

SYNTHESE DES ACTIVITES DE SOINS PAR DISCIPLINE

Personnel dans les bordereaux d'activités de soins	38
MCO – Médecine-Chirurgie-Obstétrique	41
PSY – Psychiatrie	51
SSR – Soins de suite et de réadaptation	61
USLD – Unités de soins de longue durée.....	67
HAD – Hospitalisation à domicile.....	71

PERSONNEL DANS LES BORDEREAUX D'ACTIVITÉS DE SOINS

Dans les bordereaux d'activité de soins, doit être dénombré **le personnel qui contribue à l'activité décrite dans le bordereau**, soit celui qui concourt effectivement à produire les prestations d'hospitalisation, au bénéfice de ses patients. Ce personnel peut être salarié ou non, rémunéré directement ou non par l'établissement géographique. Il peut s'agir de personnel entièrement dédié à l'activité décrite, ou de professionnels mutualisés pour assurer les soins dans différentes unités.

Champ des personnels à inclure

Le personnel contribuant à l'activité externe décrite dans les bordereaux **doit être comptabilisé**. Doit être **inclus** le personnel ayant contribué à l'activité des unités décrites dans le bordereau, même s'il partage son temps avec d'autres unités ou secteurs. En revanche, **le personnel qui ne concourt pas directement à l'activité**, tels que les personnels administratifs (hors secrétaire médicale) ou les personnels techniques et ouvriers, **doit être exclu**, sauf s'il est mentionné explicitement dans les tableaux de personnel concourant à l'activité (par exemple, les ambulanciers sont comptabilisés dans le bordereau SMURSAMU, les secrétaires dans le bordereau URGENCES, etc.).

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

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

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

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

Concept d'ETP_T

La vision du personnel retenue dans les bordereaux d'activités de soins ici diffère de celle des bordereaux Q20 à Q24, qui concernent le personnel rémunéré par l'entité avec une notion d'ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R). Dans les bordereaux d'activité, au contraire, c'est la notion **d'ETP moyens annuels travaillés (ETP_T)** qui sera mobilisée. Les ETP_T salariés correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à temps partiel à 80 % sera compté 0,80 même s'il est rémunéré à 86 %), sur une mesure en moyenne annuelle.

À partir de la SAE 2022, le décompte des ETP travaillés (ETP_T) concerne uniquement les salariés, le calcul d'ETP_T s'étant avéré compliqué pour les libéraux. Pour ces derniers, seul un décompte des effectifs physiques présents au 31 décembre est demandé.

Les salariés éventuellement **partagés avec d'autres services** (comme les psychologues ou les masseurs kinésithérapeutes) **ou organisés par pôle** sont à comptabiliser, avec des ETP_T calculés en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité dans chaque service.

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

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

Définitions des principaux concepts mesurés

• Effectif au 31 décembre

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

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

À partir de la SAE 2022, les effectifs au 31/12 ne concernent que les libéraux et non plus les salariés, comme les années précédentes.

• ETP moyens annuels travaillés (ETP_T)

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

Par exemple :

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

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

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

Par exemple :

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

À partir de la SAE 2022, les ETP_T ne concernent plus que les salariés. Le décompte des ETP_T des libéraux n'est plus demandé, contrairement aux années précédentes.

Exemples

Cas 1 d'un personnel travaillant dans 2 établissements géographiques

Un psychiatre salarié à temps plein partage son activité entre 2 établissements géographiques : 75 % de son temps dans l'établissement géographique A et 25 % de son temps dans l'établissement géographique B. Dans le bordereau PSY, les ETP_T seront calculés au prorata du temps passé dans chacun des établissements. Le décompte sera le même si les deux établissements appartiennent à la même entité juridique.

Bordereau PSY	ETP_T
Établissement géographique A	0,75
Établissement géographique B	0,25

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

Un médecin salarié à temps plein partage son activité entre plusieurs disciplines (80 % en SSR et 20 % en MCO) au sein du même établissement géographique. Les ETP_T seront calculés au prorata du temps passé dans chacune des disciplines.

	ETP_T
Bordereau MCO	0,20
Bordereau SSR	0,80

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

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

Attention, la manière de décompter les ETP dans les bordereaux d'activité est très différente de celle des bordereaux de personnel (Q20 à Q24), où l'emploi est comptabilisé en fonction de la rémunération, et non en fonction du temps consacré à l'activité de chaque discipline.

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

	Bordereaux d'activité	Bordereau Q20	
	ETP_T	Effectif au 31/12	ETP_R
Établissement géographique A			1
Établissement géographique B			0

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

Description des capacités et des activités

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

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

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

* si plus de créneau disponible, laisser à vide en ajoutant un commentaire

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

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

Populations ciblées (pédiatrique, gériatrique, unité neurovasculaire)

A - UNITE PEDIATRIQUE

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

A23	☐ oui ☐ non
A24	☐ oui ☐ non

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

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

		Hospitalisation complète		Hospitalisation partielle	
		Médecine	Chirurgie	Médecine	Chirurgie
		C	D	E	F
Nombre de lits installés /places au 31/12	25				
Nombre de séjours	26	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI
Nombre de journées	27	PMSI	PMSI		

Personnels concourant à l'activité (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)	Code SAE		ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	Existence d'une garde senior 24h/24 ?	Existence d'une astreinte senior 24h/24 ?
			F	G	D	E
Personnel médical hors internes	M1000, M2000, M3020	28			☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
dont pédiatres	M1140	29			☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
dont chirurgiens pédiatres	M2150	60			☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Infirmiers DE sans spécialisation	N2210	30				
Puéricultrices	N2340	31				
Auxiliaires de puériculture	N2530	32				
Masseurs kinésithérapeutes	N2410	33				
Psychologues	N2710	34				
Autre personnel non médical		35				

B – MEDECINE GERIATRIQUE

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

A36	☐ oui ☐ non
-----	---

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

A37	
A38	
A39	
A40	

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

A41	☐ oui ☐ non
-----	---

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

		Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle
		A	B
Nombre de lits installés /places au 31/12	42		
Nombre de séjours	43	PMSI	PMSI
Nombre de journées	44	PMSI	

Personnels concourant à l'activité (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)	Code SAE		ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	Existence d'une garde senior 24h/24 ?	Existence d'une astreinte senior 24h/24 ?
			F	G	D	E
Personnel médical hors internes	M1000, M2000, M3020	45			☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
dont gériatres	M1320	46			☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Infirmiers DE sans spécialisation	N2210	47				
Aides-soignants	N2510	48				
Ergothérapeutes	N2460	49				
Psychomotriciens	N2470	50				
Autre personnel non médical		51				

C - ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX (AVC)

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

A52	☐ oui ☐ non
-----	---

Si oui, Nombre de lits de l'UNV (yc ceux de soins intensifs qui seront à isoler dans le bordereau Réa – SI) au 31/12	A53	
Nombre de séjours	A54	PMSI
Nombre de journées	A55	PMSI

Personnels concourant à l'activité (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)	Code SAE		ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	Existence d'une garde senior 24h/24 ?	Existence d'une astreinte senior 24h/24 ?
			F	G	D	E
Personnel médical hors internes	M1000, M2000, M3020	56			☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
dont neurologues	M1120	57			☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Personnel non médical	N9999	58				

Médecine, Chirurgie, Gynécologie-Obstétrique

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

PRINCIPES DU BORDEREAU

Le bordereau décrit les capacités d'accueil et l'activité de médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique, selon les différentes modalités de prise en charge offertes par l'établissement, y compris les alternatives à l'hospitalisation. Ce bordereau ne prend toutefois pas en compte l'activité générée par les bébés restés auprès de leur mère, dont les séjours ne sont pas comptabilisés.

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

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

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

Les objectifs du bordereau sont :

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

Les données d'activité d'hospitalisation sont, depuis la refonte, obtenues à partir d'extractions des données PMSI des unités médicales concernées.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

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

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

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

REFERENCES REGLEMENTAIRES

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

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

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

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

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

NOUVEAUTES SAE 2022

Dans la partie « unité pédiatrique » (« populations ciblées ») de ce bordereau, il est désormais demandé de répartir les capacités d'accueil et l'activité entre médecine et chirurgie, pour chaque type d'hospitalisation (complète et partielle).

Au sein des personnels concourant à l'activité de ces unités pédiatriques, une ligne a été ajoutée sur les chirurgiens pédiatres.

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

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

DESCRIPTION DES CAPACITÉS ET DES ACTIVITÉS

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

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

Le nombre de lits installés (y compris berceaux, couveuses) au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits (y compris berceaux, couveuses agréées) en état d'accueillir des malades. Le nombre de lits fermés temporairement est à inclure aussi, mais uniquement en cas de travaux ou désinfection.

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

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

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

Les capacités de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des structures d'accueil des urgences, des services de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue (y compris ceux dévolus au post-chirurgie), de néonatalogie et de réanimation néonatale sont comptées dans ce bordereau en médecine et en hospitalisation complète.

- **Journées exploitables (ligne 2)**

Le nombre de journées exploitables sur l'année est égal, pour un grand groupe de disciplines, à la somme des lits en état d'accueillir des malades de chaque journée de l'exercice. Un lit exploitable pendant toute une année fournira 365 (ou 366 les années bissextiles) "journées-lits exploitables". En revanche, lorsque le lit est indisponible, il convient de retirer des journées exploitables le nombre de jours d'indisponibilité de ce lit.

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

- Le cas des unités d'hospitalisation de semaine : les journées exploitables sont calculées sur la base des journées réelles d'ouverture des unités, en déduisant les journées de week-end et jours fériés. Dans les autres unités en revanche, les jours fériés, week-end ou congés ne seront pas retranchés.
- Les indisponibilités pour travaux ou désinfection : un lit qui ne peut recevoir de patient pour cette raison ne peut plus être comptabilisé dans les journées exploitables pendant toute la durée d'indisponibilité. Ainsi, un lit dont

l'exploitation aura été suspendue pour cause de travaux pendant 45 jours ne fournira que 320 (ou 321) "journées-lits exploitables" dans l'année.

- Le cas particulier de patients qui ont besoin d'isolement (patient contagieux par exemple) : lorsque l'isolement d'un patient induit la transformation d'une chambre double en chambre simple, le lit ainsi inutilisé n'est plus compté dans les journées exploitables.

En cas de modification du nombre de lits et places en cours d'année (déménagement, restructuration, etc.), il convient de décrire la réalité en 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 d'hospitalisation partielle (lignes 6 et 8)**

Le nombre de places installées au 31 décembre de l'année est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps. Étant donné que dans les séjours d'hospitalisation partielle (ligne 7) sont exclus les séjours de séances supérieures à 0 jour, il convient également de les exclure dans le nombre de places en ligne 6. Sont alors exclus les postes de dialyse, les fauteuils de chimiothérapie et les fauteuils de biothérapie.

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

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

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

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

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

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

Ligne 7 : Sont dénombrés les séjours en hospitalisation partielle dans les unités médicales de médecine, de chirurgie et de gynécologie obstétrique, c'est-à-dire les séjours pour lesquels toutes les unités médicales fréquentées sont des unités d'hospitalisation partielle ou des unités dites « mixtes » avec des durées de séjour correspondantes nulles. Depuis la SAE 2014, les séjours de séances supérieures à 0 jour ne sont plus comptabilisés.

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

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

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

ACTIVITÉS EXTERNES (hôpitaux publics et ESPIC uniquement)

- **Lignes 11 à 19** : Pour les établissements publics et ESPIC uniquement, préciser si les spécialités citées assurent des consultations pour les patients externes. Ne répondre OUI que si les médecins impliqués sont des seniors (hors internes) qualifiés pour la spécialité.

- **Colonne B, lignes 13, 15, 16 et 19** : Pour les spécialités d'endocrinologie, de pédiatrie, de neurologie et d'ophtalmologie, il est demandé un délai moyen d'obtention d'un rendez-vous hors urgence. Il s'agit de compter, pour chaque consultation non urgente demandée entre le 1^{er} et le 30 octobre, le nombre de jours ouvrés séparant la date de la demande formulée par le patient, sa famille ou son médecin, de celle du premier rendez-vous disponible. Calculer ensuite la moyenne obtenue sur le total des consultations demandées sur cette même période. Lorsqu'il n'existe plus de créneau disponible, laisser à vide en ajoutant un commentaire.

- **Lignes 20, 21, 22 et 59** (destinées aux établissements publics et ESPIC uniquement) : Sont comptés les actes cliniques (consultations, **Colonne A**) et les actes techniques (actes CCAM, **Colonne B**) effectués et facturés (au sens où ils sont recensés dans le fichier PMSI-ACE) au profit de patients externes, uniquement pour l'activité externe programmée en MCO. De ce fait, ne sont pas comptabilisés les actes ni les consultations réalisés dans les services d'urgences la nuit et les jours fériés. L'activité externe réalisée dans les services de SSR et de PSY, dans les établissements hors champ de la SAE, comme les centres dentaires, n'est pas non plus comptabilisée. L'activité réalisée dans les centres de soins non programmés est également exclue du comptage. Ces données peuvent être issues du fichier PMSI ACE, c'est-à-dire à partir des fichiers e-PMSI exprimées dans les tableaux du RAFAEL (Résumés Anonymes de Facturation des Actes Externes Liés). Un tableau Ovalide spécifique pour la SAE (2.D.SAE) est disponible sous e-PMSI pour aider à renseigner ces cases.

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

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

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

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

- **Case B20** : Pour le personnel médical hors sage-femme, les codes regroupements des actes CCAM retenus sont : ACO, ADA, ADC, ADE, ADI, ATM, AXI, DEN, END, ICO, IMP, INO, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN, SDE, TDS, BR1, CM0, CT0, CT1, CZ0, CZ1, IC1, IN1, PA0, PA1, PF0, PF1, PT0, RA0, RE1, RF0 et RS0, ainsi

que les lettres clés NGAP ORT, TO, K, KMB et Z. Les actes techniques des sages-femmes qui sont à retirer se repèrent avec le code spécialité exécutant 21 (ils sont à comptabiliser en B59).

- **Case B22** : Dont actes techniques bucco-dentaire exprimés en actes CCAM. Les codes regroupements retenus sont : AXI, DEN, END, ICO, IMP, INO, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN, SDE, TDS, BR1, CM0, CT0, CT1, CZ0, CZ1, IC1, IN1, PA0, PA1, PF0, PF1, PT0, RA0, RE1, RF0 et RS0, ainsi que les lettres clés NGAP ORT et TO.
- **Case B59** : Actes des sages-femmes correspondant aux codes regroupements ACO, ADA, ADC, ADE, ADI et ATM de la CCAM avec le code spécialité exécutant 21, et aux lettres clés SP, SF et SFI de la NGAP. Cet indicateur doit être calculé en nombre d'actes.
- **Case B21** : Activité externe du personnel non médical. Comptabiliser l'ensemble des lettres clés AMS, AMC, AMI, AMK, AIS, DI, AMP, POD, RNO, AMO et AMY de la NGAP. Cet indicateur doit être calculé en nombre d'actes.

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

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

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

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

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

UNITÉ PÉDIATRIQUE

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

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

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

Case A24 : Existence d'un accueil pédiatrique spécifique aux urgences

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

Ligne 25 : Lits et places d'hospitalisation. Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année de ces unités pour les disciplines de médecine (colonnes C et E) et de chirurgie (colonnes D et F) est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades et du nombre de lits fermés temporairement pour cause de travaux ou désinfection. Les berceaux des bébés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

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

Ligne 26 : Sont comptabilisés les séjours ayant comporté une hospitalisation, complète ou partielle, en pédiatrie (au sens Résumé d'Unité Médicale, RUM pour le PMSI) dans les unités médicales de médecine pédiatriques (UM de type '07B', '13A', '13B', '14A', '14B', '22_' ou '28_') et dans les unités médicales de chirurgie pédiatrique (UM de type '52'). Le nombre de séjours de 0 jour réalisés dans une UM typée en hospitalisation complète est également à comptabiliser, en case C26 pour les UM de médecine pédiatrique et en case D26 pour les UM de chirurgie pédiatrique. En revanche, les séances

sont exclues des séjours en hospitalisation partielle. Dans le cas où le séjour comporte à la fois un passage en UM de médecine pédiatrique et en UM de chirurgie pédiatrique, le pré-remplissage le classera dans la discipline où la durée de séjour est la plus longue.

Ligne 27 : Nombre de journées de présence correspondant aux séjours d'hospitalisation complète en médecine pédiatrique d'une part (case C27) et en chirurgie pédiatrique d'autre part (case D27).

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

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

Les effectifs et équivalents temps plein travaillés (ETP_T) du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité des unités décrites, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs. À partir de la SAE 2022, le décompte des ETP travaillés (ETP_T) concerne uniquement les salariés, le calcul d'ETP_T s'étant avéré compliqué pour les libéraux. Pour ces derniers, seul un décompte des effectifs physiques présents au 31 décembre est demandé.

Les ETP_T salariés correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à temps partiel à 80 % sera compté 0,80, même s'il est rémunéré à 86 %), sur une mesure en moyenne annuelle.

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

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

Colonne F : ETP travaillés (ETP_T) des personnels **salariés**, en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de l'unité pédiatrique, y compris les temps partiels et les vacataires. Sera compté ici le temps travaillé et non le temps rémunéré, sur une mesure en moyenne annuelle.

Colonne G : Effectifs physiques des **libéraux** présents au 31 décembre, quel que soit le temps passé à travailler dans l'établissement.

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

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

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

MÉDECINE GÉRIATRIQUE

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

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

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

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

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

Ligne 42 : Lits et places d'hospitalisation. Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades et du nombre de lits fermés temporairement pour cause de travaux ou désinfection.

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

Ligne 43 : Sont comptabilisés les séjours ayant comporté une hospitalisation, complète ou partielle, (au sens Résumé d'Unité Médicale, RUM pour le PMSI) dans les unités médicales de médecine gériatrique (type '27'). Dans la case A43, est comptabilisé également le nombre de séjours de 0 jour réalisés dans une unité médicale typée en hospitalisation complète.

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

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

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

Les effectifs et équivalents temps plein travaillés (ETP_T) du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité des unités décrites, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs. À partir de la SAE 2022, le décompte des ETP travaillés (ETP_T) concerne uniquement les salariés, le calcul d'ETP_T s'étant avéré compliqué pour les libéraux. Pour ces derniers, seul un décompte des effectifs physiques présents au 31 décembre est demandé.

Les ETP_T salariés correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à temps partiel à 80 % sera compté 0,80, même s'il est rémunéré à 86 %), sur une mesure en moyenne annuelle.

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

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

Colonne F : ETP travaillés (ETP_T) des personnels **salariés**, en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de médecine gériatrique, y compris les temps partiels et les vacataires. Sera compté ici le temps travaillé et non le temps rémunéré, sur une mesure en moyenne annuelle.

Colonne G : Effectifs physiques des **libéraux** présents au 31 décembre, quel que soit le temps passé à travailler dans l'établissement.

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

ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

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

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

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

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

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

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

Ligne 56 à ligne 58 : Personnel ayant concouru à l'activité du service ou de l'unité neuro-vasculaire

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

Les effectifs et équivalents temps plein travaillés (ETP_T) du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité des unités décrites, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs. À partir de la SAE 2022, le décompte des ETP travaillés (ETP_T) concerne uniquement les salariés, le calcul d'ETP_T s'étant avéré compliqué pour les libéraux. Pour ces derniers, seul un décompte des effectifs physiques présents au 31 décembre est demandé.

Les ETP_T salariés correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à temps partiel à 80 % sera compté 0,80, même s'il est rémunéré à 86 %), sur une mesure en moyenne annuelle. (Lire aussi les principes généraux de remplissage du « Personnel dans les bordereaux d'activités de soins »).

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

Colonne F : ETP travaillés (ETP_T) des personnels **salariés**, en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de neuro-vasculaire, y compris les temps partiels et les vacataires. Sera compté ici le temps travaillé et non le temps rémunéré, sur une mesure en moyenne annuelle.

Colonne G : Effectifs physiques des **libéraux** présents au 31 décembre, quel que soit le temps passé à travailler dans l'établissement.

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

PSYCHIATRIE (1/2)

Participation à la sectorisation psychiatrique :

Si oui : Nombre de secteurs de psychiatrie générale :

Nombre de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile :

Nombre de dispositifs intersectoriels formalisés :

A0	☐ oui ☐ non
A1	
A2	
A3	

Interventions en milieu pénitentiaire (y compris USMP d'un autre établissement) :

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

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



cette activité :

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



cette activité :

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

A4	☐ oui ☐ non
A43	☐ oui ☐ non
A41	☐ oui ☐ non
B41	
A42	☐ oui ☐ non
B42	
A44	☐ oui ☐ non

Capacité d'accueil

[illegible]

(*) hors urgences générales (question A38)

Activité

[illegible]

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

Prise en charge ambulatoire (Hôpitaux publics et ESPIC uniquement)

[illegible]

File active

Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année	File active totale		File active exclusivement ambulatoire
	A	B	
Psychiatrie générale	18		
Psychiatrie infanto-juvénile	19		
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	20		
Total file active (sans double compte)	21		

Mode légal de soins

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

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

PERSONNEL MEDICAL (hors Internes) / (M9999)										PERSONNEL non MEDICAL : Personnel des SERVICES de SOINS, EDUCATIFS et SOCIAUX (N2000+N3000)									
Psychiatres (M3020)				Autre personnel médical			Existence d'une garde senior 24h/24 ?	Existence d'une astreinte senior 24h/24 ?	ETP annuels moyens des salariés	ETP annuels moyens des cadres (N2100, N2200, N2300)	dont ETP des Aides-soignants (N2500)	dont ETP des Psychologues (N2700)	dont ETP des Personnels de rééducation (N2400)	dont ETP des Personnels éducatifs et sociaux (N3000)	Effectifs des libéraux au 31/12				
ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12																
R	S	T	U	G	H	V	L	M	N	P	Q	W							
Total personnel établissement																			
	29				☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non													
	30				☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non													
	31				☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non													
	32																		
Total psychiatrie																			
Personnel exerçant en unité d'hospitalisation temps plein																			
	33																		
	34																		
	35																		
	36																		
Total psychiatrie en unité d'hospitalisation temps plein																			

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

38

A

☐ oui ☐ non

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

B

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

39

☐ oui ☐ non

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

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

40

☐ oui ☐ non

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

NOTE: S'il existe une équipe mobile psychiatrie-pénitentiaire, l'inscrire dans le bordereau PV et missions de service public

Psychiatrie

PRINCIPES DU BORDEREAU

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

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

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

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

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

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

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

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

REFERENCES REGLEMENTAIRES

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

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

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

NOUVEAUTES SAE 2022

La partie sur la file active a connu des transformations : les colonnes « File active hospitalisée à temps plein dans l'année » et « Personnes présentes en hospitalisation temps plein depuis plus d'un an » ont été supprimées, dans la mesure où l'information est maintenant calculable de manière fiable avec le RIM-P.

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

1- PARTICIPATION À LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE

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

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

- Les secteurs de psychiatrie générale sont ceux qui prennent principalement en charge des patients de plus de 16 ans, et dont les numéros d'identification des secteurs sont composés comme suit : « Numéro de département » G « numéro d'ordre en deux chiffres unique dans le département ».
- Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont ceux qui prennent en charge les patients de 16 ans inclus ou moins et dont les numéros d'identification des secteurs sont composés ainsi : « Numéro de département » I « numéro d'ordre en deux chiffres unique dans le département ».
- Un dispositif intersectoriel formalisé assure des missions sectorielles, souvent complémentaires aux activités de secteur, pour le compte de plusieurs secteurs de psychiatrie générale ou de psychiatrie infanto-juvénile. Il peut comporter une ou plusieurs activités, un ou plusieurs types d'équipements, une ou plusieurs unités fonctionnelles. Il est créé par une délibération des instances de l'établissement (CA – CME). Le numéro d'identification des secteurs qui lui est attribué est composé ainsi : « Numéro Finess de l'établissement » Z « un numéro d'ordre en deux chiffres ».

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

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

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

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

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

- USIP : Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie (ex UMAP, unités pour malades agités et perturbateurs et ex UPID, unités psychiatrique intersectorielle départementale)
- UMD : unités pour malades difficiles.

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

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

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

3- QUELQUES DEFINITIONS

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

- la psychiatrie générale, sectorisée ou non, prenant en charge les adultes de plus de 16 ans ;
- la psychiatrie infanto-juvénile, sectorisée ou non, prenant en charge les enfants et adolescents ;
- la psychiatrie en milieu pénitentiaire, via les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire ou l'intervention des équipes de psychiatrie, en SMPR et USMP de niveau 2 notamment. Les soins auprès des personnes détenues se structurent en trois niveaux : Niveau 1 (consultations, prestations et activités ambulatoires), niveau 2 (prise en charge à temps partiel) pour les SMPR / USMP (ex-UCSA) et niveau 3 (prise en charge à temps complet) pour les UHSA.

NATURES DE PRISE EN CHARGE ET FORMES D'ACTIVITÉ

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

- les prises en charge à temps complet (au-delà de 24 heures)
- les prises en charge à temps partiel (entre 3 heures et 24 heures)
- les prises en charge ambulatoires (moins de 3 heures)

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

- l'hospitalisation temps plein [A6 à A13 et B10 à B13]
- l'accueil familial thérapeutique [B6 à B9 et C10 à C13]
- les prises en charge en appartement thérapeutique [C6 à C9 et D10 à D13]
- les prises en charge en centre de postcure [D6 à D9 et E10 à E13]
- les prises en charge en accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences [E6 à E9 et F10 à F13]
- l'hospitalisation à domicile au sens d'une prise en charge à domicile [F6 à F9 et G10 à G13]
- les séjours thérapeutiques [H10 à H13]

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

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

Pour les prises en charge en ambulatoire, cf. le paragraphe 7 ci-après.

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

4- CAPACITÉS D'ACCUEIL

Colonnes A à E, lignes 6 à 9 : Nombre de lits

Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades. Le nombre de lits fermés temporairement est à inclure aussi, mais uniquement en cas de travaux ou désinfection.

Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

NB : Les chambres d'isolement dédiées spécifiquement à cet effet ne doivent pas être comptabilisées dans le nombre de lits.

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

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

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

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

Le nombre de « journées-lits exploitables » sur l'année est égal à la somme des lits en état d'accueillir des malades de chaque journée de l'exercice. Un lit exploitable pendant toute une année fournira 365 « journées-lits exploitables » (ou 366 les années bissextiles). En revanche, lorsque le lit est indisponible, il convient de retirer des « journées-lits exploitables » le nombre de jours d'indisponibilité de ce lit.

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

- Le cas des unités d'hospitalisation de semaine : les « journées-lits exploitables » sont calculées sur la base des journées réelles d'ouverture des unités, en déduisant les journées de week-end et jours fériés. Dans les autres unités en revanche, les jours fériés, week-end ou congés ne seront pas retranchés.
- Les indisponibilités pour travaux ou désinfection : un lit qui ne peut recevoir de patient pour cette raison ne peut plus être comptabilisé dans les « journées-lits exploitables » pendant toute la durée d'indisponibilité. Ainsi, un lit dont l'exploitation aura été suspendue pour cause de travaux pendant 45 jours ne fournira que 320 (ou 321) « journées-lits exploitables » dans l'année.
- Le cas particulier de patients qui ont besoin d'isolement (patient contagieux par exemple) : lorsque l'isolement d'un patient induit la transformation d'une chambre double en chambre simple, le lit ainsi inutilisé n'est plus compté dans les « journées-lits exploitables ».

Cases I6 à I9 : Nombre de structures

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

5- ACTIVITÉ À TEMPS COMPLET

Cases A10 à A13 : Nombre de séjours en hospitalisation à temps plein. Le séjour débute le premier jour de la prise en charge par une équipe soignante dans le champ d'activité de la psychiatrie et se termine le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante de psychiatrie. Dans le cas de permissions, sorties temporaires ou équivalents, le séjour n'est pas clôturé, mais seulement suspendu.

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

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

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

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

- absences de très courte durée en psychiatrie (inférieures à 12 h) pour les personnes hospitalisées sans consentement, accompagnées par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie (article L.3211-11-1 du Code de la santé publique, inséré par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002).

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

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

6- ACTIVITÉ À TEMPS PARTIEL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans la logique de la grille EDGARX (Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion, téléExpertise), 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 et la téléexpertise sont exclues et comptabilisées uniquement dans le RIM-P.

Quels que soient le nombre et la catégorie professionnelle des intervenants (grille MIPARESXY)¹, les actes sont décrits dans les lieux suivants :

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

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

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

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

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

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

Cases G14 et G15 : En établissement social ou médico-social avec ou sans hébergement (lieux L03 et L08 dans le RIM-P), incluant les maisons de retraite.

Cases H14 et H15 : En unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence) (lieux L09, L10 et L12 dans le RIM-P). Plus largement, ces unités (cardiologie, dermatologie, dentaire, etc.) permettent de prendre en charge les pathologies somatiques des patients hospitalisés en psychiatrie (L09), des patients de la psychiatrie de liaison aux urgences (L10) et des patients des unités d'accueil d'urgences psychiatriques (L12).

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

8- FILE ACTIVE

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

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

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

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

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

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

Cases B18 à B21 : File active exclusivement ambulatoire

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

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

9- MODE LEGAL DE SOINS

La loi du 5 juillet 2011 a modifié les dispositions du code de la santé publique relatives au régime des hospitalisations sans consentement issues de la loi du 27 juin 1990. La loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi de 2011 étend ce régime aux soins ambulatoires.

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

- Soins psychiatriques libres (code 1 dans le RIM-P)
- Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (article L.3213-1 du code de la santé publique) (code 3 dans le RIM-P)

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

Cases A22 à A28 : Nombre de patients

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

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

Cases B23 à B28 : Nombre de mesures

Il s'agit de dénombrer par mode légal de soins (hors hospitalisation libre) les mesures en cours au 1^{er} janvier, auxquelles sont ajoutées les nouvelles mesures prises dans l'année.

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

Cases C22 à C28 : Nombre de journées de prise en charge à temps complet

La définition du nombre de journées est la même qu'en paragraphe 5, à décliner par mode légal de soins.

Cases D22 à D28 : Nombre de venues en équivalent journée

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

Cases E22 à E28 : Nombre d'actes

La définition du nombre d'actes est la même qu'en paragraphe 7, à décliner par mode légal de soins.

10- PERSONNEL

Ligne 29 à 32 : : Personnel ayant concouru à l'activité de psychiatrie

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins en psychiatrie (générale, infanto-juvénile ou en milieu pénitentiaire) que ce personnel soit salarié ou non, rémunéré ou non par l'établissement. Il peut s'agir de personnel entièrement dédié à l'activité décrite et de temps de professionnels mutualisés pour assurer les soins dans ces différentes unités.

Les effectifs et les équivalents temps plein travaillés (ETP_T) du personnel sont ceux qui contribuent à l'activité des unités décrites dans le bordereau, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs. À partir de la SAE 2022, le décompte des ETP travaillés (ETP_T) concerne uniquement les salariés, le calcul d'ETP_T s'étant avéré compliqué pour les libéraux. Pour ces derniers, seul un décompte des effectifs physiques présents au 31 décembre est demandé.

Les ETP_T salariés correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à temps partiel à 80 % sera compté 0,80 même s'il est rémunéré à 86 %), sur une mesure en moyenne annuelle.

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

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

Colonnes R-T-V : ETP travaillés (ETP_T) des personnels **salariés**, en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de psychiatrie (générale, infanto-juvénile et en milieu pénitentiaire), y compris les temps partiels et les vacataires. Sera compté ici le temps travaillé et non le temps rémunéré, sur une mesure en moyenne annuelle.

Colonnes S-U-W : Effectifs physiques des **libéraux** présents au 31 décembre, quel que soit le temps passé à travailler dans l'établissement.

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

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

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

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

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

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

11- AUTRES INFORMATIONS

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

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

Capacités et activités

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

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

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

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

A59

☐ oui

☐ non

Equipement spécifique

(libellés issus de l'enquête 2011 - DGOS_ATIH)

Disposez-vous des équipements suivants ?

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

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

<u>Personnel médical hors internes</u>		Code SAE	ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12
			D	E
Médecins de médecine physique et réadaptation	36	M1180		
Médecins généralistes (hors gériatres)	37	M1010 (hors M1320)		
Gériatres	38	M1320		
Cardiologues	39	M1040		
Endocrinologues, maladies métaboliques	40	M1070		
Neurologues	41	M1120		
Pédiatres	42	M1140		
Pneumologues	43	M1150		
Rhumatologues	44	M1190		
Psychiatres	46	M3020		
Autre personnel médical	47			

<u>Personnel non médical</u>		Code SAE	ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12
			D	E
Personnels infirmiers DE avec ou sans spécialisation (y compris encadrement)	48	N2120, N2200 et N2300		
Masseurs kinésithérapeutes (y compris encadrement)	49	N2130, N2410		
Orthophonistes	50	N2430		
Diététiciens	51	N2450		
Ergothérapeutes	52	N2460		
Psychomotriciens	53	N2470		
Aides-soignants	54	N2500		
Psychologues	55	N2710		
Assistants de service social	56	N3120		
Personnels éducatifs	57	N3100 hors N3120 et non diplômés		
Autre personnel non médical	58			

Soins de suite et de réadaptation

PRINCIPES DU BORDEREAU

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

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

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

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

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

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

CAPACITÉ ET ACTIVITÉ

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

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

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

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

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

Pour l'ensemble des colonnes hors colonnes E, G et J, les lignes 1 et 12 sont des totaux calculés de façon automatique. Pour l'ensemble des colonnes, y compris colonnes E, G et J, la ligne 22 correspond aux totaux calculés de façon automatique.

Colonne A : Autorisations. Il s'agit de préciser par OUI ou par NON les types d'autorisations détenues par l'établissement. Les autorisations sont pré-remplies par celles figurant dans Arhgos, application de gestion des autorisations par les ARS. Les autorisations sont à valider ou à corriger si besoin par l'établissement.

Colonne B : Nombre de lits

Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades. Le nombre de lits fermés temporairement est à inclure aussi, mais uniquement en cas de travaux ou

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

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

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

Colonne J : Nombre de journées-lits exploitables

Le nombre de « journées-lits exploitables » sur l'année est égal à la somme des lits en état d'accueillir des malades de chaque journée de l'exercice. Un lit exploitable pendant toute une année fournira 365 « journées-lits exploitables » (ou 366 les années bissextiles). En revanche, lorsque le lit est indisponible, il convient de retirer des « journées-lits exploitables » le nombre de jours d'indisponibilité de ce lit.

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

- Le cas des unités d'hospitalisation de semaine : les « journées-lits exploitables » sont calculées sur la base des journées réelles d'ouverture des unités, en déduisant les journées de week-end et jours fériés. Dans les autres unités en revanche, les jours fériés, week-end ou congés ne seront pas retranchés.
- Les indisponibilités pour travaux ou désinfection : un lit qui ne peut recevoir de patient pour cette raison ne peut plus être comptabilisé dans les « journées-lits exploitables » pendant toute la durée d'indisponibilité. Ainsi, un lit dont l'exploitation aura été suspendue pour cause de travaux pendant 45 jours ne fournira que 320 (ou 321) « journées-lits exploitables » dans l'année.
- Le cas particulier de patients qui ont besoin d'isolement (patient contagieux par exemple) : lorsque l'isolement d'un patient induit la transformation d'une chambre double en chambre simple, le lit ainsi inutilisé n'est plus compté dans les « journées-lits exploitables ».

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

Colonne C : Nombre de places

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ÉQUIPEMENT SPÉCIFIQUE

L'approche ici est de se conformer aux enquêtes « plateaux techniques » qu'avait lancées le ministère et qui correspondent aux équipements lourds qu'un établissement SSR met en place. Il s'agit donc de préciser pour chaque type d'équipement spécifique si l'établissement en dispose sur place, ou bien s'il peut utiliser ce type d'équipement dans un autre établissement géographique (que cet établissement soit dans la même entité juridique ou non).

PERSONNEL

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins décrites dans le bordereau, que ce personnel soit salarié ou non, rémunéré ou non par l'établissement. Il peut s'agir de personnel entièrement dédié à l'activité décrite, ou de professionnels mutualisés pour assurer les soins dans différentes unités.

Les effectifs et les équivalents temps plein travaillés (ETP_T) du personnel sont ceux qui contribuent à l'activité des unités décrites, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs. À partir de la SAE 2022, le décompte

des ETP travaillés (ETP_T) concerne uniquement les salariés, le calcul d'ETP_T s'étant avéré compliqué pour les libéraux. Pour ces derniers, seul un décompte des effectifs physiques présents au 31 décembre est demandé. .

Les ETP_T salariés correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à temps partiel à 80 % sera compté 0,80 même s'il est rémunéré à 86 %), sur une mesure en moyenne annuelle.
(Lire aussi les principes généraux de remplissage du « Personnel dans les bordereaux d'activités de soins »).

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

Colonne D : ETP travaillés (ETP_T) des personnels **salariés**, en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de SSR, y compris les temps partiels et les vacataires. Sera compté ici le temps travaillé et non le temps rémunéré, sur une mesure en moyenne annuelle.

Colonne E : Effectifs physiques des **libéraux** présents au 31 décembre, quel que soit le temps passé à travailler dans l'établissement.

UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE

Il s'agit exclusivement des USLD DU SECTEUR SANITAIRE

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

Capacité et activité

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

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

Organisation des filières de soins

Filières d'amont		Nombre de patients accueillis durant l'année écoulée en provenance de	
		de la même EJ	d'une autre EJ
		A	B
Services d'Urgences	4		
Services de MCO	5		
Unité de court séjour gériatrique	6		
Services de SSR	7		
Services de Psychiatrie	8		
Services d'HAD	9		
Domicile ou substitut	A10		

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

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

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

			ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	Personnels communs avec EHPAD
	Code SAE		E	F	D
Personnel médical hors internes	M1000, M2000, M3020	19			☐ oui ☐ non
dont gériatres	M1320	20			☐ oui ☐ non
Infirmiers DE sans spécialisation	N2210	21			☐ oui ☐ non
Aides-soignants	N2510	22			☐ oui ☐ non
Ergothérapeutes	N2460	23			☐ oui ☐ non
Masseurs kinésithérapeutes	N2410	24			☐ oui ☐ non
Assistants de service social	N3120	26			☐ oui ☐ non
Autre personnel non médical		27			☐ oui ☐ non

Unités de soins de longue durée

PRINCIPES DU BORDEREAU

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

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

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

Les objectifs du bordereau sont :

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

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

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

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

REFERENCES REGLEMENTAIRES

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

Article 46 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale.

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

CAPACITÉ ET ACTIVITÉ

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

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

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

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

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

ORGANISATION DES FILIÈRES DE SOINS

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

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

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

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

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

Cases A16 à A18 : Filière d'aval. Il s'agit du nombre de patients qui après leurs séjours en USLD sont confiés :

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

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

Colonnes E et F : Personnel concourant à l'activité de l'USLD

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins décrites dans le bordereau, que ce personnel soit salarié ou non, rémunéré ou non par l'établissement. Il peut s'agir de personnel entièrement dédié à l'activité décrite, ou de professionnels mutualisés pour assurer les soins dans différentes unités.

Les effectifs et les équivalents temps plein travaillés (ETP_T) du personnel sont ceux qui contribuent à l'activité des unités décrites dans le bordereau, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs. À partir de la SAE 2022, le décompte des ETP travaillés (ETP_T) concerne uniquement les salariés, le calcul d'ETP_T s'étant avéré compliqué pour les libéraux. Pour ces derniers, seul un décompte des effectifs physiques présents au 31 décembre est demandé.

Les ETP_T correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à temps partiel à 80 % sera compté 0,80 même s'il est rémunéré à 86 %), sur une mesure en moyenne annuelle.

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

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

Colonne E : ETP travaillés (ETP_T) des personnels **salariés**, en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité d'USLD, y compris les temps partiels et les vacataires. Sera compté ici le temps travaillé et non le temps rémunéré, sur une mesure en moyenne annuelle.

Colonne F : Effectifs physiques des **libéraux** présents au 31 décembre, quel que soit le temps passé à travailler dans l'établissement.

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

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

Dans certains établissements, les équipes EHPAD et établissement sanitaire sont entièrement communes, leur planning étant organisé de manière à occuper en alternance des fonctions au sein de l'un ou l'autre secteur. Dans ce cas, la réponse aux questions de la **colonne D** est OUI.

Il existe des cas où certains personnels sont en commun, mais pas la totalité. Par convention, lorsque plus de la moitié des personnels d'une même catégorie (exemple : les infirmiers DE, avec ou sans spécialisation) est en commun, l'établissement répondra OUI.

HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

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

Organisation

		A			B	C	D
Avez-vous une ou plusieurs antennes géographiques ? (lieu de coordination installé sur le territoire de desserte mais distinct de l'implantation principale du siège HAD)	1	☐ oui ☐ non			finess1	finess2	finess3
 Si oui, nombre d'antennes géographiques :	2		Si oui, finess géographique de ces antennes		2		
Quelle est la population (en nombre d'habitants) du territoire autorisé dans le cadre de votre activité ?		3					
Mobilisez-vous, en sus de vos propres moyens, une équipe mobile de soins palliatifs ?	4	☐ oui ☐ non	Disposez-vous d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile) ?				
			B3				
			☐ oui ☐ non				
Mobilisez-vous, en sus de vos propres moyens, une équipe de prise en charge de la douleur ?	5	☐ oui ☐ non	Disposez-vous d'une astreinte médicale H24 et 7/7 ?				
			B4				
			☐ oui ☐ non				
Le service a-t-il mis en place la télésurveillance de certains patients ?		6	☐ oui ☐ non	Si non, avez-vous passé une convention avec :			
Le service a-t-il mis en place des téléconsultations ?		7	☐ oui ☐ non	☐ une structure assurant la permanence de soins (ex. centre hospitalier, centre 15, SOS médecin) ? ☐ une autre structure ?			
			B5				
			☐ oui ☐ non				
			B6				
			☐ oui ☐ non				

Capacité

		Médecine	Périnatalité	SSR	Prise en charge du cancer (y c. établissement associé)
		A	B	C	D
Pour quelle activité êtes-vous autorisés en HAD ?	8	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément		10			

Activité sur site

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

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

Personnel médical (hors internes)	Code SAE		ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12
			C	D
Médecin coordonnateur		16		
Pharmaciens	M3050	17		
Autre personnel médical		18		
Total personnel médical	M9999	19		
Personnel non médical	Code SAE		ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12
			C	D
Cadres de santé	N2120	20		
Infirmiers DE coordonnateurs		21		
Infirmiers DE sans spécialisation	N2210	22		
Aides-Soignants	N2510	23		
Ergothérapeutes	N2460	24		
Masseurs kinésithérapeutes	N2410	25		
Psychologues	N2710	27		
Assistants de service social	N3120	28		
Autre personnel non médical		29		
Total personnel non médical	N9999	30		

HAD (Hospitalisation à domicile)

PRINCIPES DU BORDEREAU

L'hospitalisation à domicile (HAD) se développe régulièrement en tant qu'activité de soins pour répondre à une demande croissante de prise en charge à domicile, de la part des patients comme des aidants. Elle fait partie, depuis la loi HPST, des alternatives à l'hospitalisation complète, comme une modalité de soins dite sans hébergement.

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

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

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques qui ont une activité autorisée d'HAD. L'activité doit être déclarée sur chaque site disposant d'un numéro Finess géographique.

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

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

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

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Loi HPST du 21 juillet 2009.

Code de la santé publique.

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

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

ORGANISATION

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

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

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

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

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

Cases A6 et A7 : Préciser si les modalités de télésurveillance et téléconsultations des patients à leur domicile sont fonctionnelles pour l'année considérée.

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

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

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

CAPACITÉ ET AUTORISATIONS

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

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

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

ACTIVITÉ SUR LE SITE

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

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

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

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

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

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

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

Ligne 14 : Nombre de patients différents, âgés de 80 ans et plus.

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

PERSONNEL

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins décrites dans le bordereau, que ce personnel soit salarié ou non, rémunéré ou non par l'établissement. Il peut s'agir de personnel entièrement dédié à l'activité décrite, ou de professionnels mutualisés pour assurer les soins dans différentes unités.

Les effectifs et les équivalents temps plein travaillés (ETP_T) du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité des unités décrites, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs. Le décompte des ETP travaillés (ETP_T) concerne uniquement les salariés, le calcul d'ETP_T s'étant avéré compliqué pour les libéraux. Pour ces derniers, seul un décompte des effectifs physiques présents au 31 décembre est demandé.

Les ETP_T salariés correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à temps partiel à 80 % sera compté 0,80 même s'il est rémunéré à 86 %), sur une mesure en moyenne annuelle. (Lire aussi les principes généraux de remplissage du « Personnel dans les bordereaux d'activités de soins »).

Pour les médecins libéraux, les effectifs physiques présents au 31 décembre sont approchés en comptant les libéraux qui ont contribué à l'activité d'HAD de l'établissement géographique au mois de décembre, pour éviter d'avoir un biais lié aux congés de fin d'année.

Colonne C : ETP travaillés (ETP_T) des personnels **salariés**, en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité d'HAD, y compris les temps partiels et les vacataires. Sera compté ici le temps travaillé et non le temps rémunéré, sur une mesure en moyenne annuelle.

Cases D17 à D29 : Effectifs des libéraux au 31/12 : Effectifs physiques des **libéraux** présents au 31 décembre, quel que soit le temps passé à travailler dans l'établissement, ayant signé une convention (ou équivalent) avec l'HAD et dont la convention est en cours en décembre.