patient identifié, c'est à dire la traçabilité industrielle. A4 est compris dans les questions précédentes (A33 et A34).
- **A5 : Nombre d'ordonnances complètes analysées et validées par un pharmacien**. L'analyse de l'ordonnance complète consiste à vérifier la bonne adéquation entre le traitement et la ou les pathologie(s) du patient, en tenant compte de son état physiopathologique, des résultats des examens biologiques, des interactions médicamenteuses et contre indications éventuelles. Il faut compter à chaque fois que le pharmacien valide un élément de prescription nouveau avec une revalidation complète de l'ordonnance (par ex : dans le cas où plusieurs prescriptions informatiques relatives à un même patient peuvent être validées ensemble).

PHARMACOTECHNIE

- **A9 : Existe t-il une ou plusieurs unités centralisées de préparation des médicaments anticancéreux sous responsabilité pharmaceutique?** L'unité est définie comme toute structure implantée dans un lieu dépendant d'une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé affectée à la réalisation des préparations d'anticancéreux dans le respect des bonnes pratiques prévues à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique.
- **A10 : Existe t-il une unité centralisée de préparation de nutrition parentérale sous responsabilité pharmaceutique ?** L'unité est définie comme toute structure implantée dans un lieu dépendant d'une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé affectée à la réalisation des préparations de nutrition entérale dans le respect des bonnes pratiques prévues à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique.
- **A11 : Existe t-il une unité centralisée pour d'autres préparations injectables sous responsabilité pharmaceutique ?** L'unité est définie comme toute structure implantée dans un lieu dépendant d'une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé affectée à la réalisation des préparations dans le respect des bonnes pratiques prévues à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique.
- **A6 : Nombre d'unités de préparations stériles magistrales ou hospitalières**. Toutes les préparations stériles magistrales ou hospitalières, comptabilisées en nombre d'unités préparées. Une préparation peut inclure jusqu'à 5 composants au maximum, c'est-à-dire que chaque tranche de 5 composants compte pour 1 préparation. Le caractère stérile des préparations est à apprécier selon la présentation. Ainsi, des préparations liquides orales non présentées comme stériles mais effectivement stériles ne sont pas à dénombrer ici.
- **A12 : Nombre d'unités de préparations de médicaments anticancéreux réalisées en unités centralisées sous responsabilité pharmaceutique**. Il s'agit du nombre de préparations comptées en unités réalisées dans une unité conforme à la définition donnée ci-dessus.
- **A7 : Nombre d'unités de préparations magistrales ou hospitalières non stériles**. Toutes les préparations non stériles magistrales ou hospitalières, comptabilisées en nombre de préparations.
- **A8 : Nombre de doses conditionnées et surconditionnées, de façon unitaire**. Tous les médicaments reconditionnés, comptabilisés en nombre d'unités, conditionnements unitaires, Cette tâche inclut l'étiquetage des unités conditionnées.
- **A37 : Nombre de contrôles des matières premières, produits de santé, produits finis et gaz médicaux**. Tous les contrôles effectués sur un produit de santé avec au maximum 5 éléments contrôlés, c'est-à-dire que chaque

tranche de 5 éléments contrôlés compte pour 1 contrôle. Il s'agit uniquement de dénombrer les contrôles de libération avec méthode d'analyse.

- **A17 : Nombre de conditionnement (sous plis et containers) comportant des plateaux opératoires lavés, recomposés, conditionnés stérilisés pour les plateaux techniques (blocs et apparentés).** Sont ciblés les plateaux comportant de l'instrumentation de blocs opératoires (paniers, plateaux thermoformés...) conditionnés en plis ou containers.
- **A38 : Nombre de sets ou unitaires lavés, recomposés, conditionnés et stérilisés pour les plateaux techniques (blocs et apparentés).** Sont ciblés les unitaires et composition d'instruments de blocs opératoires comportant peu d'éléments (satellites).
- **A39 : Nombre de sets ou unitaires lavés, recomposés, conditionnés et stérilisés pour les unités de soins.** Sont ciblés les unitaires et compositions d'instruments réalisés pour les unités de soins.
- **A19 : Nombre d'unités de conditionnement textile conditionnés et stérilisés.** Sont ciblés les unitaires et compositions à base de textile et apparentés (linge pour lits patients, objets de pansements sans instrumentation, le non tissé et les compresses, drapage, casaque qui sont conditionnées et stérilisées à l'hôpital [ne pas compter les dispositifs qui seraient achetés stériles et distribués par la stérilisation]...).

LOGISTIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ

- **A1 : Nombre de lignes de produits de santé délivrés de façon globale.** Tous les mouvements de sortie de stock (médicaments et dispositifs médicaux) vers une unité de soins ou un autre client, ainsi que tous les retours de service. Il s'agit de compter le nombre d'unités dispensées.
- **A41 : Nombre d'offres analysées et classées.** Il s'agit du nombre d'offres adressés par les fournisseurs et reçues des laboratoires soumissionnaires et saisies manuellement ou à l'aide d'un logiciel de traitement des marchés en vue de leur analyse. Il peut s'agir d'offres suite à une mise en concurrence ou non. Il faut comptabiliser les offres totales sur les différents lots car il peut y avoir plusieurs offres par lot. Par exemple, pour un fournisseur qui fait une offre pour 40 lots différents dans une consultation portant sur 90 lots de dispositifs médicaux, cela fait 40 offres à saisir et à analyser donc 40. La question n'inclut pas les marchés effectués par un groupement d'achat si le groupement est placé sous une entité juridique différente.
- **A50 : Transport partiel assuré par la PUI:** Cette question a été ajoutée pour répondre à la réalité du terrain, certains PUI n'assurant pas le transport de l'ensemble des produits (ex : produits stérilisés et pas les médicaments)..

PERSONNEL (A21 À C49)

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux qui contribuent à cette activité et rémunérés au mois de décembre, y compris ceux ayant été recrutés seulement dans le courant du mois. Une personne temps plein recrutée le 15 décembre, compte pour 1 ETP. A l'inverse, une personne ayant travaillé jusqu'au 15 novembre mais n'étant plus rémunérée en décembre, ne sera pas incluse.

Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'unité et non au temps rémunéré. Dans le calcul des ETP, les praticiens hospitalo-universitaires sont comptés 0,5.

Lorsque le personnel est partagé entre 2 pôles d'activité, les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'unité interrogée. Dans le cas où tout ou partie du personnel de l'entité est rémunéré par un syndicat inter-hospitalier (SIH), ce personnel sera considéré comme rémunéré par l'entité dans laquelle il exerce son activité.

Le personnel mis à disposition est celui qui contribue à l'activité de l'entité interrogée, mais en étant rémunéré par une autre.

L'activité de recherche pharmaceutique n'est pas à comptabiliser dans ce bordereau ainsi le personnel dédié à la recherche pharmaceutique n'est pas à comptabiliser ici. Seul le personnel de pharmacie hospitalière doit être renseigné.

Cases A46, B46, C46 : pharmaciens dédiés à l'activité stérilisation : il s'agit de la seule discipline d'équipement 023 (261P) contrairement aux autres lignes de ce tableau sur le personnel.

Q04 - Interruptions médicales et volontaires de grossesse

Activité			Nombre		
IVG pratiquées avant 12 semaines de grossesse soit 14 semaines d'aménorrhée (14SA)	IVG instrumentales correspondant à une hospitalisation inférieure à 12 heures (forfait 1)	A1		Délai moyen de prise en charge (en octobre)	
	IVG instrumentales correspondant à une hospitalisation supérieure à 12 heures (forfait 2)	A2			
	Dont : nombre de suppléments pour hospitalisations supérieures à 24 heures (forfait 3)	A3			
	IVG par mode médicamenteux	A4			
Nombre total d'IVG (calculé)		A6			B6
Dont : nombre d'IVG avec recours à l'anesthésie		A7			
nombre d'IVG pratiquées les onzième (13SA) et douzième semaines de grossesse (14SA)		A16			
Nombre de demandes d'IVG non prises en charge		A17			
Nombre d'IVG réalisées par les médecins de ville conventionnés avec l'établissement		A18			
Interruptions médicales de grossesse		A5			

Personnels intervenant pour les IVG	Code SAE		salariés (effectif)	salariés (ETP)	libéraux exclusifs (effectif)	libéraux non exclusifs (effectif)
			A	B	E	F
Médecins (hors anesthésistes)	sauf 1030	8				
Anesthésistes réanimateurs	1030	9				

	Code SAE		salariés (effectif)	salariés (ETP)	non salariés (effectif)	non salariés (ETP)
Sages-femmes	2800	10				
Infirmiers et personnels d'encadrement infirmiers	2120, 2200, 2300	11				
Aides soignants	2500	12				
Psychologues	2710	13				
Autres personnels		14				
Assistants de service social	3120	15				

Q04 - Interruptions médicales et volontaires de grossesse

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

Ce bordereau porte sur la réalité de l'activité effectuée et recense toutes les interruptions volontaires de grossesse (IVG) et les interruptions médicales de grossesse ((IMG) quel que soit leur mode de facturation.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Secteur public : à remplir par l'entité juridique mono-établissement et par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements)

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique

Ce bordereau sera donc rempli pour le secteur militaire, le secteur pénitentiaire, les hôpitaux pénitentiaires, la clinique ouverte et le secteur privé des praticiens publics.

ACTIVITÉ

Le nombre total d'IVG moins les forfaits d'hospitalisation de plus de 24 heures (forfaits 3) est à reporter dans le bordereau Q02A case C8 venues en hospitalisation de jour de gynécologie-obstétrique.

Les places réservées aux IVG sont recensées en hospitalisation de jour dans le groupe de disciplines « gynécologie-obstétrique » bordereau Q01 case C7.

IVG pratiquées avant la fin de la DOUZIEME semaine de grossesse (14SA)

A3 : le nombre de forfaits 3 doit être inférieur ou égal au nombre de forfaits 2 case A2.

A6 : Nombre total IVG. Il est égal à la somme des forfaits 1, des forfaits 2 et des IVG par mode médicamenteux case A4.

A7 : Nombre d'IVG sous anesthésie.

L'intervention de personnel spécialisé en anesthésie définit l'activité sous anesthésie. Les IVG sous anesthésie locale ne sont pas à compter. Les IVG réalisées sous péridurales et rachianesthésies qui réclament la présence de personnel spécialisé en anesthésie sont « sous anesthésie ».

A la demande de la mission d'appui chargée de suivre l'application de la loi concernant l'IVG, quatre variables sont demandées :

A16 : Nombre d'IVG pratiquées entre les onzième (13 SA) et douzième semaines de grossesse (14 SA)

Incluses dans les modalités de réalisation case A1 à A4, il s'agit d'isoler les IVG tardives pour mesurer spécifiquement l'impact de cet allongement du délai légal. Si l'information n'est disponible qu'à partir d'octobre, faire une estimation puis inscrire en commentaire qu'il s'agit d'un chiffre estimé à partir de l'activité constatée sur 3 (ou x) mois.

(Exemple : calculer le pourcentage des IVG entre les 11ème et 12ème semaines de grossesse (13-14 SA) sur les mois disponibles¹ puis appliquer ce pourcentage au nombre total d'IVG).

A17 : Nombre de demandes d'IVG non prises en charge

Il s'agit de compter les demandes reçues durant le mois d'octobre et non prises en charge.

Seront comptées, les demandes réorientées vers d'autres structures ou les personnes ayant déclaré vouloir s'adresser ailleurs.

A18 : Nombre d'IVG réalisées par les médecins de ville conventionnés avec l'établissement

Les médecins de ville sont tenus d'informer l'établissement avec lequel ils sont conventionnés du nombre d'IVG réalisées .

¹ somme des IVG entre les 11è et 12è semaines de grossesse (13-14 SA) pratiquées d'octobre à fin décembre / total des IVG pratiquées sur la même période

B6 : Délai moyen de prise en charge en jours

Pour chaque patiente ayant fait une demande en octobre **et non réorientée sur une autre structure**, on calcule le nombre de jours écoulés entre la date de la demande (première date d'appel de l'établissement) et la date de réalisation de l'IVG, même si l'IVG elle-même est réalisée en novembre.

A5 : Interruptions médicales de grossesse (IMG). Interruptions de grossesses pour motif médical (Article L. 22213-1 et 2213-2 du Code de la santé publique).

Les IMG incluent toutes les interruptions pour raison médicale quel qu'en soit le terme. Si le motif thérapeutique ne peut être distingué, compter l'interruption volontaire de grossesse avec celles pratiquées avant la fin de la douzième semaine case A1 à A4.

PERSONNEL INTERVENANT POUR LES IVG

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux qui contribuent à cette activité et rémunérés au mois de décembre, y compris ceux ayant été recrutés seulement dans le courant du mois.

Une personne temps plein recrutée le 15 décembre, compte pour 1 ETP. Une personne ayant travaillé jusqu'au 15 novembre mais n'étant plus rémunérée en décembre, ne sera pas incluse.

Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'unité et non au temps rémunéré. Dans le calcul des ETP, les praticiens hospitalo-universitaires sont comptés 0,5.

Colonne B : Salariés équivalent temps plein (ETP)

Quand le personnel est commun à l'unité de gynécologie obstétrique, donner une estimation du temps consacré à l'IVG par catégorie de personnel. Lorsque l'établissement ne pratique pas d'IVG et de façon occasionnelle des IMG, ne pas remplir les données sur le personnel.

Ligne 14 : Autres personnels

Compter tous les autres personnels non médicaux participant à l'activité du service, y compris, s'il y a lieu, le personnel administratif.

ACTIVITES DE SOINS SOUMISES A AUTORISATION

Principes généraux de remplissage des bordereaux Q08 à Q18	83
Q08 - Médecine	86
Q09 – Psychiatrie.....	90
Q10 - Traitement des grands brûlés.....	99
Q11 - Chirurgie cardiaque et activités interventionnelles en cardiologie.....	103
Q 12 - Neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle	107
Q13 - Médecine d'urgence	113
Q14A et B - Réanimation, soins intensifs spécialisés et surveillance continue.....	119
Q15A - Traitement des affections cancéreuses par rayonnements ionisants de haute énergie.....	123
Q15B - Traitement des affections cancéreuses hors radiothérapie	127
Q16 – Obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	131
Q17 - Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale.....	135
Q18 - Q18B1 – Soins de suite et réadaptation	141

Principes généraux de remplissage des bordereaux Q08 à Q18

Sont concernés par ces volets les établissements titulaires d'une autorisation pour l'activité correspondante.

Les renseignements de ces volets du questionnaire s'excluent les uns des autres. En particulier, l'activité de réanimation pour les grands brûlés, l'activité de réanimation de chirurgie cardiaque ou de réanimation néonatale qui figurent dans les bordereaux Q10, Q11 et Q16 ne doivent pas être comptées dans les bordereaux Q14A ou B. De même, l'activité et le personnel du Q15A et ceux du Q15B ne doivent pas se recouvrir (sauf pour la file active).

Dans toutes les activités de soins soumises à autorisation, l'activité de l'unité est considérée isolément et se mesure donc en termes d'admissions sans distinction de leur provenance (mutation, transfert ou entrée directe). Tout patient admis compte pour un. Il s'agit, en effet, d'apprécier spécifiquement la charge de travail de l'unité et les moyens mis en œuvre.

- **Personnel médical**

Dans tous les bordereaux Q10-Q18 sauf les Q08, Q09, Q13, Q17 et Q18B1, les médecins salariés participant aux activités décrites ne comptent dans les effectifs que s'ils leur consacrent au moins 80 % de leur temps de travail hospitalier. Par contre, le temps que tous les médecins intervenant y consacrent sera inclus dans la colonne des équivalents temps plein (ETP) quel qu'en soit la durée. Par conséquent, le total des ETP peut être supérieur aux effectifs.

Cette règle se justifie pour concilier le besoin de recenser les médecins dédiés à chacune des activités soumises à autorisation décrites, avec l'organisation fréquente « en pool » des anesthésistes réanimateurs ou encore la polyvalence fréquente d'activité des différents spécialistes impliqués.

Dans le cas de la médecine d'urgence (Q13) ainsi que dans le Q17 et Q18B1 au contraire, tous les médecins intervenant seront comptés dans les effectifs, y compris les attachés à temps partiel ou les médecins mis à disposition par une autre structure (cas des psychiatres aux urgences) et non rémunérés par l'établissement. Cette règle s'applique également aux nouveaux bordereaux Q08 et Q09.

Dans le calcul des ETP, les praticiens hospitalo-universitaires sont comptés 0,5.

Les internes ne sont pas comptés dans les bordereaux d'activité de soins mais uniquement dans le bordereau Q22.

- **Personnel non médical**

Pour le personnel non médical, dans les bordereaux par activité (Q10 à Q18) où l'on s'intéresse à rapprocher les moyens en personnel de l'activité décrite finement, le personnel à compter est celui qui, au mois de décembre, concourt effectivement à produire les prestations comptées, y compris ceux ayant été recrutés seulement dans le courant du mois. Une personne temps plein recrutée le 15 décembre, compte pour 1 ETP. A l'inverse, une personne ayant travaillé jusqu'au 15 novembre mais n'étant plus présente en décembre, ne sera pas incluse.

En conséquence, ce qui importe, c'est le temps travaillé ; par exemple ETP = 0,50 pour une personne en cessation progressive d'activité (CPA) rémunérée à 80 % ou ETP = 0,80 pour une personne à temps partiel rémunéré à 86 %. En revanche, dans les bordereaux récapitulatifs (Q20, Q21, Q23, Q24), on s'intéresse à la totalité du personnel rémunéré (en décembre).

Pour le Q13, dans le cas où du personnel intervient pour réaliser l'activité sans être rémunéré par l'établissement (comme c'est le cas du personnel de psychiatrie mis à disposition des unités d'accueil et de traitement des urgences), il sera compté dans les effectifs et les ETP.

NB : ces principes restent valables pour les bordereaux Q03C et Q04.

Q08 - Médecine (page 1/2)

A - GERIATRIE

1 - Existe t-il un service ou une unité de court séjour gériatrique dans l'établissement ?

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

Nombre de lits	A2	
Nombre d'entrées	A49	

Personnels intervenant	Code SAE		Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	Libéraux exclusifs (effectif)	Libéraux non exclusifs (effectif)
			A	B	E	F
Personnel médical	1000	3				
dont gériatres		4				
Infirmiers	2210	5				
Aides-soignants	2510	6				
Ergothérapeutes	2460	7				
Masseurs kinésithérapeutes	2410	8				
Psychomotriciens	2470	9				
Assistants de service social	3120	10				

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

A11	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
------------	---

Personnels intervenant	Code SAE		Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	Libéraux exclusifs (effectif)	Libéraux non exclusifs (effectif)
			A	B	E	F
Personnel médical	1000	12				
Personnel non médical		13				

3 - Existe t-il un pôle d'évaluation gériatrique ?

A14	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
------------	---

Le pavé sur les consultations mémoire se trouve dorénavant dans le bordereau PN

Q08 - Médecine (page 2/2)

B - PEDIATRIE

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

A24 oui non

Nombre de lits	A25	
Nombre d'entrées	A26	

Personnels intervenant	Code SAE		Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	Libéraux exclusifs (effectif)	Libéraux non exclusifs (effectif)
			A	B	E	F
Personnel médical	1000	27				
dont pédiatres	1140	28				
Infirmiers non spécialisés	2210	29				
Puéricultrices	2340	30				
Auxiliaires de puériculture	2530	31				
Masseurs kinésithérapeutes	2410	32				
Psychologues	2710	33				
Educateurs de jeunes enfants		34				

Existe-t-il un accueil pédiatrique spécifique aux urgences ?

A35 oui non

C - ONCOLOGIE

Existe-t-il un Comité de patients dans l'établissement ? :

A36 oui non

D - ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX (AVC)

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

A39 oui non

Nombre de lits de l'unité neuro-vasculaire	A41	
Nombre total d'entrées dans l'unité : soins intensifs en UNV + UNV hors soins intensifs	A42	
dont nombre d'entrées en soins intensifs en UNV	A50	
Existe-t-il une permanence médicale 24 h/24 pour la surveillance des AVC ?	A43	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Si non existe-t-il une astreinte médicale ?	A44	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Personnels intervenant dans l'UNV	Code SAE		Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	Libéraux exclusifs (effectif)	Libéraux non exclusifs (effectif)
			A	B	E	F
Personnel médical	1000	45				
dont neurologues	1120	46				
dont neurologues à compétence neuro-vasculaire		51				
Personnel non médical		47				

Si l'établissement n'a pas d'UNV, fait-il partie de la filière régionale de prise en charge des AVC ?

A48 oui non

Q08 – Médecine

NOUVEAUTÉS

L'interrogation est précisée pour les unités neurovasculaires (UNV) avec l'ajout d'une question et du mode de calcul.

Une seule question relative à l'oncologie a été conservée.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Sont concernés tous les établissements de santé publics et privés, titulaires d'une autorisation d'activité de soins en médecine.

Secteur public : à remplir par l'entité juridique mono-établissement et également par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements)

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique

ACTIVITÉ

A - Gériatrie

A1. Service ou unité de court séjour gériatrique dans l'établissement

A11. Equipe mobile gériatrique (EMG) dans l'établissement

Les EMG sont chargées de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragile. L'équipe mobile est constituée au minimum : d'un gériatre, d'un IDE, d'un assistant social et d'un secrétariat accessible à tout moment.

A14. Pôle d'évaluation gériatrique dans l'établissement

Il s'agit d'un pôle inséré en milieu hospitalier capable d'effectuer un bilan clinique complet de la personne âgée (consultations mémoires, nutrition, douleur,...). Ce pôle fonctionne sous forme de consultation avec accès à l'hospitalisation de jour.

B – PÉDIATRIE

A24. Service ou unité de court séjour pédiatrique dans l'établissement.

Ligne 27 à ligne 34. Personnel affecté au service ou à l'unité de court séjour pédiatrique dans l'établissement.

Personnel médical affecté et travaillant dans le service : ne pas compter les personnels rattachés à la structure mais travaillant dans une autre unité.

C - ONCOLOGIE

A36. Comité de patients dans l'établissement

Les comités de patients ont vocation à soutenir les patients hospitalisés et à contribuer à l'amélioration de leur vie quotidienne. Ils sont constitués dans les établissements à l'initiative des responsables des structures de cancérologie (circulaire DHOS n°2004-516 du 28 octobre 2004).

D – ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX (AVC)

A 39. Unité neuro-vasculaire dans l'établissement

La circulaire n°2003-517 du 3/11/2003 a défini les conditions de fonctionnement de ces unités, en termes de plateau technique et de compétences médicales. Elles regroupent des lits de soins intensifs et d'hospitalisation complète et une équipe dédiée à la prise en charge des AVC. La neutralisation des allers-retours entre sous-unités étant couteuse pour les établissements, il est demandé de fournir le chiffre total (allers-retours inclus).

A50 : Il est demandé de noter les entrées dans la 'sous-unité' soins intensifs de l'UNV. Ce chiffre est inclus dans le nombre total précédent. Par déduction, il permettra de connaître le nombre d'entrées dans la 'sous-unité' non soins-intensifs de l'UNV (A39-Anouveau). Il constituera surtout un proxy du nombre d'entrées dans l'UNV sous réserve que la majorité des patients commence son séjour dans l'UNV par les soins intensifs. Lorsque l'établissement n'a pas de SI en UNV, la réponse à cette question sera 0 et le nombre d'entrées sera celui indiqué en A42.

La circulaire DHOS n°04/2007/108 du 22/03/ 2007 a complété ce texte et supprimé les unités neuro-vasculaires de référence, la question portant sur les UNVR a donc été supprimée.

PERSONNEL

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux qui contribuent à cette activité et rémunérés au mois de décembre, y compris ceux ayant été recrutés seulement dans le courant du mois. Une personne temps plein recrutée le 15 décembre, compte pour 1 ETP. A l'inverse, une personne ayant travaillé jusqu'au 15 novembre mais n'étant plus rémunérée en décembre, ne sera pas incluse.

Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'unité et non au temps rémunéré. Dans le calcul des ETP, les praticiens hospitalo-universitaires sont comptés 0,5.

Lorsque le personnel est partagé entre 2 pôles d'activité, les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'unité interrogée. Dans le cas où tout ou partie du personnel de l'entité est rémunéré par un syndicat inter-hospitalier (SIH), ce personnel sera considéré comme rémunéré par l'entité dans laquelle il exerce son activité.

Gériatre

Ne prendre en compte que les médecins spécialisés en gériatrie ayant, dans la mesure du possible, obtenu la qualification ordinaire de spécialiste en gériatrie (les praticiens hospitaliers en médecine polyvalente gériatrique, les titulaires d'une capacité ou d'un DESC en gériatrie).

Q09 - Psychiatrie (page 1/2)

Participation à la sectorisation psychiatrique :

A0	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
-----------	---

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 :

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

Nombre de conseils de secteur :

A5	
-----------	--

CAPACITES D'ACCUEIL

		Prises en charge à temps complet					Prises en charge à temps partiel				
		Nombre de lits ou places installés					Nombre de places		Nb de structures		
		Hospitalisation à temps plein	Placement familial thérapeutique	Accueil en appartement thérapeutique	Accueil en centre de post cure	Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences (*)	Hospitalisation à domicile		Hospitalisation de jour	Hospitalisation de nuit	Accueil en CATTP et ateliers thérapeutiques
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Psychiatrie générale	6										
Psychiatrie infanto-juvénile	7										
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	8										
Total psychiatrie (calculé)	10										

(*) hors présence psychiatrique à l'hôpital général

ACTIVITE

		Prises en charge à temps complet					Prises en charge à temps partiel				
		Nombre de journées					Nombre de venues (en équivalent journées)				
		Hospitalisation à temps plein	Placement familial thérapeutique	Accueil en appartement thérapeutique	Accueil en centre de post cure	Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences (*)	Hospitalisation à domicile	Séjours thérapeutiques	Hospitalisation de jour	Hospitalisation de nuit	Accueil en CATTP et ateliers thérapeutiques
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Psychiatrie générale	11										
Psychiatrie infanto-juvénile	12										
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	13										
Total psychiatrie (calculé)	15										

(*) hors présence psychiatrique à l'hôpital général

PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

		CAPACITES		ACTIVITE				
		Nombre de structures		Nombre d'actes, soins et interventions :				
CMP ou unité de consultation des services de psychiatrie		Structures ouvertes moins de 5 jours par semaine	Structures ouvertes 5 jours ou plus par semaine	CMP ou unité de consultation des services de psychiatrie	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
Psychiatrie générale	16							
Psychiatrie infanto-juvénile	17							
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	18							
Total psychiatrie (calculé)	20							

Q09 - Psychiatrie (page 2/2)

FILE ACTIVE

Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année		File active totale	File active exclusivement ambulatoire	File active hospitalisée à temps plein dans l'année	Personnes présentes en hospitalisation temps plein depuis plus d'un an
		A	B	C	D
Psychiatrie générale	21				
Psychiatrie infanto-juvénile	22				
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	23				
Total file active (sans double compte)	25				

Mode légal d'hospitalisation

		Nombre de patients	Nombre de mesures	Nombre de journées
		I	J	K
Hospitalisation libre	21			
Hospitalisation à la demande d'un tiers	22			
Hospitalisation d'office selon Art. L 3213-1 et L 3213-2	23			
Hospitalisation d'office selon Art. 122.1 du CPP et article L3213-7 du CSP	24			
Hospitalisation d'office judiciaire selon l'article 706-135 du CPP	44			
Hospitalisation selon l'Art. D 398 du CPP (détenus)	26			
Ordonnance Provisoire de Placement	25			

PERSONNEL

	PERSONNELS MEDICAUX						PERSONNELS des SERVICES de SOINS				
	Psychiatres salariés (effectifs)	Psychiatres salariés (ETP)	Psychiatres libéraux (effectifs)	Médecins non psychiatres salariés (effectifs)	Médecins non psychiatres salariés (ETP)	Médecins non psychiatres libéraux (effectifs)	Infirmiers et cadres (ETP)	Aides-soignants (ETP)	Psychologues (ETP)	Personnels de rééducation (ETP)	Personnels éducatifs et sociaux (ETP)
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Total personnel établissement											
Psychiatrie générale	27										
Psychiatrie infanto-juvénile	28										
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	29										
Total psychiatrie	31										
Personnel exerçant en unité d'hospitalisation temps plein											
Psychiatrie générale	32										
Psychiatrie infanto-juvénile	33										
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	34										
Total psychiatrie	36										

Nombre d'ETP de psychiatres budgétés

- L'établissement participe-t-il à un réseau de santé mentale correspondant au cahier des charges ?

A37

A38 oui non

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

A39 oui non

- Existe-t-il une équipe mobile spécialisée (circulaire 521 du 23/11/2005) ?

A40 oui non

Si oui : est-ce une équipe mobile précarité ?

est-elle spécialisée dans la psychiatrie du sujet vieillissant ?

est-elle spécialisée dans la prise en charge des adolescents ?

A44 oui non

A45 oui non

A46 oui non

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

A41 oui non

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

A42 oui non

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

A43 oui non

Q09 – Psychiatrie

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Sont concernés tous les établissements de santé publics et privés, sectorisés ou non, de métropole et des DOM, titulaires d'une autorisation d'activité de soins en psychiatrie au sens de l'article R6122-25 du code de la santé publique. (Cf. Présentation générale pour plus de détail)

A remplir par toutes les entités interrogées

Secteur public : par l'entité juridique et également par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique)

Secteur privé : au niveau de l'entité juridique (si elle a plusieurs établissements tous situés dans le même département) ou au niveau l'établissement géographique (si l'entité juridique n'a qu'un seul établissement ou si elle a des établissements disséminés dans plusieurs départements) cf. mode d'interrogation.

Ne sont pas concernés par ce recueil les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), ex-CSST et ex-CCAA, qui relèvent du secteur médico-social.

Plus généralement, toutes les activités concernant les disciplines sociales et médico-sociales (type maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil médicalisé...) sont recensées dans le bordereau Q02C.

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).

1 - PARTICIPATION À LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE (CASES A0 À A5)

[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.

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

Les secteurs de psychiatrie générale sont ceux qui prennent principalement en charge des patients de plus de 16 ans, et dont les numéros sont composés comme suit :

« Numéro de département » G « numéro d'ordre en deux chiffres unique dans le département »

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont ceux qui prennent en charge les patients de 16 ans inclus ou moins et dont les numéros sont composés ainsi :

« Numéro de département » I « numéro d'ordre en deux chiffres unique dans le département »

Un dispositif intersectoriel formalisé assure des missions sectorielles, souvent complémentaires aux activités de secteur, pour le compte de plusieurs secteurs de psychiatrie générale ou de psychiatrie infanto-juvénile. Il peut comporter une ou plusieurs activités, un ou plusieurs types d'équipements, une ou plusieurs unités fonctionnelles. Il est créé par une délibération des instances de l'établissement (CA – CME). Le numéro qui lui est attribué est composé ainsi :

« numéro FINESS de l'établissement » Z « un numéro d'ordre en deux 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.

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

2- QUELQUES DEFINITIONS

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

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

NATURES DE PRISE EN CHARGE ET FORMES D'ACTIVITE

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

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

Au sein de ces natures de prise en charge, sont définies plusieurs formes d'activité.

Ainsi, pour les prises **en charge à temps complet** [colonnes A à G sur les lignes 6 à 15] , on distingue :

- l'hospitalisation temps plein (correspond dans les bordereaux Q01 et Q02A à la somme de l'hospitalisation complète et de semaine) **[A6 à A15]**
- le placement familial thérapeutique **[B6 à B15]**
- les prises en charge en appartement thérapeutique **[C6 à C15]**
- les prises en charge en centre de postcure **[D6 à D15]**
- les prises en charge en centre de crise (incluant les centres d'accueil permanent et les centres d'accueil et de crise) **[E6 à E15]**
- l'hospitalisation à domicile **[F6 à F15]**
- les séjours thérapeutiques **[G11 à G15]**

Pour les **prises en charge à temps partiel** [colonnes H à J sur les lignes 6 à 15] , on distingue :

- l'hospitalisation à temps partiel de jour **[H6 à H15]**
- l'hospitalisation à temps partiel de nuit **[I6 à I15]**
- les prises en charge en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et en atelier thérapeutique **[J6 à J15]**

Pour les **prises en charge en ambulatoire**, cf. le paragraphe 5 ci-après.

3- CAPACITÉS D'ACCUEIL (Colonnes A à J, lignes 6 à 10)

NOMBRE DE LITS [Colonnes A À E, lignes 6 À 10]

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

NB : Les chambres d'isolement dédiées spécifiquement à cet effet ne doivent pas être comptabilisées dans le nombre de lits.

NOMBRE DE PLACES [Colonnes F, H et I, lignes 6 à 10]

[H et I] 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.

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

NOMBRE DE STRUCTURES [Colonnes J, lignes 6 à 10]

ATTENTION, pour les équipements de type **CATTP et ateliers thérapeutiques**, c'est un nombre de structure qui est demandé, car le nombre de places n'est pas défini.

4- ACTIVITÉ A TEMPS COMPLET (Colonnes A à G, lignes 11 à 15)

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

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

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

Remarques complémentaires:

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

- les journées correspondant aux **absences de très courte durée** en psychiatrie (inférieures à 12 h) accompagnées par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie (article L3211-11-1 du Code de la santé publique) sont comptées dans les journées d'hospitalisation. Cette règle est compatible avec les règles de codage du RIM-P où ce type d'absence n'induit pas de changement de séquence ni de fermeture de séjour.

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

- Les journées correspondant aux **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) ne sont pas comptées dans les journées d'hospitalisation. Cette règle est compatible avec les règles de codage du RIM-P où, lorsque la sortie excède le délai légal de la permission (48h), le séjour est fermé (assimilé à des sorties au domicile) et un autre séjour ouvert au retour du patient. **Les interruptions de séjour** en hospitalisation complète concernant des enfants ou des adolescents rentrant dans leur famille ou substitut de domicile pendant les vacances scolaires sont à traiter comme les sorties temporaires. Les journées correspondantes ne sont pas comptées dans les journées d'hospitalisation.
- Les journées pendant lesquelles les patients sont **pris en charge dans un autre groupe de discipline (médecine, chirurgie, etc....)**, qu'il s'agisse d'une hospitalisation libre ou sans consentement, ne sont pas comptabilisées.

5- ACTIVITÉ A TEMPS PARTIEL (Colonnes H à J, lignes 11 à 15)

LE NOMBRE DE VENUES EN EQUIVALENT JOURNEE correspond à la somme des :

- nombres de jours de présence (cas des venues)
- moitié des nombres de demi-journées de présence (cas des demi-venues)

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

La circulaire DHOS/O/2005/254 du 27 mai 2005 relative à l'élaboration des objectifs quantifiés de l'offre de soins définit la demi-journée une prise en charge d'un patient sur une demi-journée, pour une durée de 3 à 4 heures.

Exemple : 5 venues et 4 demi-venues = « 7 venues en équivalent journée ».

NB : le nombre de venues en équivalent en journées du Q09 est donc différent du « nombre de venues » demandé dans le Q02A où une demi-venue compte autant qu'une venue.

6- PRISES EN CHARGE EN AMBULATOIRE (Lignes 16 à 20)

CAPACITES (Colonnes A et C)

Le nombre de structures correspond au nombre de centres médico-psychologiques (CMP) ou unités de consultations des secteurs ou services, pour lesquels un nombre de lits ou places n'est pas défini. Sont distinguées les structures ouvertes moins de 5 jours par semaine de celles ouvertes 5 jours ou plus par semaine.

ACTIVITÉ (Colonnes E à I)

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

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

- **[E16 à 20]** en CMP ou unité de consultation du secteur (lieux L01 et L02 du le RIM-P)
- au domicile du patient ou substitut du domicile :
 - **[F16 et F17]** Lieu d'acte L07 dans le RIM-P, incluant les appartements protégés, les placements familiaux non sanitaires, pour les lignes 16 et 17, i.e. psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile
 - **[F18]** Lieu d'acte L06 dans le RIM-P pour la psychiatrie en milieu pénitentiaire.
- **[G16 à G20]** en établissement social ou médico-social avec ou sans hébergement (lieux L03 et L08 dans le RIM-P), incluant les maisons de retraite.
- **[H16 à H20]** en unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence) (lieux L09 et L10 dans le RIM-P)
- **[I16 à I20]** en établissement médico-éducatif / PMI / milieu scolaire (crèches, centres de formation) (lieux L04 et L05 dans le RIM-P)

7- FILE ACTIVE (Colonnes A à D, Lignes 21 à 25)

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

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

[A21 à A23] 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.

[A25] Dans le « Total File active », il convient d'enlever également les doublons entre psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie milieu pénitentiaire.

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

[B21 à B25] 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 **[B25]** 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).

[C21 à C25] 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 **[C25]** 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).

[D21 à D23] Le nombre de PERSONNES PRÉSENTES EN HOSPITALISATION À TEMPS PLEIN DEPUIS PLUS D'UN AN est égal au nombre de patients présents en 2009 et ayant eu en 2010 plus de 292 jours d'hospitalisation à temps plein (4/5èmes de l'année)

8- MODE LEGAL D'HOSPITALISATION (Colonnes I à K, Lignes 21 à 26)

NOMBRE DE PATIENTS

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

Ainsi par exemple, un patient en hospitalisation libre, puis hospitalisé à la demande d'un tiers dans l'année, est compté une fois dans chacun des modes (I21 et I22).

NOMBRE DE JOURNÉES

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

NOMBRE DE MESURES

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

9- PERSONNEL

(Lire aussi les « Principes généraux de remplissage des bordereaux Q08 à Q18)

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux qui contribuent à cette activité, rémunérés au mois de décembre. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité et non au temps rémunéré, et qui, dès lors, concourt effectivement à produire les prestations comptées. En conséquence ce qui importe dans le calcul des ETP, c'est le temps travaillé ; par exemple l'ETP = 0,50 pour une personne en cessation progressive d'activité rémunérée à 80%, ou l'ETP = 0,80 pour une personne à temps partiel à 80% rémunérée 86%.

Dans le calcul des ETP, les praticiens hospitalo-universitaires sont comptés 0,50.

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

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

Les lignes 32 à 36 comptabilisent uniquement les effectifs et ETP exerçant en unité d'hospitalisation à temps plein. Sont donc exclus les temps effectivement travaillés dans des structures ambulatoires, à temps partiel ou dans des prises en charge à temps complet autres que l'hospitalisation temps plein (appartement thérapeutique, postcure, accueil familial thérapeutique...).

Pour les établissements publics, doit être également renseigné le nombre d'ETP de psychiatres budgétés (A37).

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 27 et 28 mais une seule fois dans la ligne 31.

10- AUTRES INFORMATIONS [A38 à A43]

[A38] Il est fait référence dans cette question au **réseau de santé** dans le domaine de la santé mentale au sens de l'article L 6321-1 du Code de la santé publique.

[A39] 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.

[A40] Il est fait référence dans cette question à la circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 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.

[A43]

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

DESCRIPTION DES SOINS SANS CONSENTEMENT – Loi du 5 juillet 2011.

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

La nomenclature du mode légal de séjour utilisée jusqu'ici dans la SAE et le RIM-P est donc modifiée.

Pour la SAE portant sur l'année 2012, la nomenclature du mode légal de soins sera, tout comme dans le RIM-P, la suivante :

- Soins psychiatriques libres
- Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état
- Article 706-135 du CPP et article L 3213-7 du CSP pour les personnes jugées pénalement irresponsables
- Ordonnance provisoire de placement (OPP)
- Article D398 du CPP (détenus)
- Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, y compris en urgence.
- Soins psychiatriques pour péril imminent

Pour la SAE portant sur l'année 2011, la nomenclature du mode légal de séjour est maintenue.

Par conséquent à compter du changement de législation et jusqu'au 31 décembre 2011, le décompte des soins sans consentement se fera, dans la SAE, **uniquement sur les hospitalisations à temps plein** et avec la correspondance suivante entre l'ancienne nomenclature et la nouvelle :

- Soins psychiatriques libres => Hospitalisation libre (ligne 21)
- Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état => Hospitalisation d'office (ligne 23)
- Article 706-135 du CPP et article L 3213-7 du CSP pour les personnes jugées pénalement irresponsables => Hospitalisation d'office judiciaire (ligne 24)
- Ordonnance provisoire de placement (OPP) => OPP (ligne 25)
- Article D398 du CPP (détenus) => Hospitalisation selon l'article D 398 du CPP (ligne 44)
- Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, y compris en urgence. => Hospitalisation à la demande d'un tiers (ligne 22)
- Soins psychiatriques pour péril imminent => Hospitalisation d'office (ligne 23)

Q10 - Traitement des grands brûlés

Equipement et plateau technique		Nombre de lits	Nombre d'admissions	Journées réalisées
		A	B	C
Unité de réanimation protégée pour les grands brûlés (individualisée)	1			
Unité de traitement pour patients ne nécessitant pas de réanimation	2			
Nombre d'entrants "monoséjours"			A8	

Activité liée au traitement des grands brûlés		Nombre
		A
Interventions chirurgicales (KC) (exemple : excisions étendues ou greffes)	3	
Soins réalisés sous anesthésie (Kare) (pour les malades hospitalisés)	4	
Venues en anesthésie chirurgie ambulatoire liées au traitement des brûlures	5	
Consultations externes liées au traitement des brûlures	6	
Patients différents pris en charge dans l'année en hospitalisation complète ou partielle	7	

Personnels médical intervenant (unité de réa. ou de traitement)	code SAE		Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	Libéraux exclusifs (effectif)	Libéraux non exclusifs (effectif)
			A	B	E	F
Anesthésistes réanimateurs	1030	9				
Chirurgiens de chirurgie plastique et reconstructrice	2040	10				
Autres médecins		11				
Personnels non médicaux	code SAE		Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	Non salariés (effectif)	Non salariés (ETP)
* intervenant dans l'unité de réanimation individualisée						
Personnels d'encadrement infirmiers	2120	12				
Infirmiers	2200, 2300	13				
Aides-soignants	2500	14				
Autres personnels des services de soins		15				
* intervenant dans l'unité de traitement chirurgical (hors réanimation)						
Personnels d'encadrement infirmiers	2120	16				
Infirmiers	2200, 2300	17				
Aides-soignants	2500	18				
Autres personnels des services de soins		19				

Existence d'une autorisation de conservation et utilisation de tissus

A20

oui

non

Q10 - Traitement des grands brûlés

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Secteur public : à remplir par l'entité juridique mono-établissement et également par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements)

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique

ÉQUIPEMENT ET PLATEAU TECHNIQUE

Ligne 1. Unité de réanimation

Le traitement des grands brûlés, nécessite une prise en charge dans un **secteur de réanimation**¹ protégé et spécifique. Les lits sont comptés en réanimation, s'ils sont équipés de dispositifs particuliers (lits fluidisés ou hottes à flux laminaire).

Ligne 2. Unité de traitement

Un secteur d'hospitalisation complète est généralement contigu à cette unité de réanimation. Il permet de poursuivre la prise en charge après la phase de réanimation ou de prendre en charge directement des patients ayant des brûlures moins étendues, mais nécessitant des interventions et pansements itératifs.

A8. Nombre d'admissions

Activités de soins soumises à autorisation, l'activité de l'unité est considérée isolément et se mesure en termes d'admissions sans distinction de leur provenance (mutation, transfert ou entrée directe). Tout patient admis compte pour un. Pour apprécier spécifiquement la charge de travail de l'unité et les moyens mis en œuvre.

ACTIVITÉ LIÉE AU TRAITEMENT DES GRANDS BRÛLÉS

A3. Interventions chirurgicales

Les interventions réalisées sur des patients en hospitalisation complète, y compris dans d'autres unités que celles décrites ici, cela peut être le cas des enfants hospitalisés en pédiatrie ou en chirurgie ambulatoire.

A4. Soins réalisés sous anesthésie pour les malades hospitalisés

Il s'agit des soins ne comportant pas d'interventions chirurgicales (pas de double compte entre les cases A3 et A4). Le patient peut être hospitalisé dans une autre unité que celle concernée par le bordereau.

A5. Venues en anesthésie chirurgie ambulatoire liées au traitement des brûlures

Les services de traitement de grands brûlés assurent un certain nombre de soins comportent une anesthésie², sur des patients ambulatoires.

A6. Consultations externes liées au traitement des brûlures

Pour soins, n'ayant pas comporté d'anesthésie. Si le personnel du service intervient sur des consultants externes ayant subi des brûlures mais non hospitalisés, ces consultations doivent être inscrites aussi case A6.

¹ Rappel : l'**unité de réanimation** est apte à prendre en charge des patients adultes ou enfants présentant, ou susceptibles de présenter, plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant en jeu à court terme le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance. L'activité de réanimation nécessite la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, à la disposition exclusive de l'unité.

² Rappel : Comme cela a été indiqué dans les consignes du Q03A, ce qui définit l'activité sous anesthésie, c'est l'intervention de personnel spécialisé en anesthésie.

A7. Patients différents pris en charge dans l'année en hospitalisation complète ou partielle

File active des patients hospitalisés au moins une fois dans l'année en hospitalisation complète, de semaine et en alternatives à l'hospitalisation complète, sont inclus les patients ayant bénéficié de soins dans le cadre d'une hospitalisation de jour ou de traitements et cures ambulatoires.

PERSONNEL INTERVENANT

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux qui contribuent à cette activité, rémunérés au mois de décembre. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'unité et non au temps rémunéré.

Ligne 9. 10. 11. Personnel médical intervenant (unité de réanimation ou de traitement)

N'inscrire dans la colonne « effectif » que ceux qui consacrent au moins 80% de leur temps de travail à la prise en charge des grands brûlés. Pour ceux qui partagent leur temps entre ce secteur et d'autres (unité ou activité comme le traitement de la douleur, par exemple pour les anesthésistes), ne pas les compter dans ces effectifs, mais compter dans la colonne ETP, la fraction de temps estimée consacrée à la prise en charge des grands brûlés. On peut avoir un ETP médical supérieur aux effectifs. Dans le calcul des ETP, les praticiens hospitalo-universitaires sont comptés 0,5.

Ligne 12. 13. 14. 16. 17. 18. Personnel non médical

Les salariés intervenant sont à compter dans les effectifs même s'ils sont partagés avec d'autres services, contrairement à ce qui est indiqué pour les médecins.

Ligne 15. 19. Autres personnels des services de soins

Inscrire tous les personnels de soins autres que ceux répertoriés au-dessus (code nomenclature : 2000 - 2110 - 2120 - 2200 - 2300 - 2500). Comptabiliser, notamment, les masseurs kinésithérapeutes qui assurent la réadaptation fonctionnelle des malades durant leur hospitalisation en court séjour. Dans le cas où ils sont partagés avec d'autres unités, les compter dans les effectifs et donner en ETP une estimation du temps consacré au traitement des grands brûlés.

A20. Autorisation de conservation et utilisation de tissus

Les greffes de peau nécessitent souvent le recours à une banque de tissus régie par le décret n°99-741 du 30/08/1999. L'établissement indiquera s'il dispose sur place d'une autorisation délivrée par l'Agence Française de la Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS).

Q11 - Chirurgie cardiaque et activités interventionnelles en cardiologie

Equipement et plateau technique		Nombre de lits dédiés	Nombre d'admissions	Nombre de journées réalisées	Nombre de patients ventilés plus de 48h
		A	B	C	D
Chirurgie cardiaque ⁽¹⁾	1				
Réanimation ⁽¹⁾	2				
Surveillance continue post-opératoire ^{(1) (2)}	3				
Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	14				

(1) s'il en existe. **Les lits seulement "affectés" (pouvant recevoir d'autres patients que ceux qui bénéficient d'une chirurgie cardiaque) ne doivent pas être comptabilisés ici.**
 (2) il s'agit ici des lits de surveillance continue, et non des lits de réveil ou de réanimation

chirurgie cardiaque

Nombre de salles aseptiques dédiées	A4	
Nombre d'appareil de CEC dédiés	A5	
Nombre total d'interventions de chirurgie cardiaque	F4	
Nombre d'interventions sous CEC ⁽⁴⁾	G4	
<i>dont réalisées la nuit (20h-8h), les weekends et jours fériés</i>	H4	

(4) Interventions à cœur battant ou CEC

Activités interventionnelles en cardiologie

Nombre de salles numérisées dédiées	A15	
Nombre de salles d'angiographie numérisée dédiées	A16	
Nombre total d'actes *	A17	
<i>dont actes de type 1 (rythmologie et stimulation multisites)</i>	A18	
<i>dont actes de type 2 (cardiopathies de l'enfant et éventuelles réinterventions à l'âge adulte)</i>	A19	
<i>dont actes de type 3 (autres cardiopathies de l'adulte dont angioplasties)</i>	A20	

* des précisions ont été apportées dans l'aide au remplissage en ce qui concerne la coronarographie
 Nombre d'unités de coronarographie ou d'angioplastie avec lesquelles l'entité juridique a passé convention pour la prise en charge des urgences (stand by) :

A6	
----	--

Personnels intervenant dans les salles d'interventions dédiées à la chirurgie cardiaque et dans les activités interventionnelles en cardiologie

	code SAE		Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	Libéraux exclusifs (effectif)	Libéraux non exclusifs (effectif)
			A	B	E	F
Chirurgiens cardiaques ⁽³⁾	2140	7				
Cardiologues	1040	21				
Radiologues	1160	22				
Pédiatres	1140	23				
Anesthésistes réanimateurs	1030	8				

(3) chirurgiens qualifiés au sens défini par le décret n°91-78 du 16 janvier 1991 relatif aux activités de chirurgie cardiaque

	code SAE		Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	Non salariés (effectif)	Non salariés (ETP)
Personnels d'encadrement infirmiers	2120	9				
Infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat	2320	10				
Infirmiers anesthésistes	2310	11				
Autres infirmiers	2200	12				
Electrophysiologistes		24				
Manipulateurs électroradiologie	4130	25				
Techniciens de CEC	4150	13				

Q11 - Chirurgie cardiaque et activités interventionnelles en cardiologie

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Sont concernés tous les établissements de santé publics et privés, titulaires d'une autorisation dans les activités de chirurgie cardiaque ou interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, au sens de l'article R6122-25 du code de la santé publique.

Secteur public : à remplir par l'entité juridique mono-établissements et également par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements)

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique

NOUVEAUTÉS

L'aide au remplissage a été précisée en ce qui concerne la coronarographie

ÉQUIPEMENT ET PLATEAU TECHNIQUE

Ligne 1. 2. 3. 14. Capacités et activité

Renseigner les capacités en lits et l'activité des admissions et journées réalisées pour la chirurgie cardiaque, la réanimation, la surveillance post- opératoire et les USC (unités de soins intensifs en cardiologie).

Les unités autorisées à pratiquer la chirurgie cardiaque peuvent disposer de lits spécifiques. Dans le secteur privé, elles utilisent des lits au sein d'une unité de chirurgie indifférenciée. La même situation se rencontre pour les lits de **réanimation**¹ ou de **surveillance continue**² destinés aux patients opérés du cœur (lits dédiés ou lits partagés). Inscrire la capacité en lits de chirurgie, de réanimation ou de surveillance continue, que lorsqu'il s'agit de lits exclusivement affectés à l'activité de chirurgie cardiaque.

Colonne B. C. Nombre d'admission. Nombre de journées réalisées

Prendre en compte l'ensemble de l'activité de chirurgie cardiaque y compris les patients pris en charge dans des lits non exclusivement dédiés à la chirurgie cardiaque. L'activité est considérée isolément et se mesure en termes d'admissions, sans distinction de la provenance (mutation ou entrée directe). Tout patient admis pour des problèmes liés à la chirurgie cardiaque (intervention, suivi,...) compte pour un.

D2. D14. Nombre de patients ventilés plus de 48 h

Si aucun patient n'a été ventilé, mettre 0.

CHIRURGIE CARDIAQUE

A4. Salles d'intervention aseptiques spécifiques à la chirurgie cardiaque

Seules les salles dédiées à la chirurgie cardiaque, conformément à l'article R 6123-71 du Code de la santé publique, sont à décompter.

A5. Appareils de circulation extra corporelle (CEC) dédiés à la chirurgie cardiaque

Inscrire le nombre d'appareils disponibles pour la chirurgie cardiaque, y compris les appareils de secours.

¹ Rappel : l'unité de réanimation est apte à prendre en charge des patients adultes ou enfants présentant, ou susceptibles de présenter, plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant en jeu à court terme le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance. L'activité de réanimation nécessite la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, à la disposition exclusive de l'unité.

² La surveillance continue consiste à prendre en charge des malades dont l'état nécessite l'observation répétée et méthodique de paramètres définis selon la pathologie, le degré de gravité et le traitement appliqué.

Ne pas à inclure les appareils de CEC utilisés en réanimation pour le traitement des insuffisances respiratoires aiguës (oxygénation de suppléance).

H4. Nombre d'interventions à cœur battant ou sous CEC réalisées la nuit

En l'absence d'interventions sous CEC réalisées la nuit, mettre 0.

F4. Nombre total d'interventions de chirurgie cardiaque

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. La case F4 (total) doit être supérieure à la case G4 (sous CEC) qui doit être supérieur à la case H4 (nuit, week-end).

ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES EN CARDIOLOGIE

A15. Nombre de salles d'intervention numérisées dédiées

A16. Nombre de salles d'angiographie numérisées dédiées

Nombre d'actes en activité interventionnelle en cardiologie

A17. Nombre total d'actes à décliner en fonction du type d'actes réalisés : actes en activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie tels que définis par l'article R6123-128.

$A\ 17 = A18 + A19 + A20$

En ce qui concerne la coronarographie, si elle est effectuée comme seul examen radiologique, elle n'est pas considérée comme activité interventionnelle. Si elle est suivie d'une angioplastie par ex ou d'une autre intervention, elle est à compter alors comme activité interventionnelle.

A18. Type 1 : actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multisites et de défibrillation, y compris la pose (ou remplacement) de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme.

A19. Type 2 : actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles réinterventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence.

A20. Type 3 : actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte.

A6. Nombre d'unités de coronarographie ou d'angioplastie avec lesquelles l'unité de chirurgie cardiaque a passé une convention pour la prise en charge des urgences. Dans certains cas à risque, l'unité de chirurgie est contrainte de réserver une salle (« stand-by ») pour être prête dans les meilleurs délais.

PERSONNEL INTERVENANT

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux qui contribuent à l'activité des salles de chirurgie cardiaque rémunérés au mois de décembre. Ne sont pas inclus les personnels qui interviennent dans les unités d'hospitalisation (lits dédiés en chirurgie cardiaque, réanimation ou surveillance continue post-opératoire). Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'unité et non au temps rémunéré.

Personnel médical

Ligne 7. Chirurgiens cardiaques

« Chirurgien, titulaire du diplôme d'études spécialisées complémentaires en chirurgie thoracique ou cardiovasculaire ou compétent en chirurgie thoracique ». (article D. 6124-120 du Code de la santé publique)

Pour les médecins inscrire dans la colonne « effectif » ceux qui consacrent au moins 80% de leur temps à l'unité de chirurgie cardiaque. Pour ceux qui partagent leur temps entre ce secteur et d'autres (unité ou autre activité) les compter uniquement dans la colonne ETP, pour la fraction de temps estimée consacrée à l'unité.

En conséquence, on peut avoir un ETP médical supérieur aux effectifs. Dans le calcul des ETP, les praticiens hospitalo-universitaires sont comptés 0,5. Si un médecin temps plein travaille à 60 % de son temps à l'unité et 40 % dans une unité de réanimation, compter 0 dans la colonne effectif et 0,6 dans la colonne ETP.

Personnel non médical

Les salariés intervenant sont à compter dans les effectifs même s'ils sont partagés avec d'autres services

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux qui interviennent dans les salles dédiées à la chirurgie cardiaque, rémunérés au mois de décembre. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'unité et non au temps rémunéré. Le personnel à compter est celui qui, au mois de décembre, concourt à produire les prestations comptées.

Ligne 10. 11. Infirmiers anesthésistes, infirmiers de bloc opératoire

Compter les infirmiers ayant acquis le diplôme spécialisé correspondant.

Ligne 12. Autres infirmiers

Compter les infirmiers occupant les fonctions sans avoir le diplôme qualifiant.

Q12 - Neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle

Equipement		Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de salles dédiées	
		A	D	A4	
Neurochirurgie	1				
Réanimation neurochirurgicale	2				
Surveillance continue postopératoire	3				
Neuroradiologie interventionnelle	15			A5	
Existence d'un dispositif de neuronavigation ?	6	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			

Activité		Nombre d'admissions	Nombre de journées réalisées	Nombre de venues
		B	C	G
Neurochirurgie	1			
Réanimation neurochirurgicale	2			
Surveillance continue postopératoire	3			
Neuroradiologie interventionnelle	16			

Nombre d'interventions dans les salles dédiées :		Total	dont réalisées la nuit (entre 20h et 8h) les week-ends et jours fériés
		E	F
En neurochirurgie	4		
D'actes de neuroradiologie interventionnelle	5		

Personnel intervenant en neurochirurgie et en neuroradiologie interventionnelle (salles et lits)	Code SAE		Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	Libéraux exclusifs (effectif)	Libéraux non exclusifs (effectif)
			A	B	E	F
Neurochirurgiens	2060	7				
Neuroradiologues	1160	8				
Anesthésistes réanimateurs	1030	9				

	Code SAE		Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	non salariés (effectif)	non salariés (ETP)
Infirmiers spécialisés et personnels d'encadrement infirmiers	2120 2300	10				
Infirmiers non spécialisés	2200	11				
Aides-soignants	2500	12				
Personnels de rééducation	2400	13				
Personnels médico-techniques	4100	14				

Q 12 - Neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Sont concernés tous les établissements de santé publics et privés, titulaires d'une autorisation pour l'activité de soins de neurochirurgie telle que définie par l'article R. 6123-96, ou en activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie (articles R 6123-104 et D 6124-147).

Secteur public : à remplir par l'entité juridique mono-établissement et également par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements)

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique

ÉQUIPEMENT – ACTIVITÉ

A2. B2. C2. Unité de réanimation neurochirurgicale

Prise en charge de patients adultes ou enfants présentant plusieurs défaillances mettant en jeu à court terme le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance. L'activité de réanimation nécessite la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, à la disposition exclusive de l'unité.

A3. B3. C3. La surveillance continue postopératoire

Prise en charge des malades relevant de la neurochirurgie ou de la neuroradiologie interventionnelle à visée thérapeutique, dont l'état nécessite l'observation répétée et méthodique de paramètres définis selon la pathologie, le degré de gravité et le traitement appliqué.

INTERVENTIONS EN SALLES DÉDIÉES

A4. Nombre de salles dédiées à la neurochirurgie

A5. Nombre de salles dédiées à neuroradiologie interventionnelle

Comme pour les autres activités chirurgicales ou radiologiques, la description des moyens concerne essentiellement le **nombre de salles d'opération ou d'imagerie dédiées**. Lorsqu'il n'y a pas de salle réservée à la neuroradiologie interventionnelle, mais que celle-ci est effectuée dans la (les) salle(s) de neurochirurgie, on inscrira 0 dans la case correspondant au nombre de salles de neuroradiologie interventionnelle en A5.

Nombre d'interventions dans les salles dédiées

Distinguer les deux activités, en inscrivant l'activité de neuroradiologie en E5 et F5. Pour ce cas de figure, on trouvera une activité, sans salle réservée. Dans ce contexte, l'activité substitutive ou complémentaire de la neurochirurgie et de la radiothérapie soumise à autorisation, les actes de neuroradiologie interventionnelle, qu'il convient de comptabiliser ici sont exclusivement les actes à visée thérapeutique

E4. F4. Interventions en neurochirurgie

Nombre total d'interventions

E5. F5. Actes de neuroradiologie interventionnelle

Nombre d'actes de neuroradiologie

PERSONNEL INTERVENANT

Les effectifs et ETP du personnel demandés sont ceux qui contribuent à l'activité des salles dédiées à la neurochirurgie et à la neuroradiologie interventionnelle, ainsi que ceux qui interviennent dans les secteurs

d'hospitalisation complète (lits de neurochirurgie, de réanimation neurochirurgicale, de surveillance continue postopératoire).

Ne pas compter le personnel intervenant dans d'autres secteurs d'activité neurochirurgicale non soumise à autorisation (consultations externes, chirurgie du rachis non traumatique,...).

Les effectifs et ETP du personnel correspondent à ceux qui sont rémunérés au mois de décembre. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'unité et non au temps rémunéré.

Personnel médical

N'inscrire dans les colonnes réservées aux effectifs que les médecins et chirurgiens qui consacrent au moins 80% de leur activité à la neurochirurgie ou neuroradiologie interventionnelle. Pour les médecins anesthésistes réanimateurs, si l'activité de neuroradiologie interventionnelle à visée curative est réalisée au sein d'une unité d'imagerie non spécifique, faire une estimation des ETP correspondant à cette seule activité.

Pour ceux qui partagent leur temps entre ce secteur et d'autres (unité ou activité) ne pas les compter dans ces effectifs, compter dans la colonne ETP la fraction de temps estimée consacrée à l'activité de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle. **On peut avoir un ETP médical supérieur aux effectifs.** Dans le calcul des ETP, les praticiens hospitalo-universitaires sont comptés 0,5.

Si un médecin temps plein travaille à 60 % de son temps à la neuroradiologie interventionnelle et 40 % dans une unité de réanimation, compter 0 dans la colonne « effectif » et 0,6 dans la colonne ETP.

Personnel non médical

Les salariés intervenant sont à compter dans les effectifs, même s'ils sont partagés avec d'autres services

Les effectifs et ETP sont ceux qui interviennent dans les salles et les lits décrits ci-dessus et rémunérés au mois de décembre. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'unité et non au temps rémunéré. On s'intéresse à rapprocher les moyens en personnel de l'activité décrite finement, le personnel à compter est celui qui, au mois de décembre, concourt à produire les prestations comptées. Ce qui importe, c'est le temps travaillé ; exemple : ETP = 0,50 pour une personne en cessation progressive d'activité (CPA) rémunérée à 80 % ou ETP = 0,80 pour une personne à temps partiel rémunéré à 86 %.

Ligne 10. Infirmiers anesthésistes, infirmiers de bloc opératoire

Compter les infirmiers ayant acquis le diplôme spécialisé correspondant.

Ligne 11 Infirmiers non spécialisés

Compter les infirmiers non spécialisés et les infirmiers occupant les fonctions sans avoir le diplôme qualifiant.

Q13 - Médecine d'urgence (1/3)

Ce questionnaire ne concerne que les structures autorisées

A - TYPE D'AUTORISATION

Forme d'autorisation détenue par l'entité juridique (si établissement, forme détenue par l'entité juridique dont vous dépendez)

<input type="checkbox"/> A0	Structure des urgences	<input type="checkbox"/> B0	<input type="checkbox"/> C0	Etes-vous une structure des urgences saisonnière ?	<input type="checkbox"/> D0	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> A1	SMUR	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> C1	Etes-vous un SMUR saisonnier ?	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				Etes-vous une antenne ?	<input type="checkbox"/> A57	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				Si oui, numéro Finess de l'EJ détentrice de l'autorisation :	<input type="checkbox"/> B4	
<input type="checkbox"/> A2	SAMU					

B - STRUCTURE DES URGENCES GENERALES

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées en octobre

médecins :

A58

IDE (infirmier diplômé d'état) :

A59

UHCD	Nombre de lits	Nombre de RUM générés*	Nombre de journées lits	Nombre de journées*
Unité d'hospitalisation de courte durée	5			

Passages	Nombre*	DONT hospitalisés en UHCD*	Passages suivis d'une hospitalisation au mois d'octobre		Nombre
			A	B	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année suivis ou non d'une hospitalisation*	6				
dont : nombre de passages de patients de moins de 18 ans	7				
dont : nombre de passages de patients de 75 ans ou plus	8				
dont : nombre total de passages au mois d'octobre	9				
			Orientation vers hospitalisation complète dans la même entité juridique	6	
			Orientation vers hospitalisation complète dans une autre entité juridique	7	

* des précisions ont été apportées dans l'aide au remplissage

Au sein de l'établissement, avez-vous une filière d'accueil et de soins spécifiques :

pédiatrique :

A10 oui non

gériatrique :

A11 oui non

C - STRUCTURE DES URGENCES PEDIATRIQUES

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées en octobre

médecins :

A60

IDE (infirmier diplômé d'état) :

A61

UHCD	Nombre de lits	Nombre de RUM générés	Nombre de journées lits	Nombre de journées
Unité d'hospitalisation de courte durée	12			

Passages	Nombre	DONT hospitalisés en UHCD	Passages suivis d'une hospitalisation au mois d'octobre		Nombre
			A	B	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année	13				
dont : nombre total de passages au mois d'octobre	14				
			Orientation vers hospitalisation complète dans la même entité juridique	13	
			Orientation vers hospitalisation complète dans une autre entité juridique	14	

Q13 - Médecine d'urgence (2/3)

D - SMUR GENERAL

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées en octobre

médecins :

A62	
-----	--

IDE (infirmier diplômé d'état) :

A63	
-----	--

Ensemble des sorties des U.M.H. (Unité Mobile Hospitalière) - SMUR

		Nombre
Sorties terrestres	Sorties terrestres primaires	A15
	Sorties terrestres secondaires	A16
Sorties aériennes	Sorties aériennes primaires	A17
	Sorties aériennes secondaires	A18
Sorties maritimes		A19

Sorties primaires (y compris maritimes)

		Nombre
Sorties primaires non suivies de transport médicalisé par le SMUR	Total des sorties primaires non suivies de transport médicalisé	A20
	Patients décédés	A21
	Patients laissés sur place (refus d'évacuation)	A22
	Patients traités sur place	A23
	Patients transportés à l'hôpital par un moyen non médicalisé	A24
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)	A25
	Total des patients transportés vers l'établissement siège du SMUR	A26
	Total des patients transportés d'emblée vers un autre établissement	A27

Types de véhicules utilisés

	Nombre	moyens :	
		propres	à disposition
	B	C	D
Ambulances de secours et de soins d'urgence	23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres ambulances et véhicules sanitaires légers	24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyens aériens	25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyens maritimes	26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E - SMUR PEDIATRIQUE

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées en octobre

médecins :

A64	
-----	--

IDE (infirmier diplômé d'état) :

A65	
-----	--

Ensemble des sorties des U.M.H. (Unité Mobile Hospitalière) - SMUR

		Nombre
Sorties terrestres	Sorties terrestres primaires	A28
	Sorties terrestres secondaires	A29
Sorties aériennes	Sorties aériennes primaires	A30
	Sorties aériennes secondaires	A31
Sorties maritimes		A32

Sorties primaires

		Nombre
Sorties primaires non suivies de transport médicalisé par le SMUR	Total des sorties primaires non suivies de transport médicalisé	A33
	Patients décédés	A34
	Patients laissés sur place (refus d'évacuation)	A35
	Patients traités sur place	A36
	Patients transportés à l'hôpital par un moyen non médicalisé	A37
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)	A38
	Total des patients transportés vers l'établissement siège du SMUR	A39
	Total des patients transportés d'emblée vers un autre établissement	A40

Types de véhicules utilisés

	Nombre	moyens :	
		propres	à disposition
	B	C	D
Ambulances de secours et de soins d'urgence	36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres ambulances et véhicules sanitaires légers	37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyens aériens	38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyens maritimes	39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q13 - Médecine d'urgence (3/3)

F - SAMU - REGULATION

Activité

Nombre d'appels :

présentés*
décrochés*

A68	
A69	

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées en octobre pour la régulation :

- médecins régulateurs AMU
- médecins régulateurs généralistes
- PARM (Permanencier auxiliaire de régulation médicale)

A70	
A71	
A72	

Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM) : **B41**

Nombre de Dossiers de Régulation : **B42**

Organisation du SAMU

Participation de la médecine libérale à la régulation ?

A43 oui non

Numéro spécifique pour la médecine libérale ?

A44 oui non

Nombre de médecins libéraux correspondants de SAMU :

A45

Nombre de carences ambulancières* : **B43**

* des précisions ont été apportées dans l'aide au remplissage

G - PERSONNEL affecté à la médecine d'urgence

	code SAE		Personnel dédié						Personnel mutualisé	
			Structure des urgences		SMUR		SAMU		effectif	ETP
			effectif	ETP	effectif	ETP	effectif	ETP		
A	B	C	D	E	F	G	H			
Médecins affectés (hors internes)	1000	46								
dont médecins régulateurs		47								
Personnels soignants		48								
dont cadres infirmiers	2120	49								
dont IDE (spécialisés ou non)	2310, 2320 2200	50								
Autres personnels		51								
dont ambulanciers	5140	52								
dont brancardiers	2620	53								
dont assistants de service social	3120	54								
dont PARM	1220	55								
dont secrétaires	1220	56								

Q13 - Médecine d'urgence

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

Le questionnaire porte sur l'organisation de la médecine d'urgence, qui se décline selon trois modalités correspondant à différentes autorisations (article R.6123-1 du Code de la santé publique) :

- la régulation des appels adressés au service d'aide médicale d'urgence (SAMU) ;
 - la prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ;
 - la prise en charge des patients accueillis par la structure des urgences.
-

NOUVEAUTÉS

Quelques définitions ont été précisées (B5, D5, A6, B23 à B26, A68, A39, B43).

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Sont concernés tous les établissements titulaires d'une autorisation pour au moins une de ces trois activités de médecine d'urgence cités ci-dessus.

Ne sont pas concernés par ce bordereau les services d'urgences ouverts 24 heures sur 24 n'ayant pas d'autorisation de médecine d'urgence comme les services d'urgences psychiatriques, ophtalmologiques....

Ce bordereau est à remplir :

Secteur public : par l'entité juridique mono-établissement et par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements)

Secteur privé : au niveau de l'établissement géographique

A - TYPE D'AUTORISATION DÉTENUE

A0. A1. A2 : Pour les autorisations concernant les structures d'urgences ou les SMUR, précisez s'il s'agit d'une autorisation générale ou pédiatrique et si elle est saisonnière ou non.

A 57 : Pour les établissements détenant une autorisation de SMUR, indiquez si c'est une antenne, et si oui, le numéro Finess de l'entité juridique détenant l'autorisation.

B - STRUCTURE DES URGENCES GÉNÉRALES

La structure des urgences doit disposer de locaux comportant une salle d'accueil, un espace d'examen et de soins, une salle d'accueil des urgences vitales et une unité d'hospitalisation de courte durée comportant au moins 2 lits (article D. 6124-22).

A58. A59 : Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées en octobre : nombre d'heures de présence sur le mois d'octobre, **en moyenne sur une semaine**. Ce nombre d'heures hebdomadaire est demandé pour les médecins et pour les IDE (infirmier diplômé d'état).

Il peut être calculé à partir du tableau de présence hebdomadaire pour chacune des 4 semaines d'octobre en veillant à bien compter 8 heures dans le cas où deux médecins sont présents en même temps sur une plage de 4 heures par exemple. Si les volumes horaires diffèrent d'une semaine sur l'autre il convient de faire la moyenne sur les 4 semaines.

A5 : Nombre de lits dans l'unité d'hospitalisation de courte durée. Ne doivent pas être comptés les boxes destinés aux examens et aux soins

B5 : Nombre de résumés d'unité médicale (RUM) générés : par l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). B6=B5

C5 : Nombre de journées-lits : Le nombre de journées-lits 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 donnera 365 "journées-lits".

D5 : Nombre de journées : Le nombre de journées correspond à l'activité réalisée facturable, somme des jours de présence durant lesquels les patients ont été pris en charge.

Passages

A6 : Le nombre de passages aux urgences pour l'année inclut l'ensemble des arrivées ayant donné lieu à une mobilisation de ressource quels que soient les modes d'arrivée et les modes de sortie, y compris l'activité de suites d'urgence ou l'accueil en première intention des patients attendus en hospitalisation, si l'unité est organisée ainsi. Si seul le dossier d'un patient a été enregistré, sans suites (le patient est reparti avant d'être vu), il ne faut pas le comptabiliser.

A10. A11 : S'il existe une filière d'accueil spécifique, les passages des patients concernés seront comptés avec les autres passages. Préciser si ce type de filières existe au sein de l'établissement.

Passages suivis d'une hospitalisation au mois d'octobre

C6 : Nombre total de passages aux urgences de patients orientés vers une hospitalisation complète dans la même entité juridique au mois d'octobre.

C7 : Nombre total de passages aux urgences de patients orientés vers une hospitalisation complète dans une autre entité juridique au mois d'octobre.

C - STRUCTURE DES URGENCES PEDIATRIQUES

Les informations demandées sont identiques à celles des urgences générales

D - SERVICE MOBILE D'URGENCE ET DE RÉANIMATION GÉNÉRAL (SMUR)

A62. A63 : Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées en octobre : nombre d'heures de présence sur le mois d'octobre, **en moyenne sur une semaine**. Ce nombre d'heures hebdomadaire est demandé pour les médecins et pour les IDE (infirmier diplômé d'état).

Il peut être calculé à partir du tableau de présence hebdomadaire pour chacune des 4 semaines d'octobre en veillant à bien compter 8 heures dans le cas où deux médecins sont présents en même temps sur une plage de 4 heures par exemple. Si les volumes horaires diffèrent d'une semaine sur l'autre il convient de faire la moyenne sur les 4 semaines.

A15 à A19 : Ensemble des sorties.

On recense ici l'activité des SMUR et de leur(s) antenne(s) : service ou pôle d'activité d'un service hospitalier chargé d'apporter hors de l'enceinte hospitalière des soins aux malades et aux blessés et de les transporter dans des conditions de réanimation satisfaisantes en coordination avec le SAMU (service d'aide médicale urgente).

- Sortie : intervention médicalisée d'une unité mobile hospitalière ayant pour but d'apporter des soins aux blessés, malades ou parturientes
- Sortie primaire : transport médicalisé ou non effectué par un SMUR de l'hôpital vers le lieu de la détresse et retour vers l'établissement de soins.
- Sortie secondaire : transport médicalisé effectué par un SMUR d'un établissement de soins à un autre.

A20 à A27 : Sorties primaires.

Les sorties blanches, interventions annulées en cours de route et interventions sans transport de patients doivent être comptées.

- **A20 : Total des sorties primaires non suivies de transport médicalisé vers un établissement de soins** (quelle que soit la raison de l'absence de transport). Ces sorties peuvent concerner plusieurs patients. Le total n'est donc pas nécessairement égal à la somme des patients détaillés ensuite.

Sont demandés :

- les patients décédés
- les patients laissés sur place (refus d'évacuation),
- les patients traités sur place (qui ont bénéficié de soins sur place),
- les patients transportés à l'hôpital par un moyen non médicalisé (secouristes, sapeurs pompiers, véhicule particulier, taxi, ambulance privée sans fonction SAMU).

Dans le cas de catastrophes avec sorties conjointes de plusieurs SMUR, ne pas chercher à compter ici les autres patients que ceux transportés par le SMUR enquêté

- **A25** : Nombre total de patients transportés par le SMUR vers un établissement de soins, quel que soit le type de véhicule utilisé (véhicule d'intervention des unités mobiles hospitalières : ambulance de secours et de soins d'urgence (ASSU), les voitures de secours d'urgence aux asphyxiés et blessés (VSAB)).

B23 à B26 : Types de véhicules utilisés dans le cadre du SMUR

Colonne C : Véhicules qui appartiennent à l'établissement

Colonne D : Véhicules mis à disposition de l'établissement quand cela est nécessaire

Certains types de véhicules peuvent pour partie appartenir à l'établissement et être mis à disposition. Dans ce cas, il faut cocher les cases des colonnes C et D.

C'est le mode de transport qui est demandé (air, mer, terre), et non la géographie du lieu d'intervention (montagne, mer, ...). Si une intervention en montagne est réalisée à l'aide d'un hélicoptère, elle sera à classer comme aérienne.

Il s'agit de compter le nombre de véhicules utilisés pour l'activité SMUR donc pour l'ensemble des interventions qu'il y ait ou non transport de patients.

E – SMUR PÉDIATRIQUE

Les informations demandées sont identiques à celles du SMUR général.

F - SERVICE D'AIDE MÉDICALE URGENTE - RÉGULATION DES APPELS (SAMU)

Quelques questions sont introduites sur l'organisation de la régulation des appels afin de mieux connaître à la fois l'activité du service et la participation de la médecine libérale.

A68, A69 : Nombre d'appels présentés et décrochés : nombre d'appels dans l'année, qu'ils soient enregistrés ou non.

Appels présentés : Ce sont les appels entrants en mesure d'être pris en charge par le Samu-Centre 15. Ils peuvent être décrochés par un Parm ou traités automatiquement par un serveur vocal interactif.

Appels décrochés : Appels présentés qui ont été pris en charge par une personne physique (essentiellement Parm ...).

B41 : Nombre de dossiers de régulation médicale ouverts dans l'année. Un Dossier de Régulation (DR) sera qualifié en tant que Dossier de Régulation Médicale (DRM) dès lors qu'il a bénéficié d'un acte de régulation médicale par application des règles spécifiées dans le règlement intérieur du Samu-Centre 15

B42 : Nombre de dossiers de régulation ouverts dans l'année. Un dossier de régulation (DR) 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 Samu – Centre 15.

B43 : 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).

A70. A72 : Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées en octobre pour la régulation : nombre d'heures de présence sur le mois d'octobre, **en moyenne sur une semaine**, sur le mois d'octobre. Ce nombre d'heures est demandé :

- pour les médecins régulateurs
- pour les médecins généralistes,
- pour les PARM

Il peut être calculé à partir du tableau de présence hebdomadaire pour chacune des 4 semaines d'octobre en veillant à bien compter 8 heures dans le cas où deux médecins sont présents en même temps sur une plage de 4 heures par exemple. Si les volumes horaires diffèrent d'une semaine sur l'autre il convient de faire la moyenne sur les 4 semaines.

G - PERSONNEL AFFECTÉ À LA MÉDECINE D'URGENCE

Effectifs et équivalents temps plein du personnel affectés à la médecine d'urgence et rémunérés au mois de décembre. Les ETP doivent correspondre au temps effectivement travaillé dans l'unité et non au temps rémunéré. L'objectif est, en effet, de rapprocher les moyens en personnel de l'activité décrite.

Le tableau propose un recensement par type d'activité (structure des urgences, SMUR et SAMU) s'il est possible de détailler le personnel affecté. Si le personnel est mutualisé, rendant la répartition entre les services impossible, la totalité des personnels sera inscrite dans les colonnes G et H.

L46. L47 : PERSONNEL MÉDICAL

Pour le secteur public, **les médecins affectés** qu'il convient de décompter correspondent aux médecins des statuts énumérés aux articles D 6124-1, 6 et 7)) **à l'exception des internes et autres étudiants en médecine.**

Contrairement à ce qui est demandé pour les autres questionnaires Q08 à Q16, chaque médecin affecté dans le service doit être compté pour 1 dans les effectifs, même s'il n'y consacre, par exemple, que 20 % de son temps. Pour ce bordereau, les effectifs ne peuvent donc pas être inférieurs aux ETP.

Dans le calcul des ETP, les professeurs des universités-praticiens hospitaliers sont comptés 0,5.

L48 à 50 PERSONNEL SOIGNANT : compter tout le personnel intervenant dans les soins au patient.

L51 à L56 AUTRE PERSONNEL : tout personnel, y compris administratif, affecté aux urgences (hors personnels soignants et médecins).

Indiquer 0 dans la case correspondante si l'unité d'urgences ne dispose pas de l'une des catégories de personnel décrites.

Mise à disposition de personnel

L'activité doit être décrite par l'établissement exerçant l'autorisation. Le personnel mis à disposition par un autre établissement et contribuant à cette activité doit donc être compté dans le personnel affecté.

**Q14A - Réanimation, soins intensifs et spécialisés et surveillance continue (pédiatrie)
(hors chirurgie cardiaque, SI de l'UNV, neurochirurgie, néonatalogie et traitement des grands brûlés)**

Equipement et activité			Unités de réanimation					Soins intensifs spécialisés		Surveillance continue
			Unité 1	Unité 2	Unité 3	Unité 4	Unité 5	Cardiologie	Autres spécialités	
			A	B	C	D	E	F	G	H
Nombre de lits	1									
Nombre de journées réalisées	2									
Nombre total d'admissions	3									
Nombre de patients traités par ventilation mécanique plus de 48 heures	4									
			Unités de réanimation					Soins intensifs spécialisés		Surveillance continue
Personnels intervenant			Unité 1	Unité 2	Unité 3	Unité 4	Unité 5	Cardiologie	Autres spécialités	
			A	B	C	D	E	F	G	H
Médecins (code SAE : 1000)	Nombre d'heures cumulées de régulation :	6								
	Salariés (ETP)	7								
	Libéraux exclusifs (effectif)	10								
	Libéraux non exclusifs (effectif)	11								
Infirmiers spécialisés et personnels d'encadrement infirmiers (code SAE : 2120, 2300)	Salariés (effectif)	12								
	Salariés (ETP)	13								
	Non salariés (effectif)	16								
	Non salariés (ETP)	17								
Infirmiers non spécialisés (code SAE : 2200)	Salariés (effectif)	18								
	Salariés (ETP)	19								
	Non salariés (effectif)	22								
	Non salariés (ETP)	23								
Aides-soignants (code SAE : 2500)	Salariés (effectif)	24								
	Salariés (ETP)	25								
	Non salariés (effectif)	28								
	Non salariés (ETP)	29								
Masseurs kinésithérapeutes (code SAE : 2130, 2410)	Salariés (effectif)	30								
	Salariés (ETP)	31								
	Libéraux (effectif)	34								
	Libéraux (ETP)	35								

**Q14B - Réanimation, soins intensifs et spécialisés et surveillance continue (adultes)
(hors chirurgie cardiaque, SI de l'UNV, neurochirurgie, néonatalogie et traitement des grands brûlés)**

Equipement et activité			Unités de réanimation					Soins intensifs spécialisés		Surveillance continue
			Unité 1	Unité 2	Unité 3	Unité 4	Unité 5	Cardiologie	Autres spécialités	
			A	B	C	D	E	F	G	H
Nombre de lits	1									
Nombre de journées réalisées	2									
Nombre total d'admissions	3									
Nombre de patients traités par ventilation mécanique plus de 48 heures	4									
			Unités de réanimation					Soins intensifs spécialisés		Surveillance continue
Personnels intervenant			Unité 1	Unité 2	Unité 3	Unité 4	Unité 5	Cardiologie	Autres spécialités	
			A	B	C	D	E	F	G	H
Médecins (code SAE : 1000)	Salariés (effectif)	6								
	Salariés (ETP)	7								
	Libéraux exclusifs (effectif)	10								
	Libéraux non exclusifs (effectif)	11								
Infirmiers spécialisés et personnels d'encadrement infirmiers (code SAE : 2120, 2300)	Salariés (effectif)	12								
	Salariés (ETP)	13								
	Non salariés (effectif)	16								
	Non salariés (ETP)	17								
Infirmiers non spécialisés (code SAE : 2200)	Salariés (effectif)	18								
	Salariés (ETP)	19								
	Non salariés (effectif)	22								
	Non salariés (ETP)	23								
Aides-soignants (code SAE : 2500)	Salariés (effectif)	24								
	Salariés (ETP)	25								
	Non salariés (effectif)	28								
	Non salariés (ETP)	29								
Masseurs kinésithérapeutes (code SAE : 2130, 2410)	Salariés (effectif)	30								
	Salariés (ETP)	31								
	Libéraux (effectif)	34								
	Libéraux (ETP)	35								

Q14A et B - Réanimation, soins intensifs spécialisés et surveillance continue

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

Le bordereau Q14 : réanimation, soins intensifs spécialisés et surveillance continue est dédoublé pour tenir compte des textes sur la réanimation pédiatrique. Le bordereau Q14A correspond à la prise en charge pédiatrique, le bordereau Q14B à la prise en charge adulte.

Ce bordereau permet de remplir des informations pour cinq unités distinctes de réanimation installées au sein d'un même établissement. Conserver d'une année sur l'autre le même identifiant même si une unité de numéro inférieur a été supprimée. La notion d'unité se rapporte à la fois à une unité de lieu et de gestion du personnel distincte sous la responsabilité d'un cadre et d'un chef de service. Chaque unité est examinée séparément.

Le décret du 24 janvier 2006 distingue trois modalités d'autorisation :

- réanimation adulte
- réanimation pédiatrique
- réanimation pédiatrique spécialisée

Les unités liées au traitement de grands brûlés, à la chirurgie cardiaque ou la neurochirurgie comme la réanimation néonatale et les soins intensifs de néonatalogie ne doivent pas figurer dans le bordereau Q14 mais dans les bordereaux correspondants Q10, Q11, Q12, Q16

Les soins intensifs inclus dans l'Unité Neurovasculaire ne sont pas à décrire ici mais dans le Q08.

NOUVEAUTÉS

Il est explicité dans le titre du bordereau que les soins intensifs des unités neurovasculaires ne sont pas à décrire ici.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Sont concernés tous les établissements de santé publics et privés, titulaires d'une autorisation pour au moins une de ces trois activités de médecine d'urgence cités ci-dessus

Secteur public : à remplir par l'entité juridique mono-établissement et également par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements)

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique

A. B. C. D. E. Unités de réanimation

Prise en charge des patients adultes ou enfants présentant, ou susceptibles de présenter, plusieurs défaillances mettant en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance. L'activité de réanimation nécessite la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, à la disposition exclusive de l'unité.

F. G. Unité de soins intensifs spécialisés

Prise en charge des patients présentant, ou susceptibles de présenter, une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité, mettant en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance. L'activité de soins intensifs cardiologiques sera soumise à des conditions particulières de fonctionnement définies par décret (selon projets sus-évoqués).

H. Surveillance continue

Prise en charge des malades qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique répétée et méthodique. Pour chaque unité, le **nombre de lits** correspond aux lits installés, devant faire l'objet dès la parution du décret d'une demande d'autorisation.

L'activité de l'unité est considérée isolément et se mesure en termes **d'admissions**, sans distinction de leur provenance (mutation, transfert ou entrée directe). Tout patient admis compte pour un.

A4 à E4. Nombre de patients traités par ventilation mécanique plus de 48 h

Il s'agit de patients ayant bénéficié d'une méthode d'assistance ventilatoire mécanique complète ou partielle au cours de leur séjour dans le service, quel que soit le mode d'administration, pendant plus de 48 heures d'affilée. S'il n'y en a eu aucun, mettre 0 dans la ou les cases correspondantes.

PERSONNEL INTERVENANT

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux contribuant à l'activité et rémunérés au mois de décembre. Les ETP doivent correspondre au temps effectivement travaillé dans l'unité et non au temps rémunéré. Ex : ETP = 0,50 pour une personne en Cessation Progressive d'Activité (CPA) rémunérée à 80%, ou l'ETP = 0,80 pour une personne à temps partiel à 80% rémunérée à 86%.

Médecins

N'inscrire dans la colonne réservée aux effectifs que ceux qui consacrent au moins 80% de leur activité à la prise en charge des secteurs décrits dans ce bordereau.

Pour ceux qui partagent leur temps entre ce secteur et d'autres unités (unité ou activité) comme le traitement de la douleur, par exemple pour les anesthésistes, ne pas les compter dans ces effectifs. Compter dans la colonne ETP la fraction de temps estimée consacrée à l'activité décrite. **On peut avoir un ETP médical supérieur aux effectifs.** Dans le calcul des ETP, les praticiens hospitalo-universitaires sont comptés 0,5.

Si un médecin temps plein travaille à 60 % de son temps en réanimation et 40 % au bloc opératoire, compter 0 dans la colonne « effectif » et 0,6 dans la colonne ETP.

Personnel non médical

Contrairement à ce qui est indiqué pour les médecins, les salariés intervenant sont à compter dans les effectifs même s'ils sont partagés avec d'autres services.

Personnel travaillant en coopération

La logique est de décrire les facteurs de production, au sens des économistes et l'activité produite par ceux-ci. Dans le cas de personnels partagés entre deux établissements géographiques (ex : utilisation d'un bloc commun par deux établissements géographiques de la même entité), il convient d'affecter le personnel sur le site sur lequel l'activité est décrite pour garder la cohérence d'ensemble entre moyens et activité correspondante.

Q15A - Traitement des affections cancéreuses par rayonnement ionisant de haute énergie

Identifiant du bordereau N° _____

Numéro Finess de l'ET d'implantation **A0** _____

en cas de remplissage de ce bordereau par l'EJ voir l'aide au remplissage

Equipements		Nombre		Nombre de champs	Nombre de passages-machine	Nombre de séances sur malades hospitalisés	Nombre de séances sur malades ambulatoires	Equipement accessible à d'autres structures
		A		C	D	E	F	H
Accélérateurs de radiothérapie	1				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Télécobalts	2							oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Total	3							

Curiethérapie		Nombre	Nombre d'applications de curiethérapie
Equipement de curiethérapie à bas débit avec projecteur de sources	8		
Equipement de curiethérapie à bas débit sans projecteur de sources	9		
Equipement de curiethérapie à haut débit de dose ou pulsée	10		

Personnels intervenant	code SAE		Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	Libéraux exclusifs (effectif)	Libéraux non exclusifs (effectif)
			A	B	F	G
Médecins radiothérapeutes	1170, 1200	11				
	code SAE		Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	Non salariés (effectif)	Non salariés (ETP)
Radiophysicien	4140, 4150	12				
Manipulateurs d'électroradiologie	4130	13				
Autres personnels non médicaux de l'unité de radiothérapie		14				

Q15A - Traitement des affections cancéreuses par rayonnements ionisants de haute énergie

NOUVEAUTÉS

Ce bordereau a été simplifié en supprimant les informations sur l'environnement technique.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Les données de ce bordereau doivent obligatoirement être renseignées et / ou validées par la personne physique ou morale titulaire de l'autorisation de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie.

Par exemple, dans le cas d'un cabinet libéral titulaire d'une autorisation de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie installée dans une clinique privée, c'est le cabinet libéral qui doit remplir l'ensemble du bordereau. La clinique, n'étant pas titulaire de l'autorisation ne remplit pas le bordereau.

Deux cas peuvent se présenter :

1. L'entité juridique détentrice de l'autorisation de l'autorisation répond à l'enquête

Il convient de remplir un bordereau Q15A pour chacun des établissements indiqués dans le bordereau STB.

A0 Indiquer le numéro Finess de l'établissement géographique d'implantation de l'autorisation correspondant

B0. Numéro d'ordre identifiant les différents bordereaux Q15A remplis par l'entité est généré automatiquement dans cette case B0.

2. L'établissement site d'implantation du titulaire de l'autorisation répond directement

Lorsque l'établissement d'implantation dépend juridiquement de l'entité détenant l'autorisation et est de plus interrogé dans SAE pour une autre activité que celle de radiothérapie. Dans ce cas, c'est l'établissement qui remplit directement le bordereau Q15A au sein de l'ensemble de son questionnaire SAE.

A0. Indique le numéro Finess de l'établissement qui doit donc être identique au numéro Finess indiqué en case B1 du bordereau ID.

B0. Un numéro d'ordre égal à 1 est généré automatiquement dans cette case, bien que l'établissement ne puisse remplir qu'un seul bordereau Q15A.

ÉQUIPEMENT

Type d'appareil d'accélérateurs de radiothérapie ou de télécobalt

A1. A2. Nombre d'appareils

E3. F3. Activité

C1. C2. Nombre de champs¹.

D1. D2. Nombre de passages-machine².

Cette activité concerne l'ensemble des malades pris en charge qu'ils soient hospitalisés en hospitalisation complète ou partielle ou extérieurs à l'établissement.

H1. H2. Etablissements site d'implantation d'un titulaire d'autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer par radiothérapie.

Cocher « OUI » si l'équipement est utilisé par des médecins non attachés au service, 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.

¹ Cumul des champs faits à chaque séance pour les patients

² Le nombre de passages machine inclut les passages correspondant aux centrages et les séances d'irradiation.

Nombre de séances

E3. Nombre de séances sur patients hospitalisés dans la structure. Une séance d'irradiation correspond à la venue du patient dans l'unité de radiothérapie. Un patient bénéficiant d'un passage au télécobalt et à l'accélérateur le même jour est compté pour une séance. En cas d'irradiation bi-fractionnée (matin et après midi), deux séances seront comptées³.

F3. Nombre de séances sur patients ambulatoires identifiées au sein de la CM 24 (*séjours de moins de 2 jours* dans laquelle c'est la durée de séjour qui est déterminante) dans le PMSI, en utilisant dans les deux cas la même notion que celle qui a été utilisée pour compter les séances réalisées en ambulatoire.

Le nombre de séances est à fournir sans distinguer l'équipement utilisé. Si le système d'information ne permet pas de répartir les séances réalisées ou non en ambulatoire, il est demandé de fournir une répartition approximative.

CURIETHERAPIE

Pour chaque type d'établissement :

Colonne A. Nombre d'équipement de curiethérapie

Colonne C. Nombre d'applications de curiethérapie

PERSONNEL INTERVENANT

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux qui contribuent à cette activité (hospitalisation complète et activité ambulatoire), rémunérés au mois de décembre. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'unité et non au temps rémunéré.

Personnel médical

N'inscrire dans la colonne « Effectif » que ceux qui consacrent au moins 80% de leur activité à la radiothérapie.

Dans la colonne « ETP » compter tous les médecins intervenant en radiothérapie, y compris ceux qui y interviennent pour moins de 80% de leur temps. Pour ceux qui partagent leur temps entre ce secteur et la chimiothérapie décrite dans le bordereau Q15B, compter leur fraction de temps estimée consacrée à la radiothérapie. On peut avoir un « ETP » médical supérieur aux effectifs. Ces ETP ne peuvent pas être supérieurs aux ETP de radiothérapie des bordereaux Q20. Dans le calcul des ETP, les praticiens hospitalo-universitaires sont comptés 0,5.

Personnel non médical

Les salariés intervenant sont à compter dans les effectifs même s'ils sont partagés avec d'autres services.

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations comptées. Ce qui importe, c'est le temps travaillé; par ex ETP = 0,50 pour une personne en cessation progressive d'activité (CPA) rémunérée à 80 % ou ETP = 0,80 pour une personne à temps partiel rémunéré à 86 %.

Autres personnels non médicaux de l'unité de radiothérapie

Compter tous les personnels autres que les radio-physiciens et les manipulateurs participant à l'activité de l'unité. Les personnels administratifs notamment (secrétariat) doivent être inclus.

³ Il s'agit en l'espèce d'un protocole particulier qui s'applique à un nombre réduit de patients

Q15B - Traitement des affections cancéreuses hors radiothérapie

Pour tous les établissements traitant les affections cancéreuses

		Nombre
		A
Venues en chimiothérapie (malades ambulatoires)	A1	
Nombre total de préparations de chimiothérapies délivrées	A3	
File active des patients cancéreux hospitalisés dans l'année (HC et HP)	A4	

Pour les établissements traitant les affections cancéreuses dans des unités individualisées

		Nombre	Nombre d'admissions	Journées réalisées
		A	B	C
Lits protégés pour la curiethérapie	5			
Total des lits de traitement contre le cancer en hospitalisation complète (y compris curiethérapie)	6			

Personnels intervenant dans l'(es) unité(s) d'hospitalisation individualisée(s) de cancérologie

	code SAE		Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	Libéraux exclusifs (effectif)	Libéraux non exclusifs (effectif)
			A	B	E	F
Médecins habilités en cancérologie	1130, 1000, 2000	12				
	code SAE		Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	Non salariés (effectif)	Non salariés (ETP)
Infirmiers et personnels d'encadrement infirmiers	2120, 2200, 2300	13				
Aides-soignants	2500	14				
Autres personnels des services médicaux		15				

Q15B - Traitement des affections cancéreuses hors radiothérapie par rayonnements ionisants de haute énergie

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

Cette partie recense, pour les établissements ayant une activité de chimiothérapie liée au traitement des affections cancéreuses, certaines données permettant de caractériser celle-ci à partir du PMSI ou en complément de celui-ci.

NOUVEAUTÉS

Ce bordereau a été simplifié en supprimant des informations pour les établissements traitant les affections cancéreuses dans des unités individualisées. Les données sur les greffes ne sont plus demandées, ainsi que la file active des patients cancéreux pour les CLCC.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Pour tous les établissements traitant les affections cancéreuses.

Secteur public : à remplir par l'entité juridique mono-établissement et également par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements)

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique

Pour tous les établissements traitant les affections cancéreuses

A1. Venues de patients ambulatoires pour la réalisation d'une chimiothérapie.

Ces chimiothérapies sont identifiées en hospitalisation de moins de 24 heures dans le PMSI.

A3. Nombre total de préparations de chimiothérapies délivrées

C'est la somme des chimiothérapies réalisées sur des patients en hospitalisation partielle venues en A1 et des chimiothérapies des malades hospitalisés. On peut, connaître le nombre des chimiothérapies réalisées sur des patients hospitalisés, par différence, entre ce total et les venues comptées en A1.

Une préparation correspond à la mise à disposition d'un conditionnement nominatif répondant à une ligne de prescription et comptabilisé pour chaque administration à un malade donné.

Seules les préparations destinées à être injecter (poches, seringues) doivent être comptabilisées.

Exemples : Aracytine 40 mg 2 fois par 24h pendant 8 jours équivaut à 16 préparations.

Méthotrexate 11g/24h en perfusion continue équivaut à une préparation.

On entend par « chimiothérapie » l'administration de médicaments anticancéreux (cytotoxiques, l'Interféron et le Proleukin sont exclus du calcul). L'administration isolée d'adjuvants (médicaments associés comme les facteurs de croissance, les antiémétiques, le mesna, les folinates, les corticoïdes) n'est pas comptabilisée comme une « chimiothérapie ».

A4. File active des patients cancéreux hospitalisés dans l'année.

C'est le nombre de malades différents qui ont été pris en charge au moins une fois par chimiothérapie, quel que soit le mode de prise en charge (en hospitalisation complète, partielle ou ambulatoire) ; sont inclus, les patients ayant subi des chimiothérapies en hospitalisation de jour ou ayant bénéficié de traitements ambulatoires en radiothérapie. Si la répartition entre les chimiothérapies réalisées en ambulatoire et sur malades hospitalisés n'est pas connue précisément, indiquer au moins une approximation du nombre de séances réalisées en ambulatoire en A1.

Pour les établissements traitant les affections cancéreuses dans des unités individualisées.

Cette partie du bordereau recense, pour les établissements qui ont individualisé des unités spécifiquement consacrées à la prise en charge du cancer (hors radiothérapie) avec du personnel dédié, les moyens dont ils disposent en hospitalisation complète¹. Sont concernés les centres hospitaliers ou cliniques qui disposent d'unités d'hospitalisation complète et de personnels dédiés à la cancérologie médicale ou chirurgicale (l'hématologie et les soins palliatifs sont exclus) et les centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Pour les CLCC, tous leurs lits concernent le traitement du cancer. Ils doivent donc indiquer le total de leurs lits en case A6. Le personnel correspondant sera celui des unités d'hospitalisation (plateau technique exclus).

A5. B5.C5. Lits protégés pour la curiethérapie

A6. B6.C6. Total des lits de traitement contre le cancer en hospitalisation complète y compris la curiethérapie.

Personnels intervenant dans l'(es) unité(s) d'hospitalisation individualisées de cancérologie

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux contribuant à l'activité d'hospitalisation complète et ambulatoire, et rémunérés au mois de décembre. Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations comptées.

Ce qui importe, c'est le temps travaillé ; par exemple ETP = 0,50 pour une personne en Cessation progressive d'activité (CPA) rémunérée à 80% ou ETP = 0,80 pour une personne à temps partiel à 80% rémunérée à 86%.

Compter uniquement le personnel des services d'hospitalisation (plateau technique exclus).

Personnel médical

Ligne 12. Médecins habilités en cancérologie

Médecins dits « ancien régime » déjà spécialistes et ayant acquis une compétence en cancérologie et aux médecins qualifiés comme médecins spécialistes en oncologie médicale ou oncologie radiothérapique après avis de la commission de qualification.

Médecins nouveau régime titulaires du DES en oncologie (option médicale ou radiothérapie) ainsi qu'aux médecins titulaires d'un DESC en cancérologie.

Inscrire dans la colonne Effectif ceux qui consacrent au moins 80% de leur activité à la chimiothérapie.

Dans la colonne ETP, compter tous les médecins intervenant en chimiothérapie, y compris ceux qui y interviennent pour moins de 80% de leur temps. Pour ceux qui partagent leur temps entre ce secteur et la radiothérapie décrite dans le bordereau Q15A, compter leur fraction de temps estimée consacrée à la chimiothérapie. On peut avoir un ETP médical supérieur aux effectifs. Ces ETP ne peuvent pas être supérieurs aux ETP de radiothérapie des bordereaux Q20. Dans le calcul des ETP, les praticiens hospitalo-universitaires sont comptés 0,5.

Ligne 13. 14. Personnel non médical

Les salariés intervenant sont à compter dans les effectifs même s'ils sont partagés avec d'autres services.

Ligne 15. Autres personnels des services médicaux

Compter tous les personnels autres que les infirmiers et personnels d'encadrement et les aides-soignants participant à l'activité de l'unité. Les personnels administratifs notamment (secrétariat) doivent être inclus.

¹ : Les renseignements des bordereaux Q10 à Q18 s'excluant les uns des autres, l'activité et le personnel du Q15A et ceux du Q15B ne doivent pas se recouvrir. **La seule donnée qui fait exception est la file active.**

Q16 - Obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale

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

S'il y a plusieurs unités au sein d'un même établissement, remplir un bordereau par unité (mettre les unités dans l'ordre de l'année précédente)

Identifiant du bordereau : N° _____

Forme d'autorisation détenue (cocher une case)

Nom de l'unité : A24 _____

Votre unité est-elle :

A0		un centre périnatal de proximité ?
B0		une unité d'obstétrique seule (niveau 1) ?
C0		une unité d'obstétrique et unité de néonatalogie (niveau 2) ?
D0		une unité d'obstétrique, unité de néonatalogie et unité de réanimation néonatale (niveau 3) ?

Equipement et activité			Obstétrique	Néonatalogie	<i>dont soins intensifs aux nouveau-nés</i>	Réanimation néonatale
			A	B	C	D
Nombre de lits, berceaux, couveuses		1				
Nombre d'admissions		2				
dont nombre de nouveau-nés venant de la maternité		3				
dont nombre de nouveau-nés venant d'un autre établissement		4				
Nombre de journées réalisées		5				
Nombre de box de travail		6				
Nombre d'accouchements sans césarienne		7				
dont nombre d'accouchements sous péridurale		8				
Nombre d'accouchements avec césarienne		9				
dont nombre d'accouchements sous péridurale ou rachi-anesthésie		10				
Nombre total d'accouchements (calculé)		11				
Nombre de femmes suivies puis adressées pour accouchement dans une maternité de niveau supérieur		12				
Nombre D'ENFANTS	Enfants nés de naissance unique (y c. enfants mort-nés)	13				
	Enfants nés de naissance multiple (y c. enfants mort-nés)	14				
	Nombre total d'enfants (calculé)	15				
	dont enfants mort-nés	16				
Nombre de journées des nouveau-nés restant près de leur mère		17		Nombre de nouveau-nés étant restés près de leur mère	D17	
Nombre de nouveau-nés transférés dans un autre établissement		18				

Personnels intervenant	Code SAE		Saliés (effectif)	Saliés (ETP)	Libéraux exclusifs (effectif)	Libéraux non exclusifs (effectif)
			A	B	E	F
Sages-femmes intervenant au secteur de la naissance	2800	19				
Infirmier(e) spécialisé(e) en puériculture	2340	23				
Pédiatres	1140	20				
Gynéco-obstétriciens	2050	21				
Anesthésistes réanimateurs	1030	22				

Q16 – Obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

Ce bordereau concerne les établissements de santé autorisés à pratiquer ces activités en vertu du décret n°98-899 du 9.10.1998. Il ne s'intéresse pas à l'activité de gynécologie médicale ou chirurgicale éventuelle de ces établissements. Les bordereaux Q01 et Q02 comptabilisent les lits et l'activité de la discipline d'équipement « gynécologie obstétrique » au sens de la carte sanitaire. Par différence, on pourra connaître la capacité et l'activité non obstétricale d'un établissement.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Ce bordereau est à remplir :

Secteur public : par l'entité juridique mono-établissement et par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements)

Secteur privé : au niveau de l'établissement géographique

Dans le cas où un établissement géographique a plusieurs unités autorisées de niveau différent, **remplir un bordereau par unité**. Identifier chaque unité de manière à conserver d'une année sur l'autre le même identifiant.

ÉQUIPEMENT ET ACTIVITÉ

A1. Obstétrique : Nombre de lits.

B1. C1. D1. Néonatalogie et Réanimation néonatale : Nombre de berceaux et couveuses installés le 31 décembre dans un établissement autorisé à pratiquer ces activités de soins.

Ligne 2. Nombre d'admissions

Activité de soins soumise à autorisation, l'activité de l'unité est considérée isolément et se mesure en termes d'admissions sans considération de la provenance (mutation, transfert ou entrée directe).

Ex : pour un bébé qui aurait un séjour avec des passages en : néonatalogie, réanimation néonatale, puis retour en néonatalogie, compter deux admissions en néonatalogie et une en réanimation néonatale.

Les admissions dans l'unité d'obstétrique ne concernent que les mères. Les entrées et journées en observation liées aux grossesses à risque doivent être comptabilisées, même si le séjour ne comporte pas d'accouchement.

Ligne 3. Dont nombre de nouveau-nés venant de la maternité

Compter exclusivement ici les nouveau-nés venant directement du secteur de la naissance. Dans le cas d'un nouveau-né, né sur place et admis d'abord en réanimation néonatale puis muté en soins intensifs, il ne sera compté qu'une fois en D3. Il ne figurera pas dans le décompte en C3.

Lignes 3 et 4.

Compte tenu à la fois de la possibilité de telles mutations et du fait qu'un nouveau-né peut naître à domicile avant son admission, le total des nouveau-nés inscrits ici peut être différent du nombre d'admissions en ligne 2.

Ligne 5. Nombre de journées réalisées

A6. Nombre de box de travail

Le nombre de box ou salles de travail, si chaque pièce accueille une femme et une seule, correspond à la capacité totale de prise en charge simultanée en secteur de naissance.

Ligne 7 à 11. Accouchements

La date limite de grossesse pour considérer les *fausses couches* comme un avortement est de 22 semaines. Au delà de cette date, les fausses couches sont décrites comme des accouchements. En cas de *naissances multiples*, on ne comptabilise qu'un seul accouchement (un acte).

Ligne 12. Nombre de femmes suivies et orientées

L'examen et l'orientation pour accouchement vers une autre maternité de niveau supérieur est une activité actuellement non identifiée, qui mobilise des moyens et qui marque le bon fonctionnement d'un réseau périnatal ainsi que l'optimisation des filières de prise en charge. C'est pourquoi le nombre de femmes orientées vers une structure plus adaptée à leur prise en charge est demandé. Ces patientes peuvent être suivies en consultations externes ou avoir été hospitalisées. Compter que les femmes ayant accouché ailleurs. Ne pas faire de distinction entre les femmes suivies et orientées pour des raisons de pathologie et celles transférées pour convenance personnelle.

Ligne 13 à 16. Nombre d'enfants

Les variables relatives au nombre d'enfants concernent les enfants déclarés à l'état civil directement par l'entité interrogée ou non, à l'exception des 22 à 28 semaines, c'est-à-dire : enfant vivant viable, enfant mort-né, après une gestation de plus de 180 jours. Les interruptions thérapeutiques de la grossesse (ITG) après le 6^{ème} mois ne doivent pas être incluses ce qui correspond aux règles de l'enquête périnatale DGS – DREES – INSERM.

Ligne 17. Nombre de journées des nouveau-nés restant près de leur mère

C'est le nombre de journées des nouveau-nés restant près de leur mère, à l'exclusion de ceux hospitalisés dans une autre unité (date de sortie - date de naissance).

PERSONNEL INTERVENANT

Les effectifs et ETP du personnel sont ceux qui contribuent à cette activité, rémunérés au mois de décembre. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'unité et non au temps rémunéré. Ce qui importe dans le calcul des ETP, c'est le temps travaillé ; par exemple l'ETP = 0,50 pour une personne en Cessation progressive d'activité (CPA) rémunérée à 80% ou l'ETP = 0,80 pour une personne à temps partiel à 80% rémunérée à 86%. Dans le calcul des ETP, les praticiens hospitalo-universitaires sont comptés 0,5.

Ligne 19. Sages-femmes intervenant au secteur de la naissance

Pour les sages-femmes intervenant au secteur de la naissance, ne compter que le personnel réservé à l'activité des salles de travail et d'accouchement (à l'exclusion des sages-femmes intervenant dans l'unité d'hospitalisation ou, le cas échéant, en secteur de consultation et de préparation à la naissance).

Les centres périnataux de proximité ne pourront pas déclarer ici de sages-femmes, même si elles assurent des consultations et des séances de préparation à la naissance.

Ligne 20. 21. 22. Pédiatres. Gynécologues-obstétriciens. Anesthésistes réanimateurs

Pour les pédiatres et les anesthésistes-réanimateurs et les gynécologues-obstétriciens, inscrire dans la colonne « effectif » les médecins qui consacrent plus de 80% de leur activité à la prise en charge des secteurs de néonatalogie et ou de réanimation néonatale ou d'obstétrique.

Pour ceux qui partagent leur temps entre ce secteur et d'autres (unité ou activité), ne pas les compter dans ces effectifs, mais **compter** pour ces personnels dans la colonne ETP la fraction de temps estimée consacrée à ces secteurs (en sus des ETP des médecins déjà indiqués dans les effectifs). On peut avoir un ETP médical supérieur aux effectifs.

Q17 - Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale

HEMODIALYSE	Code SAE			Nombre de générateurs	Nombre d'heures de fonctionnement hebdomadaire	Nombre de patients pris en charge la semaine du 15/10	dont nombre de nouveaux patients (de l'année) pris en charge la semaine du 15/10*	Nombre de séances dans l'année
		A	B	C	D	E		
Hémodialyse en centre	112B	Adultes	1					
		Enfants	2					
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	1130		20					
Entraînement à l'hémodialyse	112A		3					
Autodialyse	1140		4					
Hémodialyse à domicile	1150	Adultes	5					
		Enfants	6					
DIALYSE PERITONEALE				Nombre de places ou d'appareils	Nombre d'heures de fonctionnement hebdomadaire	Nombre de patients pris en charge la semaine du 15/10	dont nombre de nouveaux patients (de l'année) pris en charge la semaine du 15/10*	Nombre de semaines de traitement dans l'année
				A	B	C	D	E
Dialyse péritonéale en centre	122B	Adultes	7					
		Enfants	8					
Entraînement à la dialyse péritonéale	122A		9					
Dialyse péritonéale automatisée	121C	Adultes	10					
		Enfants	11					
Dialyse péritonéale continue ambulatoire	121A 121B	Adultes	12					
		Enfants	13					

* des précisions ont été apportées dans l'aide au remplissage

				Nombre de séances dans l'année				
Autres techniques d'épuration extra-rénale			14					
Dialyses réservées pour vacanciers			15					

Personnels intervenant	Code SAE			Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	Libéraux exclusifs (effectif)	Libéraux non exclusifs (effectif)
		A	B	E	F		
Médecins	1000	16					
				Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	non salariés (effectif)	non salariés (ETP)
Infirmiers et personnels d'encadrement infirmiers	2120 2200, 2300	17					
Aides-soignants	2500	18					
Personnels médico-techniques	4100	19					

Q17 - Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

Il s'agit exclusivement du traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale, activité de soins soumise aux décrets n°2002-1197 et 1198 du 23/09/2002.

NOUVEAUTÉS

La définition de « dont nombre de nouveaux patients.... » a été précisée.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Ce bordereau est à remplir par **toutes les entités** interrogées dont les établissements sont **autorisés** pour l'activité du traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale.

Secteur public : par toutes les entités juridiques et par les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements)

Secteur privé : au niveau de l'établissement géographique et de l'entité juridique privée de dialyse.

Dans le cas d'entités juridiques de dialyse (associations privées gérant une ou plusieurs unités d'auto-dialyse et des patients à domicile), la partie **équipement et activité** doit être remplie au niveau de **l'entité juridique** et au niveau de **chaque unité** avec un bordereau par n° FINESS. Le personnel sera renseigné au niveau de l'entité juridique seulement.

HEMODIALYSE

Sont considérés comme enfants les malades âgés de 0 à 16 ans.

Hémodialyse chronique : le malade recourt de façon régulière au rein artificiel car son insuffisance rénale est irréversible.

Ligne 1. 2. 20. Hémodialyse en centre ou en en unité allégée : hémodialyse réalisée dans une structure médicalisée où plusieurs malades peuvent être traités simultanément.

Ligne 3. Dans les centres ou les unités allégées, l'hémodialyse peut être d'entraînement si elle s'accompagne d'une formation à la prise en charge totale du traitement par le malade.

Ligne 4. Autodialyse : hémodialyse effectuée par le malade lui-même, mais hors de son domicile dans une unité antenne d'autodialyse où 5 à 10 malades peuvent se traiter simultanément.

Ligne 5 et 6. Hémodialyse à domicile : hémodialyse effectuée par le malade lui-même à son domicile.

DIALYSE PERITONEALE

Ligne 10 et 11. Dialyse péritonéale automatisée : Renouvellement de 20 litres de liquide sur 12 heures pendant la nuit. S'effectue à domicile à l'aide de cycleurs.

Ligne 12 et 13. Dialyse péritonéale continue ambulatoire : elle consiste en un renouvellement 3 à 5 fois par 24 heures de poches de liquide selon la prescription médicale.

ÉQUIPEMENT ET ACTIVITÉ

Il s'agit de repérer les places réservées à l'entraînement à l'autodialyse et à l'hémodialyse à domicile, les malades concernés par cette formation à l'entraînement, les séances qui accompagnent cette formation.

Il s'agit d'apprécier le nombre de patients pouvant être entraîné de façon simultanée. Ces données sont à remplir, même si le centre n'est pas propriétaire des équipements.

Ligne 14. Autres techniques d'épuration extra-rénale

Inscrire les éléments relatifs à l'hémofiltration et l'hémodiafiltration.

Colonne A. Nombre de générateurs d'hémodialyse installés y compris ceux à vocation spécifique (hépatite C, HIV...) et les générateurs de secours ; le nombre peut être différent des postes autorisés.

Colonne B. Nombre d'heures de fonctionnement hebdomadaire
Sans les urgences.

Colonne C. Nombre de malades pris en charge par le centre ou l'unité enquêtée la semaine du 15 / 10
C'est le nombre de patients différents dialysés dans l'unité enquêtée cette semaine donnée, et non du nombre de patients suivis par l'équipe médicale, pour ne pas induire de doubles comptes.

Colonne D. dont nombre de nouveaux patients

Parmi les malades pris en charge et dénombrés dans la colonne C, le nombre de « nouveaux patients » correspondent aux patients qui n'étaient pas traités un an auparavant dans l'unité (ou selon la même modalité qui est la leur dans la semaine de l'année incluant le 15 octobre). Ainsi, ces « nouveaux » patients peuvent être des patients auparavant dialysés ailleurs (*cf plus bas : définition de l'unité enquêtée*) et transférés dans le courant de l'année, ou des patients qui ont changé de mode de traitement ou encore des insuffisants rénaux chroniques ayant commencé dans l'année le traitement par épuration extrarénale (y compris s'il s'agit d'un retour de greffe). On cherche à mesurer ainsi les mouvements intervenus et non l'incidence des nouveaux cas.

Il ne s'agit donc pas de totaliser l'ensemble des nouveaux patients qui ont été pris en charge dans l'année mais de ne compter que les nouveaux patients (de l'année) qui se sont présentés la semaine du 15/10. Ce nombre est donc inférieur à celui donné colonne C (à moins de dédier la semaine du 15/10 à la prise en charge des nouveaux patients).

Ces deux dénombrements (colonnes C et D) donnent une vision une semaine donnée des patients traités (prévalence) et, parmi eux, de la part des « nouveaux » patients pour l'unité et une modalité donnée, ainsi qu'un « instantané » de la ventilation des différents modes de traitement de chaque unité.

Attention : l'unité enquêtée est ici l'entité juridique pour l'EJ en groupe 06 et chaque ET pour les questionnaires du groupe 07.

Colonne E. Nombre de séances dans l'année

Pratiquées sur un même malade ou sur des malades différents. Compter au maximum une séance par malade et par jour. Les séances d'hémodialyse réalisées chez des patients hospitalisés dans l'établissement sont à inclure.

Ligne 15. Dialyses réservées aux vacanciers

Inscrire le nombre total de séances réalisées pour les vacanciers toutes techniques confondues, pour les centres disposant d'une unité saisonnière (article R .6123-62).

Pour les centres qui n'accueillent des patients extérieurs que de façon marginale, le nombre de séances réalisées sera inclus dans l'activité globale du centre.

Pour la dialyse péritonéale, la notion de séance est remplacée par celle de semaine de traitement ou d'équivalent-semaine.

PERSONNEL INTERVENANT

Les effectifs et ETP du personnel sont ceux qui contribuent à cette activité, rémunérés au mois de décembre.

Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'unité et non au temps rémunéré et qui, dès lors, concourt à produire les prestations comptées.

Ce qui importe dans le calcul des ETP, c'est le temps travaillé.

Exe : ETP = 0,50 pour une personne en Cessation Progressive d'Activité (CPA) rémunérée à 80%

ou ETP = 0,80 pour une personne à temps partiel à 80% rémunérée à 86%.

Dans le calcul des ETP, les praticiens hospitalo-universitaires sont comptés 0,5.

Pour les unités d'autodialyse dépendant d'entités juridiques privées dédiées à la dialyse, la partie relative au personnel n'a pas à être remplie. C'est l'entité juridique qui remplit cette partie en consolidant les effectifs.

Q18 - Soins de suite et de réadaptation (activité et équipement) page 1

Identifiant du bordereau N° _____

Numéro Finess de l'ET A0 En cas de remplissage de ce bordereau par l'EJ voir l'aide au remplissage

Code activité	Activité	N° de ligne	Autorisation dans l'établissement	Nombre de lits	Nombre d'admissions (HC)*	Nombre de journées réalisées (HC)*	Nombre de places (HP)*	Nombre de venues (HP)*	Nombre de séances de Traitements et cures ambulatoires réalisées (TA 19)	Nombre de journées d'Hospitalisation à domicile réalisées (TA 06)	File active des patients en hospitalisation (HC + HP)*	Nombre de visites à domicile pour l'adaptation au domicile
			J	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Soins de suite et de réadaptation ADULTE												
Total adulte			1									
50	Polyvalent	4	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
Prise en charge spécialisée :												
51	Affections de l'appareil locomoteur	5	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
52	Affections du système nerveux	6	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
53	Affections cardio-vasculaires	7	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
54	Affections respiratoires	8	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
55	Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	9	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
56	Affections onco-hématologiques	10	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
57	Brûlés	11	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
58	Conduites addictives	12	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
59	Affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance	13	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
Soins de suite et de réadaptation ENFANT												
Total enfant			2									
50	Polyvalent	23	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
Prise en charge spécialisée :												
51	Affections de l'appareil locomoteur	24	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
52	Affections du système nerveux	25	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
53	Affections cardio-vasculaires	26	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
54	Affections respiratoires	27	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
55	Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	28	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
56	Affections onco-hématologiques	29	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
57	Brûlés	30	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
58	Conduites addictives	31	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
Total SSR (champ calculé)			3									

*HC = Hospitalisation complète, y compris de semaine

*HP = Hospitalisation à temps partiel, de jour et de nuit

Q18 - Soins de suite et de réadaptation (activité et équipement) page 2

Plateau technique

	Type de plateau technique présent dans l'établissement	Sur place	Accès par convention dans un autre établissement (au sein ou hors de l'EJ)
		A	B
14	Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Balnéothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Atelier d'ajustement d'aides techniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Atelier d'appareillage et de confection de prothèses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Laboratoire d'analyse du mouvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Electromyographie-électroencéphalographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Laboratoire d'urodynamique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Explorations pneumologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q18B1 - Soins de suite et de réadaptation (personnel)

Identifiant du bordereau
Numéro Finess de l'ET

N° ____

A0

en cas de remplissage de ce bordereau par l'EJ voir l'aide au remplissage

Personnels intervenants (1) Personnels médicaux	code SAE	N° ligne	Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	Libéraux exclusifs (effectif)	Libéraux non exclusifs (effectif)
			A	B	E	F
Médecins généralistes (hors gériatres)	1010 (hors Gériatre)	1				
Gériatres	Part de 1010	2				
Cardiologues	1040	3				
Endocrinologues, maladies métaboliques	1070	4				
Neurologues	1120	5				
Pédiatres	1140	6				
Pneumologues	1150	7				
Médecins de médecine physique et réadaptation	1180	8				
Rhumatologues	1190	9				
Hématologues	Part de 1200	26				
Psychiatres	3020	10				
Autres spécialités médicales	1200 (hors hématologue)	11				
Personnels non médicaux	code SAE	N° ligne	Salariés (effectif)	Salariés (ETP)	non salariés (effectif)	non salariés (ETP)
Personnels infirmiers (y compris encadrement)	2120, 2200 et 2300	12				
Masseurs kinésithérapeutes (y compris encadrement)	2130, 2410	13				
Orthophonistes	2430	14				
Diététiciens	2450	15				
Ergothérapeutes	2460	16				
Psychomotriciens	2470	17				
Aides soignants	2500	18				
Psychologues	2710	19				
Assistants de service social	3120	20				
Personnels éducatifs	3100 hors 3120 et non diplômés	21				
Autres personnels de rééducation ou de réadaptation	-	22				

(1) ne comptabiliser ici que les personnels affectés aux patients admis en SSR (ne pas comptabiliser leur activité réalisée au profit de patients hospitalisés en soins de courte durée)

Q18- Q18B1 – Soins de suite et réadaptation fonctionnelle

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

Il s'agit exclusivement de l'activité de soins de suite et réadaptation.

Le volet complémentaire SAE comporte deux bordereaux, Q18 et Q18B1. Il faut ainsi remplir le bordereau Q18B1 si le Q18 comporte une activité de soins de suite et réadaptation fonctionnelle. Dans le site de collecte sous internet, le bordereau Q18B1 (personnel) s'ouvre et peut être rempli si un bordereau Q18 a été saisi.

NOUVEAUTÉS

L'activité de soins de suite et de réadaptation a été modifiée suite aux décrets d'avril 2008. Cette activité n'est plus distinguée entre soins de suite d'une part et réadaptation fonctionnelle d'autre part. Tous les établissements autorisés assurent désormais un tronc commun d'activités de soins de suite et de réadaptation. Ils sont dits polyvalents. Certains bénéficient en plus de mentions les autorisant à exercer des activités plus spécialisées. Neuf spécialités peuvent être ainsi reconnues. Les établissements qui accueillent des enfants et des adolescents doivent en outre remplir certaines conditions particulières pour bénéficier d'une autorisation. A partir de la collecte 2011, il est demandé de renseigner les données d'activité selon le caractère exclusivement polyvalent et/ou spécialisé de son activité et en précisant si ce sont des enfants et adolescents qui sont accueillis ou des adultes.

QUI REMPLIT CES DEUX BORDEREAUX ?

Sont concernés tous les établissements de santé, titulaires d'une autorisation d'activité de soins de suite et réadaptation (SSR).

Ces deux bordereaux sont à remplir :

Secteur public :

- par les **établissements géographiques interrogés** directement dans la SAE qui ont une activité de SSR, et l'EJ n'a pas à les remplir pour eux.

- par les **entités juridiques** publiques qui vont répondre pour les établissements non interrogés, c'est-à-dire **ne figurant pas sur le bordereau ST**. L'EJ va remplir autant de bordereaux que d'établissements. Ainsi, pour des établissements non interrogés en raison de l'absence de lits d'hospitalisation MCO, mais qui ont néanmoins une activité de soins de suite et de réadaptation, l'EJ doit remplir les 2 bordereaux Q18 et Q18B1 pour chacun de ces établissements, en indiquant sur chaque bordereau le numéro FINESS de l'établissement dans la case A0 prévue à cet effet.

Secteur privé : au niveau de l'établissement géographique

Q18. Équipement et activité

A0. Numéro Finess de l'établissement

Si le bordereau est rempli par une EJ publique, remplir autant de bordereaux Q18 et Q18B1 que d'établissements géographiques concernés et indiquer pour chacun le numéro Finess de l'établissement (même dans le cas d'un seul établissement géographique concerné).

Une EJ ne remplit un bordereau Q18 et Q18B1 que pour ceux de ses établissements concernés qui ne sont pas interrogés directement dans SAE.

Si le bordereau est rempli par un établissement, public ou privé, répéter dans cette case le numéro Finess de l'établissement, identique à celui figurant en cellule B1 du bordereau d'identification (ID).

Activité et équipement

Les données d'activité doivent être renseignées par tous pour la partie d'activité polyvalente et pour les établissements qui bénéficient d'une mention spécifique, pour chaque activité spécialisée.

La distinction adulte/enfant se fera selon le service où il est présent. Un enfant n'a vocation à être pris en charge que dans un service autorisé à la prise en charge des enfants/ados. La limite d'âge est 18 ans en SSR, par adéquation avec la pédiatrie.

Lignes (1,2 et 3) Tableau d'équipement et d'activité

Le recensement est fait indépendamment des autorisations accordées. La ligne1 recense l'activité réalisée pour des patients adultes. La ligne 2 recense l'activité réalisée pour des enfants et des adolescents

A. Nombre de lits

Nombre de lits d'hospitalisation complète ou de semaine, installés au 31 décembre de l'année, comptabilisés pour chaque type de public (enfant ou adulte).

B. Nombre d'admissions

Le nombre d'admissions correspond au nombre de patients admis en hospitalisation à temps complet dans chacune des activités, quel que soit leur mode d'admission (mutation, transfert, entrée en provenance du domicile).

Les retours dans l'établissement, après une permission de sortie (absence inférieure à 48 heures) ne doivent pas être comptabilisés ici.

C. Nombre de journées réalisées

Les journées réalisées correspondent au nombre de présents en hospitalisation à temps complet, cumulés sur l'année. Le jour de sortie n'est comptabilisé qu'en cas de décès.

Les permissions de sortie de courte durée (<48h) lors d'un séjour interrompent le comptage des journées.

D. Nombre de places

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

E. Nombre de venues

Les venues en hospitalisation partielle, de jour ou de nuit, correspondent au nombre de passages non individualisés. Un malade est compté autant de fois qu'il vient dans l'année. Dans la même activité, pour un même malade, on ne compte qu'une seule venue par jour.

Remarque sur le nombre de lits et places ventilés par spécialités :

Les lits n'étant pas dédiés, un établissement pourra voir varier ses capacités par spécialités en nombre de lits ou places. Pour les établissements qui ne pourraient pas procéder à cette ventilation par spécialités, ont été maintenues les lignes « total adulte » et « total enfant » et une colonne indiquant l'existence ou non de la spécialisation (modalité oui/non). Ces variables constitueront le socle minimal de données à renseigner par les établissements.

Nombre de séances de traitements et cures ambulatoires

Les séances de traitements et cures ambulatoires correspondent au nombre de passages. Un malade est compté autant de fois qu'il vient dans l'année. Dans la même activité, pour un même malade, on ne compte qu'une seule séance par jour, même si le malade vient plusieurs fois le même jour.

F. Nombre de séances de Traitements et cures ambulatoires réalisées

On ne compte que les venues ou séances des patients en ambulatoires et pour les malades hospitalisés, on ne compte que les venues ou séances pour un motif différent de celui de l'hospitalisation complète.

G. Nombre de journées d'hospitalisation à domicile réalisées (HAD)

Il correspond au nombre de journées de prise en charge dans l'année se définissant comme la somme des journées réalisées pour chaque malade suivi.

H. File active des patients en hospitalisation (hospitalisation à temps complet et à temps partiel)

La file active correspond au nombre de patients **différents** pris en charge **dans l'année**, en hospitalisation à temps complet (y compris de semaine), en hospitalisation à temps partiel (de jour ou de nuit), ou en traitements et cures ambulatoires. Chaque début d'année, il y a remise à zéro du compteur.

I. Nombre de visites à domicile pour l'adaptation au domicile

Compter le nombre de visites à domicile effectuées par du personnel médical ou non médical, appartenant à l'établissement de santé, **dans la phase précédant la sortie** définitive (adaptation au domicile), que le patient soit pris en charge en hospitalisation à temps plein (y compris de semaine) ou en hospitalisation à temps partiel (de jour ou de nuit). Les visites à domicile effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ne sont pas à inclure. Lorsque plusieurs membres du personnel se déplacent simultanément au domicile d'un patient, ne compter qu'une visite.

Plateaux techniques

A14 à B22 Pour chaque type de plateau technique, il faut cocher si vous disposez des plateaux techniques sur place, ou de plateaux techniques d'autres établissements par le biais de convention.

BORDEREAU Q18B1. PERSONNEL DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE

Le bordereau Q18B1 concerne le personnel affecté à l'ensemble de l'activité de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle. Pour tout bordereau Q18 rempli, il convient donc de remplir le bordereau Q18B1.

A0. Numéro finess de l'établissement

Ce numéro est identique à celui porté sur le bordereau Q18 en A0.

PERSONNEL INTERVENANT

Le personnel recensé dans ces bordereaux est celui affecté aux patients admis en SSR. On ne comptabilise pas son éventuelle activité réalisée au profit de patients hospitalisés en soins de courte durée.

Lignes 1 à 11 et 26. Personnel médical à répartir selon la spécialité exercée.

Lignes 12 à 22. Personnel non médical à répartir par catégorie.

Concernant les personnels salariés

Les effectifs et ETP du personnel sont ceux qui contribuent à cette activité, rémunérés au mois de décembre. Les ETP correspondent au temps de travail **effectif** pour cette activité et non au temps rémunéré. Les personnels en cessation progressive d'activité seront comptés pour 0,5 ETP (s'ils exercent tout leur temps de travail dans cette activité) et non 0,8 correspondant à la part de leur rémunération. Pour le calcul des ETP, les praticiens hospitalo-universitaires sont comptés 0,5 ETP.

Praticiens libéraux

Les praticiens concernés sont ceux qui sont en activité en décembre. Ils concourent à la prise en charge des patients pour l'activité de soins décrite par le bordereau. On distingue :

E. Les praticiens libéraux exclusifs qui n'interviennent que dans un seul établissement. (cabinet libéral + un établissement, ou établissement uniquement).

F. Les praticiens libéraux non exclusifs qui interviennent dans une ou plusieurs autres structures de soins.

Les praticiens libéraux, appelés à la demande de l'établissement et qui interviennent de façon exceptionnelle, ne sont pas comptabilisés.

**EFFECTIF ET EQUIVALENT TEMPS PLEIN
DES PERSONNELS MEDICAUX ET NON MEDICAUX**

Q20A – Personnels médicaux : effectif et ETP par spécialité exercée - public	149
Q20B – Personnels médicaux : effectif et ETP par spécialité exercée - privé.....	155
Q21 – personnels médicaux par groupe de disciplines d'équipement	159
Q22 – Internes et faisant fonction d'internes	163
Q23 – Sages-femmes et personnels non médicaux : effectif et ETP	166
Q24 – Sages-femmes et personnels non médicaux par groupe de disciplines d'équipement (ETP).....	169
Q25 - Emplois aidés	173
Q26 - Sages-femmes et personnels non médicaux : intérimaires et libéraux	175

Q20A - Personnels médicaux : effectif et ETP par spécialité exercée - public

1. Effectif selon le temps de travail, la spécialité exercée et le sexe

Code		Effectif des personnels (y compris attachés, hors libéraux)						
		Effectif des personnels temps plein		Effectif des personnels temps partiel		Effectif des praticiens libéraux		
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
MEDECINE GENERALE								
Médecine générale	1010	1	A	B	C	D	M	N
SPECIALITES MEDICALES	1000							
Anatomie et cytologie pathologiques	1020	2						
Anesthésie - Réanimation	1030	3						
Cardiologie et maladies vasculaires	1040	4						
Oncologie	1130	5						
Dermatologie - Vénérologie	1050	6						
Endocrinologie et maladies métaboliques	1070	7						
Gastro entérologie et hépatologie	1090	8						
Médecine Interne	1100	9						
Médecine nucléaire	1210	10						
Médecine physique et de réadaptation	1180	11						
Néphrologie	1110	12						
Neurologie	1120	13						
Pédiatrie	1140	14						
Pneumologie	1150	15						
Radiologie	1160	16						
Radiothérapie	1170	17						
Réanimation médicale	1031	18						
Rhumatologie	1190	19						
Autres spécialités médicales	1200	20						
SPECIALITES CHIRURGICALES	2000							
Chirurgie générale	2010	21						
Chirurgie digestive	2120	22						
Chirurgie vasculaire	2130	23						
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	2020	24						
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2030	25						
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	2040	26						
Chirurgie thoracique et cardiaque	2140	27						
Gynécologie - Obstétrique	2050	28						
Neuro-chirurgie	2060	29						
Chirurgie infantile	2150	30						
Ophthalmologie	2070	31						
Oto-Rhino-laryngologie	2080	32						
Chirurgie urologique	2100	33						
Autres spécialités chirurgicales	2110	34						
AUTRES DISCIPLINES	3000							
Biologie médicale	3010	35						
Psychiatrie	3020	36						
Odontologie	3030	37						
Pharmaciens	3050	38						
Santé publique (y compris DIM)	3040	39						
Médecins du travail	3060	40						
Autres	3070	41						
TOTAL PERSONNEL MEDICAL	9999	42						

Q20A - Personnels médicaux : effectif et ETP par spécialité exercée - public

2. ETP selon le statut, la spécialité exercée et le sexe

	Code	ETP total des personnels		ETP des hospitalo-universitaires titulaires	ETP des praticiens hospitaliers	ETP des assistants	ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	ETP des attachés	ETP des autres salariés (y compris ne relevant pas d'un statut)
		Hommes	Femmes						
MEDECINE GENERALE									
		E	F	G	H	I	J	K	L
Médecine générale	1010	1							
SPECIALITES MEDICALES (1000)									
Anatomie et cytologie pathologiques	1020	2							
Anesthésie - Réanimation	1030	3							
Cardiologie et maladies vasculaires	1040	4							
Oncologie	1130	5							
Dermatologie - Vénérologie	1050	6							
Endocrinologie et maladies métaboliques	1070	7							
Gastro entérologie et hépatologie	1090	8							
Médecine Interne	1100	9							
Médecine nucléaire	1210	10							
Médecine physique et de réadaptation	1180	11							
Néphrologie	1110	12							
Neurologie	1120	13							
Pédiatrie	1140	14							
Pneumologie	1150	15							
Radiologie	1160	16							
Radiothérapie	1170	17							
Réanimation médicale	1031	18							
Rhumatologie	1190	19							
Autres spécialités Médicales	1200	20							
SPECIALITES CHIRURGICALES (2000)									
Chirurgie générale	2010	21							
Chirurgie digestive	2120	22							
Chirurgie vasculaire	2130	23							
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	2020	24							
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2030	25							
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	2040	26							
Chirurgie thoracique et cardiaque	2140	27							
Gynécologie - Obstétrique	2050	28							
Neuro-chirurgie	2060	29							
Chirurgie infantile	2150	30							
Ophthalmologie	2070	31							
Oto-rhino-laryngologie	2080	32							
Chirurgie urologique	2100	33							
Autres spécialités chirurgicales	2110	34							
AUTRES DISCIPLINES (3000)									
Biologie médicale	3010	35							
Psychiatrie	3020	36							
Odontologie	3030	37							
Pharmaciens	3050	38							
Santé publique (y compris DIM)	3040	39							
Médecins du travail	3060	40							
Autres	3070	41							
TOTAL Personnel médical	9999	42							
TOTAL ETP budgétés	A43								
TOTAL ETP rémunéré mis à disposition dans le cadre de coopérations								A44	

Q20A - Personnels médicaux : effectif et ETP par spécialité exercée - public

3 . Totaux

	Code	Effectif des personnels (y compris attachés, hors libéraux)			ETP total des personnels	Effectif des praticiens libéraux
		TOTAL temps plein	TOTAL temps partiel	Effectif total des personnels		
MEDECINE GENERALE						
			O	P	Q	R
Médecine générale	1010	1				
SPECIALITES MEDICALES						
	1000					
Anatomie et cytologie pathologiques	1020	2				
Anesthésie - Réanimation	1030	3				
Cardiologie et maladies vasculaires	1040	4				
Oncologie	1130	5				
Dermatologie - Vénérologie	1050	6				
Endocrinologie et maladies métaboliques	1070	7				
Gastro entérologie et hépatologie	1090	8				
Médecine Interne	1100	9				
Médecine nucléaire	1210	10				
Médecine physique et de réadaptation	1180	11				
Néphrologie	1110	12				
Neurologie	1120	13				
Pédiatrie	1140	14				
Pneumologie	1150	15				
Radiologie	1160	16				
Radiothérapie	1170	17				
Réanimation médicale	1031	18				
Rhumatologie	1190	19				
Autres spécialités médicales	1200	20				
SPECIALITES CHIRURGICALES						
	2000					
Chirurgie générale	2010	21				
Chirurgie digestive	2120	22				
Chirurgie vasculaire	2130	23				
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	2020	24				
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2030	25				
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	2040	26				
Chirurgie thoracique et cardiaque	2140	27				
Gynécologie - Obstétrique	2050	28				
Neuro-chirurgie	2060	29				
Chirurgie infantile	2150	30				
Ophthalmologie	2070	31				
Oto-rhino-laryngologie	2080	32				
Chirurgie urologique	2100	33				
Autres spécialités chirurgicales	2110	34				
AUTRES DISCIPLINES						
	3000					
Biologie médicale	3010	35				
Psychiatrie	3020	36				
Odontologie	3030	37				
Pharmaciens	3050	38				
Santé publique (y compris DIM)	3040	39				
Médecins du travail	3060	40				
Autres	3070	41				
TOTAL PERSONNEL MEDICAL	9999	42				

Q20A – Personnels médicaux : effectif et ETP par spécialité exercée – public

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

Ce questionnaire concerne les personnels médicaux de l'établissement rémunérés en décembre (hors internes et résidents) et les médecins libéraux intervenant dans les hôpitaux locaux.

Le personnel mis à disposition dans une autre entité est compté dans l'entité qui prend en charge la rémunération. Toutefois, dans le cas où tout ou partie du personnel de l'entité est rémunéré par un syndicat inter-hospitalier (SIH), ce personnel sera considéré comme rémunéré par l'entité dans laquelle il exerce son activité.

Les personnels en congé simple ou en longue maladie sont pris en compte selon leur taux de rémunération. Les personnels ayant bénéficié de rappel en décembre, à l'exclusion de toute autre rémunération ne sont pas pris en compte.

Les internes et résidents ne sont pas concernés par ce bordereau mais par le Q22.

CONCEPTS IMPORTANTS

Une personne travaillant à 50% dans deux établissements géographiques différents sera comptée pour 1 en effectif et 0,5 en ETP dans chacun des établissements. Les effectifs seront consolidés au niveau de l'EJ de rattachement : 1 en effectif et 1 en ETP.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

A remplir par toutes les entités publiques interrogées : les entités juridiques et également tous les établissements géographiques publics interrogés.

Pour les entités juridiques, la réponse doit concerner l'ensemble de leurs établissements sanitaires (hors EHPAD et autres établissements médico-sociaux).

SPÉCIALITÉ EXERCÉE

Le personnel est interrogé sur la spécialité principale d'exercice des médecins **En fait, cette spécialité exercée correspond à la prestation rendue par le médecin au patient, laquelle est généralement identique 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 : c'est le cas, en particulier, d'un certain nombre de médecins de DIM titulaires de diplômes de spécialités cliniques ou des médecins à diplôme étranger ou de certains médecins qui ont plusieurs spécialités.

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.

Cette notion de prestation rendue explique comment répartir les spécialistes d'organe, également pédiatres. Les cardiologues infantiles, néphrologues infantiles, mais aussi les chirurgiens orthopédistes ou neurochirurgiens par exemple... qui exercent dans des établissements ou unités spécialisées pour enfants, en particulier dans les CHU, doivent être répertoriés comme exerçant des activités de cardiologie, néphrologie, chirurgie orthopédique, neurochirurgie, etc... et non de pédiatrie ou de chirurgie infantile. L'activité de médecine interne de l'enfant correspond à la pédiatrie et celle de chirurgie générale de l'enfant correspond à la chirurgie infantile.

La nomenclature à laquelle on peut se référer est celle des postes hospitaliers (arrêté de juillet 99) (cf. nomenclature Q de la brochure « Nomenclatures de la SAE »). Dans cette nomenclature, les médecins des urgences (lorsqu'ils ne sont pas diplômés en anesthésie-réanimation) sont recrutés sur des postes de médecine polyvalente d'urgences, les médecins de gériatrie sur des postes de médecine polyvalente gériatrique, en conséquence, ils sont à recenser dans la ligne médecine générale, de même que les médecins en soins palliatifs.

L'hygiène hospitalière fait partie du même groupe que la Santé publique, et devra être inscrite dans la ligne « autres » dans l'ensemble « autres disciplines ».

Pour les médecins salariés qui sont partagés entre deux activités (comme un anesthésiste, également chargé du DIM à temps partiel, ou encore un réanimateur assurant les fonctions de médecin en l'hygiène hospitalière), ils figureront dans la partie du bordereau relative aux effectifs sur une seule ligne et devront donc être affectés arbitrairement sur une des deux spécialités et une seule. Par contre, dans la partie suivante sur les ETP par statut et spécialité exercée, ils seront répartis en deux fractions d'équivalents temps plein (par exemple 0,5 en réanimation et 0,5 en hygiène hospitalière). Pour un même établissement, il ne peut donc pas y avoir de double-compte, ni en effectif, ni en ETP.

1. EFFECTIF (page 1/2)

Pour faciliter le remplissage, le bordereau est divisé en deux tableaux. L'un sur les effectifs, l'autre sur les ETP. Sur le site internet, on peut obtenir les totaux, calculés par le logiciel, dans un tableau récapitulatif (bordereau Q20A page 3).

Dans les colonnes d'effectifs, les personnels médicaux sont répartis en effectifs selon leur temps de travail.

- **Temps plein**

Dans ce cadre, est considéré comme un temps plein tout médecin qui exerce à temps plein quel que soit son statut (y compris les médecins étrangers, les médecins contractuels ou nommés à titre provisoire, les attachés à temps plein). Par exemple, un attaché qui effectue 10 vacations figurera comme temps plein. Les praticiens hospitalo-universitaires travaillent à temps plein, même si leur valence hospitalière est à mi-temps.

Les médecins temps plein qui sont partagés entre deux activités (comme un anesthésiste chargé à temps partiel également du DIM ou un réanimateur de l'hygiène hospitalière), figureront dans la partie du bordereau relative aux effectifs sur une seule ligne et devront donc être affectés arbitrairement sur une des deux spécialités et une seule. Par contre, dans la partie suivante sur les **ETP** par statut et spécialité exercée, ils seront répartis en deux fractions d'équivalents temps plein (par exemple 0,5 en réanimation et 0,5 en hygiène hospitalière).

- **Temps partiel**

Dans les colonnes temps partiel, figureront toutes les personnes qui travaillent à temps partiel, quel que soit leur statut. En conséquence, un praticien hospitalier temps plein ayant demandé à bénéficier d'un temps partiel dans le cadre des dispositions légales prévues, fait partie des effectifs temps partiel.

- **Libéraux**

Les colonnes sur les praticiens libéraux **ne concernent que les hôpitaux locaux**. Ces médecins libéraux, payés à l'acte, ne doivent pas être comptés dans les colonnes effectifs C et D, ni dans les colonnes d'ETP (E et F). Ils ne sont pas compris dans le personnel médical total (colonne Q).

En revanche, les médecins libéraux nommés coordinateurs des unités de soins pour personnes âgées dépendantes ou de soins de suite, sous contrat, sont des salariés et doivent être comptés dans les effectifs temps partiel (colonnes C et D) et en ETP (colonnes E, F et L) : autres salariés, y compris ceux ne relevant pas d'un statut).

2. ETP (page 2/2)

Dans le deuxième tableau, les personnels médicaux sont comptés en ETP et répartis selon leur statut. L'équivalent temps plein est calculé au prorata du taux de rémunération. Une personne travaillant 0,80 temps plein mais bénéficiant d'une rémunération de 0,86 temps plein sera comptée 0,86. L'ETP d'une personne est au plus égal à 1, même si la durée du travail est supérieure à la durée légale.

- **Praticiens hospitalo-universitaires (colonnes G et J)**

Pour simplifier les règles et tenir compte de leur double appartenance, les praticiens hospitalo-universitaires (titulaires et non titulaires) doivent être comptés 0,5 en équivalent temps plein.

- **Praticiens hospitaliers (colonne H)**

N'inscrire dans cette colonne que les praticiens hospitaliers titulaires (temps plein et temps partiel).

Les praticiens adjoints contractuels (PAC), les praticiens nommés à titre provisoire, les praticiens contractuels, c'est-à-dire les praticiens non titulaires qu'ils soient temps plein ou temps partiel, font partie des autres salariés (colonne L).

- **Attachés (colonne K)**

Les ETP d'attachés correspondent à la quotité de temps rémunérée au mois de décembre (même lorsqu'ils sont rémunérés sur des postes vacants ou des budgets spécifiques venant abonder la section hôpital : vacations réseau ville-hôpital, ou permanence d'accès aux soins, dans le cadre de PRAPS). Le temps de travail est compté en vacations, une vacation correspondant à une demi-journée de travail. L'ETP est donc égal à 1 si l'attaché effectue 10 vacations dans la semaine.

- **Total ETP budgétés (case A43)**

En faisant la différence entre les ETP budgétés, c'est à dire théoriques (A43) et les ETP rémunérés (R42), on disposera d'une information sur les ETP vacants en décembre dans l'établissement.

- **Personnels mis à disposition, à remplir uniquement par l'établissement qui prête le personnel (case A44)**

Les personnels mis à disposition sont déclarés par l'entité qui prend en charge leur rémunération, même si celle-ci est remboursée par l'entité bénéficiant de la mise à disposition. La case A44 en bas du tableau permet de faire figurer les ETP ainsi mis à disposition d'autres structures mais rémunérés par l'entité.

Q20B - Personnels médicaux : effectif et ETP par spécialité exercée - privé

1. Effectif et ETP des praticiens salariés selon la spécialité exercée et le sexe

ACTIVITE EXERCEE			Effectif des praticiens salariés temps plein		Effectif des praticiens salariés temps partiel		ETP des praticiens salariés		
	Code		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
MEDECINE GENERALE									
			A	B	C	D	E	F	
Médecine générale	1010	1							
SPECIALITES MEDICALES									
	1000								
Anatomie et cytologie pathologiques	1020	2							
Anesthésie - Réanimation	1030	3							
Cardiologie et maladies vasculaires	1040	4							
Oncologie	1130	5							
Dermatologie - Vénérologie	1050	6							
Endocrinologie et maladies métaboliques	1070	7							
Gastro entérologie et hépatologie	1090	8							
Médecine Interne	1100	9							
Médecine nucléaire	1210	10							
Médecine physique et de réadaptation	1180	11							
Néphrologie	1110	12							
Neurologie	1120	13							
Pédiatrie	1140	14							
Pneumologie	1150	15							
Radiologie	1160	16							
Radiothérapie	1170	17							
Réanimation médicale	1031	18							
Rhumatologie	1190	19							
Autres spécialités médicales	1200	20							
SPECIALITES CHIRURGICALES									
	2000								
Chirurgie générale	2010	21							
Chirurgie digestive	2120	22							
Chirurgie vasculaire	2130	23							
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	2020	24							
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2030	25							
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	2040	26							
Chirurgie thoracique et cardiaque	2140	27							
Gynécologie - Obstétrique	2050	28							
Neuro-chirurgie	2060	29							
Chirurgie infantile	2150	30							
Ophthalmologie	2070	31							
Oto-rhino-laryngologie	2080	32							
Chirurgie urologique	2100	33							
Autres spécialités chirurgicales	2110	34							
AUTRES DISCIPLINES									
	3000								
Biologie médicale	3010	35							
Psychiatrie	3020	36							
Odontologie	3030	37							
Pharmaciens	3050	38							
Santé publique (y compris DIM)	3040	39							
Médecins du travail	3060	40							
Autres	3070	41							
TOTAL PERSONNEL MEDICAL	9999	42							
Total ETP budgétés		A43			Total ETP rémunéré mis à disposition dans le cadre de coopérations			A44	

Q20B - Personnels médicaux : effectif et ETP par spécialité exercée - privé

2 . Praticiens libéraux selon la spécialité exercée et le sexe

ACTIVITE EXERCEE	Code	Praticiens libéraux exclusifs temps plein		Praticiens libéraux exclusifs temps partiel		Praticiens libéraux non exclusifs	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
MEDECINE GENERALE							
Médecine générale	1010	1					
SPECIALITES MEDICALES							
Anatomie et cytologie pathologiques	1020	2					
Anesthésie - Réanimation	1030	3					
Cardiologie et maladies vasculaires	1040	4					
Oncologie	1130	5					
Dermatologie - Vénérologie	1050	6					
Endocrinologie et maladies métaboliques	1070	7					
Gastro entérologie et hépatologie	1090	8					
Médecine Interne	1100	9					
Médecine nucléaire	1210	10					
Médecine physique et de réadaptation	1180	11					
Néphrologie	1110	12					
Neurologie	1120	13					
Pédiatrie	1140	14					
Pneumologie	1150	15					
Radiologie	1160	16					
Radiothérapie	1170	17					
Réanimation médicale	1031	18					
Rhumatologie	1190	19					
Autres spécialités médicales	1200	20					
SPECIALITES CHIRURGICALES							
Chirurgie générale	2010	21					
Chirurgie digestive	2120	22					
Chirurgie vasculaire	2130	23					
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	2020	24					
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2030	25					
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	2040	26					
Chirurgie thoracique et cardiaque	2140	27					
Gynécologie - Obstétrique	2050	28					
Neuro-chirurgie	2060	29					
Chirurgie infantile	2150	30					
Ophthalmologie	2070	31					
Oto-rhino-laryngologie	2080	32					
Chirurgie urologique	2100	33					
Autres spécialités chirurgicales	2110	34					
AUTRES DISCIPLINES							
Biologie médicale	3010	35					
Psychiatrie	3020	36					
Odontologie	3030	37					
Pharmaciens	3050	38					
Santé publique (y compris DIM)	3040	39					
Médecins du travail	3060	40					
Autres	3070	41					
TOTAL PERSONNEL MEDICAL	9999	42					

Q20B - Personnels médicaux : effectif et ETP par spécialité exercée - privé

3 . Totaux

		Effectif des praticiens salariés temps plein	Effectif des praticiens salariés temps partiel	Effectif total des praticiens salariés	ETP des praticiens salariés	Praticiens libéraux exclusifs temps plein	Praticiens libéraux exclusifs temps partiel	Praticiens libéraux exclusifs (ensemble)	Praticiens libéraux non exclusifs
ACTIVITE EXERCEE	Code	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
MEDECINE GENERALE									
Médecine générale	1010	1							
SPECIALITES MEDICALES									
Anatomie et cytologie pathologiques	1000								
	1020	2							
Anesthésie - Réanimation	1030	3							
Cardiologie et maladies vasculaires	1040	4							
Oncologie	1130	5							
Dermatologie - Vénérologie	1050	6							
Endocrinologie et maladies métaboliques	1070	7							
Gastro entérologie et hépatologie	1090	8							
Médecine Interne	1100	9							
Médecine nucléaire	1210	10							
Médecine physique et de réadaptation	1180	11							
Néphrologie	1110	12							
Neurologie	1120	13							
Pédiatrie	1140	14							
Pneumologie	1150	15							
Radiologie	1160	16							
Radiothérapie	1170	17							
Réanimation médicale	1031	18							
Rhumatologie	1190	19							
Autres spécialités médicales	1200	20							
SPECIALITES CHIRURGICALES									
Chirurgie générale	2000								
	2010	21							
Chirurgie digestive	2120	22							
Chirurgie vasculaire	2130	23							
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	2020	24							
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2030	25							
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	2040	26							
Chirurgie thoracique et cardiaque	2140	27							
Gynécologie - Obstétrique	2050	28							
Neuro-chirurgie	2060	29							
Chirurgie infantile	2150	30							
Ophthalmologie	2070	31							
Oto-rhino-laryngologie	2080	32							
Chirurgie urologique	2100	33							
Autres spécialités chirurgicales	2110	34							
AUTRES DISCIPLINES									
	3000								
Biologie médicale	3010	35							
Psychiatrie	3020	36							
Odontologie	3030	37							
Pharmaciens	3050	38							
Santé publique (y compris DIM)	3040	39							
Médecins du travail	3060	40							
Autres	3070	41							
TOTAL PERSONNEL MEDICAL	9999	42							

Q20B – Personnels médicaux : effectif et ETP par spécialité exercée - privé

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

Ce questionnaire concerne les personnels médicaux rémunérés en décembre par l'établissement (hors internes et résidents).

Pour faciliter le remplissage, le bordereau est divisé en deux tableaux. L'un concerne les salariés de l'établissement, l'autre les libéraux intervenant habituellement dans l'établissement. Sur le site internet, on peut obtenir les totaux, calculés par le logiciel, dans un tableau récapitulatif (bordereau Q20B page 3).

CONCEPTS IMPORTANTS

Une personne travaillant à 50% dans deux établissements géographiques différents sera comptée pour 1 en effectif et 0,5 en ETP dans chacun des établissements. Les effectifs seront consolidés au niveau de l'EJ de rattachement : 1 en effectif et 1 en ETP.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

A remplir par toutes les entités privées interrogées.

Pour les entités juridiques, la réponse doit concerner l'ensemble de leurs établissements sanitaires (hors EHPAD et autres établissements médico-sociaux).

1. PRATICIENS SALARIÉS (PAGE 1/2)

Les personnels concernés sont ceux rémunérés en décembre par l'établissement et ayant une activité à temps plein ou temps partiel quel que soit leur lieu de travail. Les personnels ayant bénéficié de rappel en décembre à l'exclusion de toute autre rémunération ne sont pas pris en compte. Le personnel mis à disposition dans une autre entité est compté dans l'entité qui prend en charge la rémunération. Les personnels en congé simple ou en longue maladie sont pris en compte selon leur taux de rémunération

L'équivalent temps plein est calculé au prorata du taux de rémunération. Une personne travaillant 0,80 temps plein mais bénéficiant d'une rémunération de 0,86 TP sera comptée 0,86. L'ETP d'un salarié est au plus égal à 1, même si la durée du travail est supérieure à la durée légale.

Les praticiens hospitalo-universitaires, titulaires ou non, sont considérés, dans les colonnes A, B, C, D (effectif) comme travaillant à temps plein, même si leur valence hospitalière est à mi-temps. Par contre, dans les colonnes E et F (équivalent temps plein), ils comptent pour 0,5 du fait de leur double appartenance.

Médecins salariés partagés entre deux activités

Pour les médecins salariés qui sont partagés entre deux activités (comme un anesthésiste chargé à temps partiel également du DIM ou un réanimateur de l'hygiène hospitalière), ils figureront dans la partie du bordereau relative aux effectifs sur une seule ligne et devront donc être affectés arbitrairement sur une des deux activités et une seule. Par contre, dans la partie suivante sur les ETP par statut et spécialité exercée, ils seront répartis en deux fractions d'équivalents temps plein (par exemple 0,5 en réanimation et 0,5 en hygiène hospitalière). Pour un même établissement, il ne peut donc pas y avoir de double-compte, ni en effectif, ni en ETP.

Personnels mis à disposition

Les personnels mis à disposition sont déclarés par l'entité qui prend en charge leur rémunération, même si celle-ci est remboursée par l'entité bénéficiant de la mise à disposition.

2. PRATICIENS SALARIÉS (PAGE 2/2)

Les praticiens concernés sont ceux en activité en décembre. **Les médecins libéraux et leur personnel qui exercent exclusivement dans les structures installées dans l'établissement et citées dans le bordereau ID, ne doivent pas figurer, ni le personnel travaillant dans ces structures.**

On distingue les praticiens qui interviennent uniquement dans l'établissement, de ceux qui exercent également dans d'autres structures (à titre libéral, notamment).

- **Intervenant exclusivement dans l'établissement**

La notion d'exclusivité est définie pour un praticien donné par rapport au fait qu'il n'intervienne que dans un seul établissement (cabinet libéral + établissement, ou établissement uniquement).

Activité à temps plein ou temps partiel : le praticien exerce **habituellement** dans l'établissement à temps plein ou à temps partiel (y compris une journée par semaine, toutes les semaines). Dans ce dernier cas, il est compté comme praticien à temps partiel.

Ces deux termes « habituellement » et « temps partiel » n'impliquent pas forcément la régularité. Les médecins dont l'activité est saisonnière ou irrégulière, qui exercent par conséquent dans l'établissement de façon intermittente en fonction des besoins de leur clientèle - une ou deux journées en moyenne par mois en moyenne sur l'année par exemple - sont comptés comme « temps partiel ».

Par contre les médecins qui interviennent à la demande de l'établissement de façon exceptionnelle (« occasionnels ») n'en font pas partie et ne sont pas comptabilisés.

- **Intervenant non exclusivement**

La notion de non exclusivité est définie pour un praticien donné par rapport au fait qu'il intervienne dans une ou plusieurs autres **structures de soins** : établissements de soins privés ou publics, structure équipement lourd. Les cabinets de consultations des praticiens ne sont pas inclus dans la notion des autres structures.

Un radiologue libéral qui réalise, dans son cabinet, des examens sur les malades de l'établissement ne doit pas être inclus dans les effectifs. Il s'agit d'un prestataire mais non d'un médecin intervenant dans l'établissement (celui-ci mobilisant des moyens de la clinique pour son activité). Son activité facturée n'apparaîtra pas dans le bordereau Q03A (sauf s'il s'agit d'examens de scanners ou IRM éventuellement) et son personnel ne sera pas inscrit dans le Q03C car il n'est pas rémunéré par la clinique.

Pour les établissements auparavant à prix de journée préfectoral, les médecins doivent être appréhendés selon leur statut vis à vis de l'établissement (salariés ou libéraux), même si leurs honoraires sont réglés directement par l'établissement.

3. SPÉCIALITÉ EXERCÉE

- **Spécialités médicales et chirurgicales**

La nomenclature utilisée tient compte de la liste des "Spécialités" reconnues par la Sécurité Sociale et donnant lieu à une activité libérale codifiée par des lettres clés. Il n'est pas fait référence ici au lieu d'affectation du praticien.

Pour les établissements PSPH, **du point de vue de l'activité exercée**, les cardiologues infantiles, néphrologues infantiles, mais aussi les chirurgiens orthopédistes ou neurochirurgiens par exemple... qui exercent dans des unités spécialisées pour enfants, doivent être répertoriés comme exerçant des activités de cardiologie, néphrologie, chirurgie orthopédique, neurochirurgie, etc... et non de pédiatrie ou de chirurgie infantile. L'activité de médecine interne de l'enfant correspond à la pédiatrie et celle de chirurgie générale de l'enfant correspond à la chirurgie infantile.

Pour les médecins libéraux qui partagent leur temps entre deux activités (comme un anesthésiste chargé à temps partiel également du DIM ou un réanimateur de l'hygiène hospitalière), il n'est pas possible de faire apparaître ce partage dans ce bordereau (du fait de la non possibilité d'indiquer simultanément les ETP correspondants). Indiquer simplement la spécialité principale.

- **Psychiatrie**

Cette rubrique comprend la neuropsychiatrie.

- **Pharmaciens**

Les pharmaciens sont recensés dans ce tableau, notamment les pharmaciens gérants.

Q21 - Personnels médicaux par groupe de disciplines d'équipement

		Administration, services hôteliers et techniques	Médecine, chirurgie et obstétrique	Psychiatrie	Soins de suite ou de réadaptation	Soins de longue durée	Autres disciplines de la section hôpital	Total Section hôpital (calculé)	Disciplines sociales et médico- sociales	Disciplines de formation sanitaires et sociales	Total entité interrogée (calculé)
code discipline d'équipement		1000	2100	2200	2400	2500	2600	2000	3000	4000	9999
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
ETP du personnel médical salarié	1										
Dont : ETP de personnel médical de statut hospitalo-universitaire	2										
Effectif des PRATICIENS LIBERAUX exclusifs Temps Plein	3										
Effectif des PRATICIENS LIBERAUX exclusifs Temps Partiel	4										
Effectif des PRATICIENS LIBERAUX non exclusifs	5										
ETP des INTERNES (y compris FFI)	6										

Q21 – personnels médicaux : ETP par groupe de disciplines d'équipement

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

Les personnels concernés sont ceux **rétribués par l'entité interrogée en décembre** quel que soit leur lieu d'activité. Ainsi, le personnel mis à disposition dans une autre entité est compté dans l'entité qui prend en charge la rémunération.

Dans le cas où tout ou partie du personnel de l'entité est rémunéré par un syndicat inter-hospitalier (SIH), ce personnel sera considéré comme rémunéré par l'entité dans laquelle il exerce son activité.

Les médecins libéraux qui exercent exclusivement dans les structures installées dans l'établissement et citées dans le bordereau ID ne doivent pas figurer, ni le personnel de ces structures.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Secteur public : à remplir par l'entité juridique

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique (hors dialyse) et des entités juridiques privées de dialyse et de radiothérapie

Pour les entités juridiques, la réponse doit concerner l'ensemble de leurs établissements sanitaires (hors EHPAD et autres établissements médico-sociaux).

Il s'agit de répartir les personnels médicaux en fonction de leur affectation et de cumuler les ETP (pour les salariés) ou les effectifs (pour les libéraux) des médecins, pharmaciens et biologistes qui sont affectés dans un même groupe de disciplines d'équipement (se référer à la nomenclature des disciplines d'équipement), quelle que soit l'activité exercée (au sens de la spécialité).

ETP du personnel médical salarié

La somme des ETP de ce bordereau doit donc être identique au total en ETP du bordereau Q20A (entités publiques) ou Q20B (entités privées), à l'exception des internes comptés uniquement dans le Q21 et le Q22.

Par convention, les praticiens hospitalo-universitaires, titulaires ou non, comptent pour 0,5 du fait de leur double appartenance.

Les personnels en congé simple ou en longue maladie sont pris en compte selon leur taux de rémunération.

Dans les bordereaux récapitulatifs (Q20 et Q21, Q23 et 24) contrairement aux bordereaux par activité (Q03, Q04, Q10 à Q18B) qui ont pour objet de rapprocher les moyens en personnel de l'activité décrite, on s'intéresse plus globalement au personnel rémunéré (celui qui est rémunéré en décembre). Ainsi, dans ce bordereau Q21 pour les personnels dont le temps rémunéré est supérieur au temps travaillé, on fera apparaître l'ETP travaillé dans le groupe de disciplines d'équipement dans lequel le personnel est affecté et le reste en administration. Ex : pour une personne en cessation progressive d'activité, le temps travaillé (ETP = 0,50) sera enregistré dans le groupe de disciplines correspondant à son activité et le complément de rémunération (0,30) dans la colonne administration.

	TRAVAILLÉ/RÉMUNÉRÉ	ADMINISTRATION	UNITÉ OU GROUPE DE DISCIPLINE D'ÉQUIPEMENT
Congés de longue maladie	0/100 puis 50	1,00 puis 0,50	
Cessation progressive d'activité	50/80	0,30	0,50
Mi-temps thérapeutique	50/100	0,50	0,50

Si la distinction temps travaillé/rémunéré ne peut être faite, renseigner l'effectif rémunéré dans l'unité ou groupe de disciplines d'équipement.

Affectation dans les groupements de disciplines d'équipement

Pour un médecin temps plein qui se partage entre deux activités n'appartenant pas au même groupe de disciplines, il convient de calculer un ETP au prorata du temps consacré à chacune d'entre elles. Par exemple, un médecin réanimateur médical chargé du DIM à mi-temps sera compté 0,5 ETP dans la colonne : autres disciplines de la section hôpital et 0,5 dans la colonne « Médecine, chirurgie et obstétrique ».

Le regroupement «**autres disciplines de la section hôpital** » comprend notamment l'anesthésiologie et réveil, l'imagerie, les explorations fonctionnelles, les analyses de biologie médicale et autres disciplines spécialisées, la pharmacie et les urgences ainsi que l'épidémiologie et santé publique (se référer à la nomenclature des disciplines d'équipement). Les personnels des permanences d'accès aux soins doivent aussi être comptés dans cette colonne.

Le personnel médical en longue maladie ou longue durée est affecté dans l'administration. Le personnel médical mis à disposition dans une autre entité est compté dans l'entité qui prend en charge la rémunération, même si celle-ci est remboursée par l'entité bénéficiant de la mise à disposition. Ce personnel prêté qui ne contribue donc pas à l'activité décrite dans le bordereau Q02A est à renseigner dans la colonne "administration" de l'entité qui rémunère.

Les personnels rémunérés sur des budgets annexes sont à renseigner dans la discipline du budget y compris le personnel administratif (notamment en soins de longue durée et hébergement de personnes âgées).

Q22 - Internes et faisant fonction d'internes

		Code		Effectif
Internes de :	médecine (toutes spécialités confondues, hormis celle de médecine générale)	211A	A1	
	pharmacie	2120	A2	
	odontologie	2130	A3	
	médecine générale	211B	A4	
Faisant fonction d'internes (FFI)		2200	A5	
Total (calculé)			A6	

Q22 – Internes et faisant fonction d'internes

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

Les personnels concernés sont ceux affectés et en fonction en décembre dans l'entité interrogée.

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 résidents 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 extra-hospitaliers bien que rémunérés par un CHU ne doivent pas figurer dans les effectifs du CHU.

La seule exception concerne les internes en stages hors subdivision (et à l'étranger) car leur rémunération n'est pas remboursé au CHU dont ils dépendent, contrairement aux trois cas de figure précédents. Ils seront donc inclus dans les effectifs du CHU dont ils dépendent.

Les personnels ayant bénéficié de rappel en décembre à l'exclusion de toute autre rémunération ne sont pas pris en compte.

Les internes et faisant fonction d'internes ne doivent être inscrits que dans Q22 et Q21.

NOUVEAUTÉS

Ce bordereau est modifié pour tenir compte des changements intervenus ces dernières années dans les études de troisième cycle de médecine, avec notamment la création d'un Diplôme d'Études Spécialisées de médecine générale qui fait des internes de médecine générale des internes de spécialité comme les autres, ainsi que la possibilité pour les établissements privés liés à un CHU par convention d'accueillir des internes.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Secteur public : à remplir par l'entité juridique

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique (hors dialyse) et des entités juridiques privées de dialyse et de radiothérapie

Pour les entités juridiques, la réponse doit concerner l'ensemble de leurs établissements sanitaires.

Les internes de médecine générale entrés en troisième cycle depuis les ECN 2005-2006, sont des internes de spécialités, comme tous les autres internes de médecine.

Néanmoins, du fait de la place spécifique qu'occupe ce Diplôme d'Études Spécialisées notamment pour les soins de premier recours et de sa part croissante dans les effectifs d'internes de médecine, il est préférable de continuer à les distinguer.

A1 : Internes de médecine (toutes spécialités confondues hormis celle de médecine générale) : effectif des internes de médecine, à l'exclusion des internes de médecine générale

A5 : Internes de médecine générale : effectif des seuls internes en DES de médecine générale.

Le total des internes de médecine affectés et en fonction dans l'établissement fin décembre sera donc égal à la somme A1 + A5.

Q23 - Sages-femmes et personnels non médicaux : effectif et ETP page 1

Code	Personnel en CDI		Personnel en CDD		Titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière		Ensemble du personnel (calculé)	
	Effectif	ETP	Effectif	ETP	Effectif	ETP	Effectif	ETP
	A	B	C	D	E	F	G	H
PERSONNELS de DIRECTION et ADMINISTRATIFS								
PERSONNELS DE DIRECTION	1100	1						
DIRECTEURS DE SOINS INFIRMIERS	1400	5						
DIRECTEURS D'ECOLES PARAMEDICALES	1300	2						
AUTRES PERSONNELS ADMINISTRATIFS								
Secrétaires médicaux	1210	3						
Autres personnels administratifs - N.d.a	1220	4						
Total personnels de direction et administratifs (calculé)		44						
PERSONNELS des SERVICES de SOINS								
PERSONNELS D'ENCADREMENT (SERVICES DE SOINS et ECOLES)								
Surveillants, surv. chefs infirmiers et cadres infirmiers	2120	6						
Surveillants, surv. chefs des pers. de rééducation et cadres non infirmiers	2130	7						
INFIRMIERS NON SPECIALISES								
Infirmiers diplômés d'Etat ou autorisés (hors secteur psychiatrique)	2210	8						
Infirmiers de secteur psychiatrique	2220	9						
INFIRMIERS SPECIALISES								
Infirmiers anesthésistes	2310	10						
Infirmiers de bloc opératoire	2320	11						
Puéricultrices	2340	12						
AIDES-SOIGNANTS								
Aides-soignants	2510	13						
Aides médico-psychologiques	2520	14						
Auxiliaires de puériculture	2530	15						
ASHQ ET AUTRES PERSONNELS DE SERVICE								
Agents de service hospitalier qualifiés (ASHQ)	2610	16						
Autres personnels de service des services de soins	2620	17						
Familles d'accueil	2630	18						
PSYCHOLOGUES	2710	19						
SAGES-FEMMES (y compris encadrement et écoles)	2800	20						
PERSONNELS DE REEDUCATION								
Masseurs kinésithérapeutes	2410	21						
Pédicures-podologues	2420	22						
Orthophonistes	2430	23						
Orthoptistes	2440	24						
Diététiciens	2450	25						
Ergothérapeutes	2460	26						
Psychomotriciens	2470	27						
Autres emplois des services de rééducation	2480	28						
Total personnels des services de soins (calculé)		45						

Q23 - Sages-femmes et personnels non médicaux : effectif et ETP page 2

			Personnel en CDI		Personnel en CDD		Titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière		Ensemble du personnel (calculé)		
			Effectif	ETP	Effectif	ETP	Effectif	ETP	Effectif	ETP	
			A	B	C	D	E	F	G	H	
PERSONNELS EDUCATIFS et SOCIAUX											
Cadres socio-éducatifs	3121	29									
Educateurs spécialisés	3111	30									
Assistants de service social	3120	31									
Autres personnels éducatifs et sociaux	3130	32									
Total personnels éducatifs et sociaux (calculé)		46									
PERSONNELS MEDICO-TECHNIQUES											
Techniciens de laboratoires (y compris encadrement)	4110	33									
Personnels de services de pharmacie (4120 et 412A)	412*	34									
Manipulateurs d'électroradiologie médicale (y compris encadrement)	4130	35									
Autres personnels des services de radiologie	4140	36									
Autres personnels médico-techniques	4150	37									
Total personnels médico-techniques (calculé)		47									
PERSONNELS TECHNIQUES et OUVRIERS											
Ingénieurs	5110	38									
Personnels des services techniques (hors ingénieurs)	511A	39									
Personnels informatique et organisation (hors ingénieurs)	5120	40									
Personnels des services ouvriers et des services intérieurs	5130	41									
Conducteurs ambulanciers	5140	42									
Total personnels techniques et ouvriers (calculé)		48									
TOTAL SAGES-FEMMES et PERSONNELS NON MEDICAUX (CALCULE)		49									

Q23 – Sages-femmes et personnels non médicaux : effectif et ETP

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

Ce questionnaire concerne les personnels de l'établissement rémunérés en décembre, y compris les sages-femmes le personnel des disciplines médico-sociales ayant une activité, qu'elle soit à temps plein ou à temps partiel.

Pour les entités juridiques multi établissements, seul le personnel des établissements sanitaires (hors EHPAD et autres établissements médico-sociaux) doit être décompté.

Dans le cas où tout ou partie du personnel de l'entité est rémunéré par un syndicat inter-hospitalier (SIH), ce personnel sera considéré comme rémunéré par l'entité dans laquelle il exerce son activité. Compter tous les personnels rémunérés selon leur taux de rémunération. Les élèves rémunérés par l'établissement doivent être comptés dans la catégorie correspondant à leur rémunération, qui peut être différente de celle correspondant à leur formation. Le personnel de remplacement rémunéré par l'établissement doit être comptabilisé parmi les CDD.

Ne pas compter :

- les pharmaciens qui font partie des personnels médicaux
 - les personnels en détachement, en disponibilité non rémunérés par l'établissement
 - les personnels ayant bénéficié de rappel en décembre, à l'exclusion de toute autre rémunération
 - les élèves des écoles non rémunérés par l'établissement
 - les non salariés, congrégationnistes et bénévoles qui ne sont pas à la charge de l'établissement, notamment les personnels qui exercent exclusivement dans les structures installées dans l'établissement et déclarées dans le bordereau ID
 - le personnel mis à disposition dans une autre entité lorsque celle-ci prend en charge la rémunération. Les personnels mis à disposition dans une autre entité sont déclarés par l'entité qui prend en charge leur rémunération, même si celle-ci est remboursée par l'entité bénéficiant de la mise à disposition.
 - les emplois aidés recensés dans le bordereau Q25
 - les salariés des sociétés de sous-traitance ou d'intérim exerçant en décembre leur activité dans l'enceinte de l'établissement recensés dans le bordereau Q26
-

CONCEPTS IMPORTANTS

Tous les postes doivent être renseignés dans ce bordereau, y compris les postes sur emplois non permanent. Une personne travaillant à 50% dans deux établissements géographiques différents sera comptée pour 1 en effectif et 0,5 en ETP dans chacun des établissements. Les effectifs seront consolidés au niveau de l'EJ de rattachement : 1 en effectif et 1 en ETP.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

A remplir par toutes les entités interrogées

Secteur public : à remplir par l'entité juridique et également par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements)

Secteur privé : à remplir au niveau de toutes les entités interrogées

Pour les entités juridiques, la réponse doit concerner l'ensemble de leurs établissements sanitaires.

Les personnels ne sont pas à ventiler par sexe ou par quotité de temps de travail. Seules les distinctions par type de contrat sont demandées :

Colonne A et B : Personnel en CDI

Colonne C et D : Personnel en CDD

Colonne E et F : Titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière

Le total est calculé automatiquement sur le site de collecte de l'enquête.

Grades, qualifications

La liste des modalités proposées correspond à un regroupement des grades issus du livre IX pour les établissements publics (la table de regroupement figure dans le document « Nomenclatures de la SAE »).

Le personnel en 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.

Important :

Le personnel non médical est comptabilisé selon l'emploi ou le grade et non pas selon l'unité fonctionnelle ou le service, où se trouve l'emploi.

Ex : 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. Il faut ventiler les différents types de personnel non médical selon leur fonction et calculer en équivalent temps plein leur présence dans l'établissement.

Calcul de l'équivalent temps plein (ETP)

Il faut compter les ETP rémunérés en décembre selon leur taux de rémunération.

L'ETP est calculé sur la base de la durée de travail hebdomadaire ou mensuelle conventionnelle choisie par l'établissement.

Ex : emploi d'un masseur-kinésithérapeute.

S'il travaille 10 h par semaine, le calcul de son ETP sera : $10/35 = 0,25$, si la durée moyenne de référence de l'établissement est de 35 heures hebdomadaires.

S'il travaille 25 h par mois, le calcul de son ETP sera : $25/152 = 0,16$, si la durée moyenne de référence de l'établissement est de 152 heures mensuelles.

Attention : si un pédicure, un masseur-kinésithérapeute, etc... travaille dans l'établissement à la demande, calculer son ETP en se basant sur son taux de rémunération en décembre.

Les personnels en congé simple ou en longue maladie sont pris en compte selon leur taux de rémunération.

Q24 - Sages-femmes et personnels non médicaux par groupe de disciplines d'équipement (ETP)

			Administration, services hôteliers et techniques	Médecine, chirurgie et obstétrique	Psychiatrie	Soins de suite ou de réadaptation	Soins de longue durée	Autres disciplines de la section hôpital	Total Section hôpital (calculé)	Disciplines sociales et médico- sociales	Disciplines de formation sanitaires et sociales	Total entité interrogée (calculé)
	code SAE		1000	2100	2200	2400	2500	2600	2000	3000	4000	9999
			A	Q	R	S	K	L	O	M	N	P
Personnels de direction	1100	1										
Directeurs de soins infirmiers	1400	21										
Autres personnels administratifs	1200	2										
Directeurs d'écoles paramédicales	1300	3										
Total personnels administratifs (calculé)	1000	16										
Personnels d'encadrement (total)	2100	4										
Infirmiers spécialisés	2300	5										
Infirmiers non spécialisés	2200	6										
Aides-soignants	2500	7										
ASHQ et autres personnels de services	2600	8										
Psychologues	2700	9										
Sages-femmes	2800	10										
Personnels de rééducation	2400	11										
Total personnels des services de soins (calculé)	2000	17										
Personnels éducatifs et sociaux (sauf Assistants de service social)	3100 sauf 3120	12										
Assistants de service social	3120	13										
Total personnels éducatifs et sociaux (calculé)	3000	18										
Personnels médico-techniques	4100	14										
Personnels techniques et ouvriers	5100	15										
TOTAL PERSONNELS (calculé)	9999	19										

Q24 – Sages-femmes et personnels non médicaux par groupe de disciplines d'équipement (ETP)

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

Ce bordereau concerne les **équivalents temps plein (ETP)** des **personnels salariés rémunérés** en activité en **décembre**.

Le personnel mis à disposition dans une autre entité est compté dans l'entité qui prend en charge la rémunération. Dans le cas où tout ou partie du personnel de l'entité est rémunéré par un syndicat inter-hospitalier (SIH), ce personnel sera considéré comme rémunéré par l'entité dans laquelle il exerce son activité.

Les personnels en congé simple ou en longue maladie sont pris en compte selon leur taux de rémunération. Les personnels en formation rémunérés par l'établissement (contrats de qualification...) doivent être comptés dans la catégorie correspondant à leur rémunération. Le personnel de remplacement rémunéré par l'établissement doit être comptabilisé parmi les CDD.

Ne pas compter :

- les pharmaciens qui font partie des personnels médicaux
- les élèves des écoles, les personnels de l'établissement en formation longue et promotion professionnelle à l'extérieur, sauf s'ils sont rémunérés par l'établissement
- les personnels en détachement, en disponibilité non rémunérés par l'établissement
- le personnel mis à disposition dans une autre entité lorsque celle-ci prend en charge la rémunération. Les personnels mis à disposition dans une autre entité sont déclarés par l'entité qui prend en charge leur rémunération, même si celle-ci est remboursée par l'entité bénéficiant de la mise à disposition.
- les personnels ayant bénéficié de rappel en décembre, à l'exclusion de toute autre rémunération
- les personnels non salariés, non rémunérés par l'établissement
- les emplois aidés recensés dans le bordereau Q25
- les salariés des sociétés de sous-traitance ou d'intérim exerçant en décembre leur activité dans l'enceinte de l'établissement recensés dans le bordereau Q26

CONCEPTS IMPORTANTS

Tous les postes doivent être renseignés dans ce bordereau, y compris les postes sur emploi non permanent.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Secteur public : à remplir par l'entité juridique

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique (hors dialyse) et des entités juridiques privées de dialyse et de radiothérapie

Pour les entités juridiques, la réponse doit concerner l'ensemble de leurs établissements sanitaires.

Affectation dans les groupements de disciplines d'équipement

Il s'agit de répartir l'équivalent temps plein (ETP) des personnels "Sages-femmes et personnels non médicaux" selon le groupe de disciplines d'équipement de l'unité fonctionnelle ou du service. La somme des ETP de ce bordereau doit donc être identique au total des ETP du bordereau Q23.

Les regroupements des disciplines d'équipement sont décrits dans la nomenclature A1 du document « Nomenclatures de la SAE ».

Colonne A. Les personnels travaillant dans différents services sont répartis dans le ou les principaux groupes de disciplines ou à défaut dans l'administration. Les infirmiers diplômés d'état qui constituent un pôle polyvalent sont à renseigner dans le groupe de disciplines "Administration, services hôteliers et techniques".

Colonne L. Le regroupement « **autres disciplines de la section hôpital** » comprend notamment l'anesthésiologie et réveil, l'imagerie, les explorations fonctionnelles, les analyses de biologie médicale et autres disciplines spécialisées, la pharmacie et les urgences ainsi que l'épidémiologie et santé publique (se référer à la nomenclature des disciplines d'équipement). Les personnels des permanences d'accès aux soins doivent aussi être comptés dans cette colonne.

Les personnels rémunérés sur des budgets annexes sont à renseigner dans la discipline du budget, y compris le personnel administratif, notamment en soins de longue durée, hébergement pour personnes âgées.
Le personnel prêté est à renseigner sur la ligne « administration » de l'entité qui le rémunère.

Le personnel en longue maladie, en congé de longue durée est affecté dans l'administration. De même, les personnels en formation sont à inclure dans la colonne administration car ils ne concourent pas à l'activité décrite dans le Q02A.

CALCUL DE L'ETP

Le calcul de l'ETP est identique au Q23.

Pour les personnels dont le temps rémunéré est supérieur au temps travaillé, on fera apparaître l'ETP travaillé dans le groupe de disciplines d'équipement dans lequel le personnel est affecté et le reste en administration.

Ex : pour une personne en Cessation progressive d'activité (CPA) le temps travaillé ETP = 0,50 sera enregistré dans le groupe de disciplines correspondant à son activité et le complément de rémunération 0,30 dans la colonne administration.

La même règle s'applique dans les autres cas cités ci dessous :

Bordereau Q24 Equivalent Temps Plein

	TRAVAILLÉ / RÉMUNÉRÉ	ADMINISTRATION	UNITÉ OU GROUPE DE DISCIPLINE D'ÉQUIPEMENT
TEMPS PARTIEL	80/86	0,06	0,80
Congés de longue maladie	0/100 puis 50	1,00 puis 0,50	
Cessation progressive d'activité	50/80	0,30	0,50
Mi-temps thérapeutique	50/100	0,50	0,50
Formation longue rémunérée	100/100	1,00	

Les personnels en congé simple ou en longue maladie sont pris en compte selon leur taux de rémunération.
Si la distinction temps travaillé/rémunéré ne peut être faite, renseigner l'effectif rémunéré dans l'unité ou le groupe de disciplines d'équipement.

Q25 - Emplois aidés

EMPLOIS AIDES		Effectif présent en décembre	
		Hommes	Femmes
		A	B
Contrats d'accompagnement dans l'emploi (CAE)*	1		
Contrats d'avenir (CA)	2		
Contrats d'apprentissage / professionnalisation	3		
Contrats Initiatives Emploi (CIE) et CI-RMA	4		
Contrats jeunes en entreprises (CJE) et emplois jeunes	5		

* Une précision a été apportée dans l'aide au remplissage

Q25 - Emplois aidés

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

Il s'agit de dénombrer les effectifs sur les emplois aidés employés par l'établissement, qu'ils soient ou non rémunérés par l'entité interrogée.

Les personnels recensés dans ces bordereaux ne doivent figurer dans aucun autre bordereau.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

Secteur public : à remplir par l'entité juridique

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique (hors dialyse) et des entités juridiques privées de dialyse et de radiothérapie

Pour les entités juridiques, la réponse doit concerner l'ensemble de leurs établissements sanitaires.

Les libellés correspondent aux emplois aidés mis en place en 2005. Pour les anciens types de contrats, appliquer les règles suivantes :

Ligne 1. Les contrats emploi-solidarité (CES) ainsi que les contrats uniques d'insertion (CUI) doivent être comptabilisés avec les contrats d'accompagnement dans l'emploi (CAE).

Ligne 2. Les contrats emplois consolidés (CEC) doivent être comptabilisés avec les contrats d'avenir (CA).

Q26 - Sages-femmes et personnels non médicaux : intérimaires et libéraux

Avez-vous eu recours dans l'année à :

	code SAE		du personnel libéral	du personnel intérimaire
			A	B
Personnels administratifs	1000	1	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Personnels d'encadrement du personnel soignant	2100	2	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Infirmiers spécialisés	2300	3	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Infirmiers non spécialisés	2200	4	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Aides-soignants	2500	5	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
ASHQ et autres personnels de services	2600	6	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Psychologues	2700	7	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Sages-femmes	2800	8	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Personnels de rééducation	2400	9	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Personnels éducatifs et sociaux	3100	10	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Personnels médico-techniques	4100	11	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Personnels techniques et ouvriers	5100	12	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Q26 - Sages-femmes et personnels non médicaux : intérimaires et libéraux

QUELLES SONT LES INFORMATIONS A RENSEIGNER ?

Dans ce bordereau, il est demandé d'indiquer si l'établissement ou l'entité juridique a eu recours à du personnel intérimaire ou libéral dans le domaine non médical. Les personnels concernés sont ceux affectés et en fonction en décembre dans l'entité interrogée.

Les personnels recensés dans ces bordereaux ne doivent figurer dans aucun autre bordereau.

QUI REMPLIT CE BORDEREAU ?

A remplir par toutes les entités interrogées

Secteur public : à remplir par l'entité juridique et également par tous les établissements géographiques interrogés (cités dans le bordereau ST de l'entité juridique multi-établissements)

Secteur privé : à remplir au niveau de l'établissement géographique et de l'entité juridique privée de dialyse

Annexe

Définition des types d'activité (ancienne nomenclature)

01 - Administration.

02 - Services hôteliers et techniques (logistique).

03 - Hospitalisation complète (sanitaire).

Qualifie l'activité des unités et services qui accueillent et hébergent les malades, blessés et femmes enceintes et qui se caractérisent par un équipement en lits d'hospitalisation et par des équipes médicales et paramédicales assurant le diagnostic, les soins et la surveillance.

04 - Hospitalisation de jour (sanitaire).

Qualifie des unités hospitalières qui effectuent pendant la seule journée (donc sans hébergement nocturne) de façon programmée et concentrée sur une durée de moins de vingt-quatre heures :

1. des investigations spécialisées à visée diagnostique faisant l'objet d'une synthèse médicale ;
2. des actes thérapeutiques ;
3. des traitements médicaux séquentiels délicats comprenant un protocole astreignant ;
4. des traitements de réadaptation fonctionnelle ;
5. une surveillance médicale.

L'activité en hospitalisation de jour nécessite le soutien de l'ensemble du plateau technique hospitalier. En effet, la durée et l'importance de l'activité médicale en hospitalisation de jour dépasse celle des consultations et soins externes.

Néanmoins, les prestations délivrées en hospitalisation de jour équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent, à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet.

Exclus de cette rubrique :

- les actes de chirurgie pratiqués dans un laps de temps inférieur à vingt-quatre heures. De même, tout acte médical ou d'investigation pratiqué sous anesthésie au sens de l'article 22 de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;
- les services de suppléance aux insuffisants chroniques, y compris les services de soins spécialisés à domicile, qui relèvent du code 19 « Traitements et cures ambulatoires ».

05 - Hospitalisation de nuit (sanitaire).

Qualifie l'activité des unités et services qui accueillent et traitent les malades dont l'état n'exige qu'une hospitalisation limitée à la période nocturne (essentiellement services psychiatriques).

06 - Hospitalisation à domicile (sanitaire).

Qualifie l'activité des unités et services qui assurent un suivi de soins et de traitements à domicile à des personnes ayant le plus souvent séjourné à l'hôpital mais dont l'état ne nécessite plus cette infrastructure.

L'hospitalisation à domicile est une structure de soins intermédiaires entre les établissements hospitaliers et les diverses formes de soins ambulatoires. Elle vise à éviter, en maintenant le malade dans son cadre de vie habituel, le placement en milieu hospitalier.

07 - Consultations, soins externes (sanitaire et social).

Qualifie l'activité des consultations médicales (y compris pratique libérale), des consultations externes des hôpitaux, de la médecine systématique de dépistage, de la médecine préventive, des soins externes dans les cliniques privées.

Qualifie également dans le domaine social, notamment l'activité des consultations d'orientation éducative, des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, des bureaux d'aide psychologique universitaire. Ne comprend pas les consultations dentaires (codées 28), ni les activités des CMPP et des CAMSP (codées 19).

08 - Bloc opératoire (sanitaire).

Qualifie l'activité des blocs opératoires hospitaliers.

09 - Autres unités médico-techniques.

Qualifie l'activité des unités médico-techniques suivantes :

- anesthésiologie ;
- explorations fonctionnelles ;
- rééducation et réadaptation fonctionnelles ;
- pharmacie.

10 - Accueil des urgences (sanitaires).

Qualifie l'activité des services d'accueil des urgences, des SAMU et des SMUR.

11 - Hébergement complet ou internat (social).

Qualifie le mode de fonctionnement des établissements sociaux qui assurent l'hébergement des personnes, y compris la nuit et une activité de restauration et ce de façon permanente ou temporaire.

Les fonctions qui y sont assurées peuvent être très différentes (hébergement simple, éducation spéciale...)

Exemple :

- maison de retraite
- foyer de vie pour handicapés.

Ne pas confondre avec l'« hospitalisation complète » qui ne s'applique qu'aux établissements sanitaires. Dans ce cas, l'activité essentielle est bien le soin.

Doit être classé ici l'« internat de semaine » (l'établissement est fermé en fin de semaine ; il ne fonctionne que cinq jours).

12 - Hébergement ouvert en structure regroupée (social).

Structure regroupée : ensemble de logements, chambres regroupées en un lieu unique.

13 - Semi-internat (social).

Qualifie le mode de fonctionnement des établissements sociaux accueillant la clientèle pendant la journée, la restauration à midi étant assurée.

L'hébergement de nuit n'est pas assuré.

Ne pas confondre avec l'« internat de semaine » (internat sur cinq jours au lieu de sept jours; la fin de la semaine, l'établissement est fermé), lequel est à classer en 11.

14 - Externat (social).

Mode de fonctionnement de certains établissements sociaux qui n'assurent à la population accueillie ni la restauration, ni l'hébergement de nuit.

15 - Placement en famille d'accueil (social).

Qualifie les activités pratiquant l'hébergement dans un milieu familial substitut de la famille de la personne prise en charge.

16 - Prestations sur le lieu de vie (sanitaire et social) (non compris placement familial).

Qualifie les activités des établissements et services intervenant sur le lieu de vie des personnes prises en charge : domicile, institution, cadre de vie habituel.

Les fonctions remplies sont les suivantes :

- soins à domicile ou en institution (soins et éducation spécialisée aux enfants handicapés, soins à domicile pour personnes âgées) ;
- éducation générale et/ou professionnelle et soins pour enfants handicapés ;
- observation-orientation en milieu ouvert (activité des équipes de préparation et de suite du reclassement...) ;
- animation de la vie sociale, actions socio-éducatives ;
- restauration et ensemble des activités ménagères.

Ce type d'activité qualifie en majorité des activités du domaine social. La fonction « soins » concernée est exclusivement tournée vers des populations spécifiques (handicapés, personnes âgées).

N.B. - A distinguer de l'hospitalisation à domicile (06) et des traitements et cures ambulatoires (19).

17 - Internat de semaine.

Qualifie l'ensemble des prestations servies dans les structures collectives d'hébergement dans le cas où l'établissement ferme en fin de semaine ou le dimanche seulement.

18 - Hébergement ouvert en structure éclatée.

Qualifie le mode de fonctionnement des établissements sociaux qui assurent principalement un hébergement de nuit et éventuellement une restauration et des services collectifs.

Structure éclatée ensemble de logements, chambres disséminées dans des immeubles distincts autour éventuellement d'un noyau central (structure regroupée).

19 - Traitement et cures ambulatoires (sanitaire et social).

Ce type d'activité qualifie en majorité des activités du domaine sanitaire.

Il qualifie en règle générale toute activité de soins ambulatoires visant à une réhabilitation polyvalente ou à une orientation.

Qualifie notamment l'activité des cabinets d'auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, infirmières...), des établissements de cure thermale, mais également des centres exerçant une activité médico-sociale (CMPP, CAMSP).

N.B. - Dans la structure hospitalière, l'« hospitalisation de jour » (04) est une notion voisine.

Dans ce cadre seront toutefois qualifiées de « traitements et cures ambulatoires » les activités faisant référence à un schéma thérapeutique déterminé.

Exemples : dialyse en néphrologie (codification : 361 - 552 - 553 - 554 - 555).

20 - Hospitalisation de semaine (sanitaire).

Qualifie l'activité des unités hospitalières ayant des moyens affectés (lits, personnels...) qui programment des séjours de 2 à 5 jours consécutifs (du lundi au vendredi).

21 - Accueil de jour (domaine sanitaire et social).

Qualifie les activités d'accueil sans hébergement visant à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien.

Dans le domaine psychiatrique, ces actions peuvent prendre la forme de thérapie de groupe.

En ce terme de « catégories d'établissement », ce type d'activité concerne notamment :

- les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (code 425), les ateliers thérapeutiques (code 366) en psychiatrie ;
- les clubs et foyers restaurants pour personnes âgées (codes 205 et 206), les centres sociaux (animation de la vie sociale), les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (code 214) et les centres d'accueil non conventionnés au titre de l'aide sociale (code 219) quand ils n'assurent pas d'hébergement.

En terme de discipline d'équipement, les codes concernés sont : 230, 236, 806, 807, 916, 922, 923, 932.

23 - Anesthésie ou chirurgie ambulatoires.

Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie, au sens de l'article 22 de la Nomenclature générale des professionnels (NGAP), ou le recours à un secteur opératoire.

Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires utilisent un secteur opératoire conforme à des caractéristiques fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Les structures ou les unités qui la composent, comportent des équipements et des agencements nécessaires à la préparation préalable du patient, y compris la consultation anesthésique. Elles disposent également d'une salle de repos et des autres moyens nécessaires à la préparation de la sortie du patient.

Ce type d'activité est compatible avec l'ensemble des disciplines d'équipement médecine, chirurgie et obstétrique. Toutefois, les places relevant des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires sont comprises dans la carte sanitaire des installations de chirurgie.

24 - Accueil et prise en charge en service d'accueil familial thérapeutique psychiatrique.

Activité d'accueil dans un milieu familial, substitut de la famille de la personne prise en charge. Un suivi thérapeutique est assuré au patient, au sein de la famille d'accueil.

25 - Hébergement temporaire de week-end ou de vacances (sanitaire et social).

Qualifie les prestations servies dans toute structure d'hébergement, établissement d'accueil ou famille d'accueil. Les disciplines de prestations peuvent être de natures différentes. Ce type d'hébergement implique la présence, pendant la fin de semaine ou les vacances, de la clientèle à qui la prestation est servie.

26 - Analyses médicales biologiques.

Sert à qualifier aussi bien l'activité des laboratoires de biologie médicale des hôpitaux que celle des laboratoires extra-hospitaliers.

28 - Consultations dentaires et soins dentaires.

Qualifie l'activité des cabinets dentaires, des cliniques dentaires et celle des services de consultations et soins dentaires des hôpitaux.

30 - Stockage d'organes et de produits humains.

Qualifie l'activité des établissements ou services suivants :

- transfusion sanguine ;
- banque de sperme ;
- banque d'organes ;
- lactarium.

31 - Transport de malades.

Qualifie l'activité des ambulances ordinaires et médicalisées.

Qualifie également l'activité des sociétés privées d'ambulances.

32 - Radiologie.

Qualifie l'activité des services médico-techniques hospitaliers (radiodiagnostic et radiothérapie), des cabinets de radiologie, l'activité pratiquée dans les cabinets libéraux.

N.B. - L'activité de services **cliniques** de « radiothérapie », « radiothérapie et médecine nucléaire indifférenciée », « médecine nucléaire » est qualifiée par les types d'activité « hospitalisation complète » ou « hospitalisation de jour ».

33 - Recherche.

Qualifie l'activité de l'INSERM, de l'Institut Pasteur et toute unité participant aux disciplines citées ci-dessous :

- 757 : activité de recherche et expérimentation dans les services médico-techniques ;
- 952 : recherche médicale ;
- 953 : recherche pharmacologique ;
- 954 : recherche pharmaceutique ;
- 955 : recherche odontologique ;
- 956 : recherche toxicologique ;
- 949 : recherche chirurgicale.

34 - Enseignement.

Qualifie l'activité des écoles formant le personnel paramédical et social, l'enseignement médical et toute unité concourant à toute autre forme d'enseignement relatif au domaine de la santé (éducation sanitaire).

Ne concerne pas l'éducation spéciale (éducation générale et/ou professionnelle et soins pour handicapés).

37 – Accueil et prise en charge en appartement thérapeutique psychiatrique.

Qualifie l'activité de soins et d'hébergement, dans des appartements thérapeutiques psychiatriques, pour des durées limitées, afin d'assurer une transition après une période d'hospitalisation et dans un but de réinsertion sociale, pour des patients nécessitant une présence importante, sinon continue des personnels soignants.

L'objectif est de repérer l'ensemble des capacités d'accueil concernant cette forme de prise en charge, dans le cadre de la sectorisation psychiatrique.

Sont exclus :

- l'activité des appartements psychiatriques pour toxicomanes,
- l'activité des appartements associatifs destinés à l'hébergement des malades mentaux qui nécessitent un appui médico-social discontinu. A la différence des appartements thérapeutiques ils sont considérés comme le véritable domicile du patients, les prestations de soins sont alors assimilables à des interventions à domicile.

38 – Accueil et prise en charge en centre de postcure psychiatrique.

Qualifie l'activité de soins et hébergement, dans des centre de postcure psychiatriques, visant à assurer après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation , en vue du retour à une existence autonome.

L'objectif est de repérer l'ensemble des capacités d'accueil concernant cette forme de prise en charge, dans le cadre de la sectorisation psychiatrique.

Sont exclus : l'activité réalisée dans des lits de soins de suite et de réadaptation spécialisés en psychiatrie non sectorisés, communément dénommés lits de postcure privés.

39 – Accueil et prise en charge en centre de crise psychiatrique.

Qualifie l'activité de soins et hébergement, dans des centre de crise psychiatriques, ouverts 24 heures sur 24 et disposant de quelques lits, permettant de réaliser de courtes périodes d'observation ou des prises en charge intensives et brèves, de patients en situation d'urgence ou de crise.

L'objectif est de repérer l'ensemble des capacités d'accueil concernant cette forme de prise en charge, dans le cadre de la sectorisation psychiatrique.

FICHE DE SYNTHÈSE

Fiche de synthèse

1 - ACTIVITE HOSPITALIERE

	Hospitalisation Complète				Hospitalisation partielle (hors chimiothérapie)		Séances	Hospit. à domicile	Anesthésie ou Chirurgie ambulatoire		File active en hospitalisation	Activités externes	Autres prises en charge
	Lits installés	Entrées totales	Nbre. de journées	C.O. (%)	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de séances	Nbre. de journées	Nbre. de places	Nbre. de venues	Nbre. de Patients	Nombre de consultations et soins	Nbre. de journées
Médecine													
Chirurgie													
Obstétrique													
Total s. courte durée													
Psychiatrie générale													
Psychiatrie infanto-juv.													
Soins de suite et réadaptation													
Soins longue durée													
Autres disciplines													
Total sect. Hôpital													
Total hébergement													
Autres Disc soc. Et méd. Soc.													
TOTAL													

2 - Suivi de POLITIQUES NATIONALES

Présence d'une équ. mobile ou unité de soins palliatifs (nb oui)	
Nombre de Permanence(s) d'accès aux soins de santé (PASS) (privé et public)	

4 - Personnels MEDICAUX et INTERNES

FONCTION	Effect. total (*)	Dt Effect. tp part. (*)	ETP total (*)	Libéraux exclusifs	Libéraux non excl.
Médecine Générale					
Spécialités médicales					
- dt anesth. réanimateurs					
Spécialités chirurgicales					
- dt Gynéco.-obstét.					
Psychiatres					
Odontologistes					
Pharmaciens					
Autres					
TOTAL (hors internes)					
Internes					

(*) des salariés

5 - Activité des PLATEAUX MEDICO-TECHNIQUES

EQUIPEMENTS ET SALLES	Nbre Eqt. dans l'ets	Nbre. examens ou interv.	dt Nbre. de nuit
Scanner			
IRM			
Caméra à scintillation			
Tomog./Cam. positions			
Lithotripteur			
Salle de coronarographie			
Salles dest. aux actes sous anest			
- dt salles d'interv. Chirurgicales			
Sites anesthésiques			
Salles de surveillance postinterv.			

7 - Activité des LABORATOIRES et PHARMACIES

LABORATOIRES	Nbre de B	PHARMACIES	Nbre.
Actes produits pour l'Éts		Lignes de com.	
Actes produits pour l'extérieur		Lits avec DJN	

3 - Personnels NON MEDICAUX SALARIES

FONCTION	Emploi total	ETP Total
Sages femmes		
Pers. encadrement du pers. soignant		
Infirmiers spécialisés		
Infirmiers non spécialisés		
Aides soignants		
ASH		
Psychologues		
Personnels de rééducation		
Total Services de Soins		
Personnel de direction		
Directeurs de soins infirmiers		
Autres pers. administratifs		
Pers. éducatifs et sociaux		
- dont assistants de service social		
Personnels pharmacie		
Personnels laboratoire		
Personnels radiologie		
Autres personnels médico-techniques		
Personnels techniques et ouvriers		
Total Hors Services de Soins		
Total personnel non médical salarié		

6 - Activités de SOINS AUTORISES

	Admissions	Nb. Interv.
Traitements des grands brûlés		
Chirurgie cardiaque		Nb. CEC
Neurochirurgie		Nb. Interv.
Structures des urgences (général et pédiatrique)	Passages	% hospit.
SMUR (général et pédiatrique)	Nb sorties	dont primaires
SAMU	Nb appels	Nb affaires
Réanimation	Admissions	Nb pat ventilés
Obstétrique	Accouc.	- dt césar
Néonatalogie et soins (niv. 2)	Admissions	- dt transf.
Réanimation néonatale (niv. 3)	Admissions	- dt transf.
Radiothérapie - Accélérateur	Pass. mach.	Tot séan.
Chimiothérapies	Séances	Pré délivr.
Trt. insuff. rénale chr. (hors péri.)	Séances	Patients
Trt. insuff. rénale chr. (péritonéale)	Semaines	Patients
Soins de suite et de réadaptation	Admissions	Venues

8 - PRELEVEMENTS D'ORGANES

Nbre. de sujets prélevés	
--------------------------	--

9 - Interruptions de grossesse

Nbre. total d'IVG	
- dont IVG mode médicamenteux	
Nbre d'interruptions médicales de grossesse (IMG)	

Fiche de synthèse

Une fois les données de votre établissement saisies et validées sur le site de collecte, celui-ci vous offre la possibilité d'obtenir une fiche de synthèse reprenant les principales informations des différents bordereaux (Menu Bordereau / Synthèse).

Cette synthèse 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 (ARH, autres établissements...).

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

