

SITES OPERATOIRES ET SALLES D'INTERVENTION

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

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

		Nombre de salles dans l'établissement - hors celles dédiées à la chirurgie ambulatoire isolées en C7 (en moyenne annuelle)	dont salles fonctionnant 24h/24 et 7j/7 (en moyenne annuelle)	Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire (en moyenne annuelle)
		A	B	C
Salles dédiées à la chirurgie classique, hors obstétrique (au sein de blocs polyvalents ou de spécialités)	2			
Salles dédiées aux actes d'obstétrique (césariennes, IVG...) hors salles de naissance	3			
Salles dédiées aux activités interventionnelles sous imagerie (spécialisées ou non : urologie, cardiologie, neurologie, etc... avec ou sans anesthésie)	4			
Salles hybrides	26			
Salles dédiées aux endoscopies avec ou sans anesthésie pour tout type d'activité (ambulatoire, hosp. complète, externe)	5			
Autres salles d'intervention et/ou exploration	6			
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	7			
Nombre total de salles de surveillance post interventionnelles (SSPI)	8			
Nombre total de postes de veille	9			

Activité

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

⁽¹⁾ selon liste codes CCAM

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

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

Personnel non médical	Code SAE	ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	Existence d'une garde 24h/24 ?	Existence d'une astreinte 24h/24 ?
		F	G	D	E
Pers. d'encadrement du médico-tech.	N4160	19		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Infirmiers aide-anesthésistes (IADE)	N2310	20		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
IBODE (infirmiers de bloc opératoire)	N2320	21		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Infirmiers DE sans spécialisation	N2200	22		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Aides-soignants	N2510	23		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Manipulateurs d'électroradiologie	N413B	24		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Autre personnel non médical		25		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Sites opératoires et salles d'intervention

PRINCIPES DU BORDEREAU

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

Conformément aux orientations nationales, les objectifs poursuivis sont définis par le volet chirurgie du schéma régional de santé - SRS (ex-SROS) :

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

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

CONCEPTS IMPORTANTS

Les actes correspondent à ceux décrits par la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et sont comptabilisés selon des listes élaborées en collaboration avec l'ATIH dans le respect des règles d'utilisation de la CCAM, avec une mise à jour annuelle de cette nomenclature. Les listes d'actes sont disponibles dans la partie « Aide » du site de collecte.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

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

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

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du bordereau FILTRE A2 (chirurgie), A7 (chirurgie ambulatoire), A18 (bloc opératoire) et A22 (autres activités avec ou sans anesthésie).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

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

Article L6122-1 relatif aux autorisations.

Articles D6124-401 à D6124-408 relatifs aux maisons de santé chirurgicales.

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

Articles R6121-4 et D6124-301 à D6124-311 définissant les conditions techniques de fonctionnement des structures pratiquant la chirurgie ambulatoire.

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

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

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

DESCRIPTION DES SALLES

Les blocs, salles d'intervention et salles de surveillance post interventionnelles (SSPI) ne sont à **comptabiliser que lorsqu'ils sont présents sur site dans l'établissement**. Lorsque l'établissement mobilise ce type d'infrastructures en dehors de l'établissement (en cas de location par exemple), alors il ne faut pas comptabiliser ces salles, blocs ou SSI.

Case A1 : Nombre de sites opératoires, définis comme des lieux géographiques regroupant un ensemble de salles d'intervention de chirurgie (conventionnelle et/ou ambulatoire), au sein d'une même « zone propre ». Une « zone propre » correspond aux espaces où les soignants respectent des critères d'asepsie particuliers mais non stériles (port de pyjama, sabots, charlottes, masques...). Dans le vocabulaire des blocs opératoires, elle est définie à partir de la zone 3. En d'autres termes, il s'agit d'un ensemble de plusieurs salles et annexes réunies dans une même zone dédiée à la réalisation d'actes invasifs, quelles qu'en soient la modalité et la finalité, en ayant recours aux équipements adéquats et en regroupant toutes les compétences médicales et paramédicales requises pour assurer la sécurité des patients.

Lignes 2 à 6 et colonnes A à B :

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

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

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

Ligne 2 : Salles dédiées à la chirurgie classique hors obstétrique (au sein de blocs polyvalents ou de spécialités). Il s'agit donc des activités suivantes : orthopédie hors salle de plâtre, ORL, ophtalmologie hors laser, digestif, vasculaire, urologie, chirurgie cardiaque, neurochirurgie, chirurgie plastique et réparatrice, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie gynécologique, etc.

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

Ligne 4 : Salles dédiées aux activités interventionnelles sous imagerie. Ces salles (dites aussi parfois « techniques ») sont dotées d'un équipement lourd ou d'un grand nombre d'appareillages, généralement peu déplaçables. Au sein de cet ensemble, la cardiologie interventionnelle sera décrite de façon plus spécifique dans le bordereau « activités interventionnelles en cardiologie » et la neuroradiologie interventionnelle sera reprise dans le bordereau « neurochirurgie ».

Ligne 26 : Salles « hybrides », permettant des activités interventionnelles sous imagerie, avec une conversion possible en salle de chirurgie.

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

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

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

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

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

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

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

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

ACTIVITÉ

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

Lignes 10 à 15 :

Les données des colonnes A, B et D (sur patients en hospitalisation) sont pré-remplies à partir du PMSI et sont à valider (ou corriger si besoin) par l'établissement. Les listes d'actes sont disponibles dans la partie « Aide » du site de collecte. Les données peuvent être modifiées par l'établissement, notamment pour soustraire des prestations inter-établissement réalisées à l'extérieur (voir ci-dessous).

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

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

Sont compris des :

- actes de chirurgie qui se font, dans les règles de l'art, sous anesthésie : ils concernent toutes les sphères de l'organisme.
- actes de chirurgie qui méritent le BSO mais qui ne sont pas réalisés systématiquement dans la description CCAM avec une anesthésie.
- actes de traitement orthopédique : il s'agit d'une catégorie particulière d'actes de « ADC » dont certains peuvent être réalisés, en toute qualité de résultat, hors du bloc opératoire.
- actes de chirurgie cardiaque (LT032) : actes de chirurgie cardiovasculaire qui se réalisent sous CEC (circulation extracorporelle) (LT032-1) ou non (LT032-2). Ces actes correspondent aux activités autorisées (indicateurs de pilotage de l'activité) et sont répertoriés également dans le bordereau « activités interventionnelles en cardiologie et chirurgie cardiaque ».
- actes de neurologie qui correspondent au sous-groupe ciblé dans les autorisations.
- actes de neurochirurgie hors neuroradiologie.

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

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

Ligne 11 : Actes liés à la grossesse chez la mère (actes figurant dans la liste LT036), qu'ils soient pratiqués lors de séjours d'hospitalisation complète ou partielle, avec ou sans anesthésie. Il s'agit des actes faits dans le cadre de la périnatalité (ex : césariennes, avortements, actes thérapeutiques pour hémorragie du post-partum et qui se font dans l'environnement d'un site opératoire). Ils concernent la (future) mère mais aussi des actes réalisés sur le fœtus en cours de grossesse et qui sont hautement techniques, réalisés dans les maternités de niveau 3 *a priori*.

Sont exclus volontairement de ce groupe :

- 1 les actes de surveillance et suivi de grossesse, essentiellement des échographies car elles ne sont pas réalisées dans un environnement technique de type site opératoire ;
- 2 les actes sur les bébés nés ;
- 3 les actes touchant aux méthodes de procréation (assistée ou pas).

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

Ligne 12 : Actes de cardiologie interventionnelle (actes figurant dans la liste LT033), qu'ils soient pratiqués lors de séjours d'hospitalisation complète ou partielle, avec ou sans anesthésie. Ces actes correspondent aux activités autorisées (indicateurs de pilotage de l'activité) et sont répertoriés également dans le bordereau « activités interventionnelles en cardiologie et chirurgie cardiaque », si l'établissement est autorisé à pratiquer cette activité. En particulier, les poses de stimulateurs cardiaques simples sont comptabilisées dans ce bordereau. Elles sont également recensées dans le bordereau « activités interventionnelles en cardiologie et chirurgie cardiaque » si l'établissement dispose de l'autorisation. Cette liste se décompose en deux sous listes : rythmologie interventionnelle-type 1 (LT033-1) et activités interventionnelles autres que rythmologie-type 2 (LT033-2).

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

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

Ligne 15 : Actes avec lithotritie ou autres actes de destruction (laser ou autre agent extérieur). Il s'agit d'actes, la plupart du temps réalisés par voie transcutanée, sans abord chirurgical, ni réalisés par voie endoscopique, ces derniers étant décomptés ailleurs (ligne 14). Ces actes ne se limitent donc pas au seul arbre urinaire (vessie, uretère) et figurent dans la liste LT_DESTR, qu'ils soient pratiqués lors de séjours d'hospitalisation complète ou partielle, avec ou sans anesthésie générale.

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

Les actes effectués dans le cadre des prestations inter-établissement sont déclarés et comptabilisés dans le PMSI à la fois du côté de l'établissement prestataire (avec un mode entrée-sortie à 0) et dans l'établissement demandeur, où le patient est hospitalisé (code Z75.80).

PERSONNEL

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

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

(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.

Les ETP_T dédiés à la **consultation** ne sont pas à prendre en compte, uniquement les ETP_T dédiés à l'activité de blocs « pure ».

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

Ligne 17 : Médecins de spécialités médicales (= titulaires du CES, du DES ou reconnus par la commission de qualification de l'Ordre) hors médecins anesthésistes réanimateurs et intensiv-réanimation qui sont à inscrire en **ligne 18**.

Colonne F : ETP travaillés (ETP_T) des personnels **salariés**, en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité des sites opératoires, 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 : Préciser par OUI ou NON s'il existe une garde et/ou une astreinte sénior (toujours hors interne) sur le mode 24h/24h.

Rappel, définition d'une garde : un médecin est sur place 24h sur 24 ; pour l'astreinte : en dehors des heures ouvrables, un médecin est joignable à domicile.

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

IMAGERIE

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

Activité

	Nombre d'appareils présents sur le site - ou de salles pour la radiologie conventionnelle (en moyenne annuelle)	dont nombre d'appareils présents sur le site et exploités par l'établissement (en moyenne annuelle)	Pour les appareils présents sur le site et exploités par l'établissement					Total
			Activité réalisée pour des patients hospitalisés dans l'établissement (nombre d'actes)	Activité réalisée pour des patients pris en charge dans d'autres établissements de la même entité juridique (nombre d'actes)	Activité réalisée pour des patients pris en charge dans d'autres entités juridiques (nombre d'actes)	Activité réalisée pour des patients en consultation externe (y c. Service d'Urgences) (nombre d'actes)		
			A	B	C	D	E	

Equipements d'imagerie soumis à autorisation

Scanner (scannographes à utilisation médicale selon le décret)	1							
IRM (remnographes selon le décret) : Nombre d'appareils, toutes catégories confondues	2							
dont IRM ostéoarticulaire (spécialisée ou dédiée)	3							
dont IRM à haut champ (3T)	4							
Caméras à scintillation (ou gamma-caméras)	5							
Tomographes à émission de positons (TEP) / Caméras à scintillation avec détecteur d'émission de positons (CDET)	6							

Autres équipements

Salles de radiologie conventionnelle (numérisée ou non), hors radiologie vasculaire	7							
Salles de radiologie vasculaire y compris coronarographie qu'elles soient à visée diagnostique ou thérapeutique	8							
Appareils de mammographie	9							
Lithotripteurs	10							

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

Personnel médical	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 ?	TELEMEDECINE	
							durant des périodes de garde pour les urgences ?	de façon régulière en dehors du contexte de l'urgence ?
			H	I	D	E	F	G
Médecins spécialistes en radiologie médicale (hors internes)	M1160	11			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Médecins spécialistes de médecine nucléaire (hors internes)	M1210	12			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
Autre personnel médical		16						

Personnel non médical	Code SAE		ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	Existence d'une garde 24h/24 ?	Existence d'une astreinte 24h/24 ?
Personnel d'encadrement du médico-technique	N4160	13				
Manipulateurs d'électroradiologie	N413B	14			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Autre personnel non médical du service d'imagerie		15				

Imagerie

PRINCIPES DU BORDEREAU

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

Les objectifs sont :

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

CONCEPTS IMPORTANTS

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

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

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

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

REFERENCES REGLEMENTAIRES

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

Articles R6123-32-1 à R6123-32-6 définissant les plateaux techniques à accès direct en urgence.

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

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

NOUVEAUTES SAE 2022

Une colonne a été ajoutée pour l'activité totale réalisée sur les appareils présents sur site et exploités par l'établissement (calcul automatique à partir des colonnes C à F), ceci afin de guider les contrôles de cohérence des réponses

ACTIVITÉ

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

Sont soumis à l'autorisation prévue à l'article L6122-1 les équipements matériels lourds énumérés ci-après :

1° Caméra à scintillation, munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;

2° Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;

3° Scannographe à utilisation médicale.

Colonne A : Nombre d'appareils ou de salles présents sur le site en moyenne sur l'ensemble de l'année. Le nombre d'appareils et de salles correspond aux salles et aux appareils en fonctionnement en moyenne sur l'ensemble de l'année, et non en fonctionnement au 31 décembre, afin de mettre en regard l'activité et les équipements. Les équipements partagés dans le cadre d'un groupement (par exemple GIE ou GIP) sont à comptabiliser en colonne A. C'est la présence sur site de l'appareil qui conduit à le compter en colonne A, et non le fait que l'établissement en soit propriétaire. Si l'établissement utilise un appareil dont il n'est pas propriétaire, mais qui se trouve bien sur site, il doit être compté. Ainsi, si l'établissement loue un appareil qui est présent sur le site, il doit être compté. Dans le cas où le cabinet de radiologie installé dans une clinique privée est une structure indépendante détentrice de l'autorisation, son activité ne sera pas inscrite dans ce bordereau, mais les appareils et salles seront comptés dans la colonne A.

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

Pour ces deux colonnes :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cases A10 et B10 : Nombre de lithotripteurs.

Les colonnes suivantes (C à H) portent sur l'activité, mesurée en nombre d'actes CCAM (majoritairement les codes ADI), hors actes supplémentaires (ceux du chapitre 19 de la CCAM, commençant par 'YYYY') et hors actes complémentaires (ceux du chapitre 18 de la CCAM). Seule l'activité exploitée par l'établissement doit être renseignée ici, c'est-à-dire l'activité au bénéfice de l'établissement et effectuée par le personnel de l'établissement. Est donc exclue l'activité libérale extérieure (cabinets privés).

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

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

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

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

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

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

Colonne I : Nombre total d'actes CCAM réalisés pour les appareils présents sur le site et exploités par l'établissement. Cette colonne est calculée automatiquement comme la somme des colonnes C, D, E et F.

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 de production des actes d'imagerie (au bénéfice de l'établissement pour les versements correspondants aux forfaits techniques) mentionnés dans les colonnes C à F, que les patients soient hospitalisés ou consultants dans la structure, ou qu'ils soient adressés pour ces actes par un autre établissement où ils sont hospitalisés au moment de la réalisation des actes d'imagerie. Ces personnels sont à compter 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.

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

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

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

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

Colonne H : ETP travaillés (ETP_T) des personnels **salariés**, en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité d'imagerie, 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 I : Effectifs physiques des **libéraux** présents au 31 décembre, quel que soit le temps passé à travailler dans l'établissement.

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

Cases F11 et G11 : Préciser par OUI ou NON si une activité de télémedecine en tant qu'effecteur est réalisée. Cette question ne concerne donc que les établissements référents en imagerie dont l'équipe médicale est sollicitée (« requise ») pour donner un avis expert sur la lecture et l'interprétation d'images prises à distance (téléexpertise).

Les établissements demandeurs ne sont pas concernés. Pour la case G11, il s'agit de savoir si cette activité de télémédecine a lieu de façon régulière en dehors du contexte des urgences.

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

BIOLOGIE MEDICALE ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE

hors biologie médico-légale

Biologie médicale

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

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

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

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

*Nombre d'examens unitaires, dont au moins la phase analytique est réalisée par le laboratoire déclarant. Pour les examens inscrits à la nomenclature des actes, un examen correspond à un code unitaire, ce même s'il est inclus dans un forfait (cf. décret du 26 janvier 2016)

Anatomie et cytologie pathologiques

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

		Actes (codes CCAM d'anatomopathologie) ⁽¹⁾ produits par et pour l'établissement		Actes (codes CCAM d'anatomopathologie) ⁽¹⁾ produits par l'établissement pour d'autres établissements et pour la ville
		lors de consultations externes ⁽²⁾	sur malades hospitalisés ⁽³⁾	
		A	B	
Nombre d'actes réalisés	19			
Dont nombre de frottis du col utérin (codes CCAM JKQX027, JKQX015, JKQX347, JKQX261, JKQX147, JKQX426)	20			
Nombre d'examens extemporanés	21			

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

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

(3) Malades hospitalisés en hospitalisation complète ou partielle

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

Biologie médicale		Code SAE	ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	Existence d'une garde 24h/24 ?	Existence d'une astreinte 24h/24 ?
			F	G	D	E
Médecins biologistes (hors internes)	22	M3011			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Pharmaciens biologistes (hors internes)	23	M3012			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Personnels d'encadrement propres au laboratoire de biologie médicale	24					
Techniciens de laboratoires médicaux propres à l'activité de biologie médicale (hors encadrement)	25	N4110			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Autres personnels	26					
Anatomie et cytologie pathologiques						
Médecins anatomo-pathologistes (hors internes)	27	M1020				
Personnels d'encadrement propre au service (unité) de pathologie	28					
Techniciens de laboratoires médicaux propres à l'activité de pathologie (hors encadrement)	29	N4110				
Autres personnels	30					

Biologie médicale et anatomo-cytopathologie

PRINCIPES DU BORDEREAU

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

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

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

Les objectifs de ce bordereau sont les suivants :

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

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques qui disposent d'un plateau technique comprenant une production de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie et qui réalisent la phase analytique et d'interprétation. En cas d'établissement multi-sites, le bordereau sera rempli pour l'ensemble de l'entité par l'établissement géographique siège du laboratoire ou par l'établissement principal.

Les établissements qui confient les analyses des examens de biologie (ou d'anatomo-cytopathologie) à une autre entité ne remplissent pas ce bordereau.

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

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Art. 69 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Loi 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale (ratifiant l'Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010).

Arrêté du 4 novembre 2015 modifiant l'arrêté du 14 décembre 2010 définissant les conditions justificatives de l'entrée effective d'un laboratoire de biologie médicale dans une démarche d'accréditation.

Décret n°2016-46 du 26 janvier 2016 relatif à la biologie médicale.

NOUVEAUTES SAE 2023

Le pavé du personnel concourant à l'activité (PCA) a été revu : à partir de la SAE 2023, le décompte des équivalents temps plein travaillés (ETP_T) devient la notion centrale. Elle concerne uniquement les seuls salariés, car elle n'est pas adaptée aux libéraux. Pour ces derniers, et uniquement pour eux, les effectifs au 31/12 continuent d'être demandés.

BIOLOGIE MÉDICALE

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

La colonne B interroge sur l'ouverture au public (**B1**) : l'établissement assure-t-il la phase préanalytique (en particulier les prélèvements) pour des patients non pris en charge dans l'établissement (c'est-à-dire sur prescription d'un médecin extérieur à l'établissement).

NB : Les patients de consultations externes ou venus aux urgences sont considérés comme étant pris en charge par l'établissement.

Pour les **cases B2 à B4**, l'activité produite est demandée en nombre d'examens unitaires dont au moins la phase analytique est réalisée par le laboratoire déclarant (conformément au décret du 26 janvier 2016), que ces examens unitaires fassent ou non l'objet d'un remboursement, et détaillée en deux questions :

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

En revanche, les forfaits ne découlant pas d'une phase analytique ne doivent pas être comptabilisés (par ex : forfait de sécurité).

Les actes hors nomenclatures (BHN) sont à comptabiliser.

Pour les examens inscrits à la nomenclature des actes (NABM), un examen correspond à un code unitaire de la nomenclature, y compris lorsque cet examen fait l'objet d'une facturation par forfait ; exemple : exploration d'une anomalie lipidique, cette dernière est considérée comme un seul examen.

ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE

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

Ces actes doivent être répartis selon qu'ils sont réalisés pour des patients pris en charge par l'établissement (**Colonne A** pour les patients en consultations externes ou venus aux urgences sans hospitalisation et **colonne B** pour les patients hospitalisés) ou produits pour d'autres établissements ou « pour la ville » (c'est-à-dire sur prescription d'un médecin installé n'exerçant pas dans un établissement comme, par exemple, un gynécologue libéral - **colonne C**).

En ligne 19, seront indiqués la totalité des actes d'ACP (sauf les actes hors nomenclature) selon cette répartition, c'est-à-dire les actes de la CCAM ayant les 3^{ème} et 4^{ème} caractères égaux à 'QX'.

En ligne 20, les questions concernent spécifiquement l'activité de frottis du col utérin (qui constitue l'acte le plus fréquent), représenté dans la CCAM :

- « Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuel » CODE JKQX347
- « Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage organisé » CODE JKQX261
- « Examen cytopathologique de contrôle de prélèvement [frottis] du col de l'utérus » CODE JKQX027
- « Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuel » CODE JKQX147
- « Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage organisé » CODE JKQX426
- « Examen cytopathologique de contrôle en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus » CODE JKQX015.

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

Enfin, en **case B21**, si l'équipe effectue des examens extemporanés (c'est-à-dire l'analyse immédiate de prélèvements de structure anatomique pour guider la suite du geste chirurgical), l'établissement indique le nombre réalisé au cours de l'année en additionnant les six libellés (et codes) qui correspondent à cette prestation dans la CCAM :

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

PERSONNEL

Il s'agit du personnel ayant contribué à l'activité de biologie médicale et de pathologie mentionnée plus haut, qu'il soit salarié ou non. La notion centrale est l'équivalent temps plein travaillé (ETP_T).

NB : S'il existe par exemple un laboratoire de diagnostic moléculaire générant une activité de pathologie hors nomenclature non comptabilisée, ne pas intégrer son personnel, la logique étant de rapprocher l'activité décrite du personnel qui l'a produit.

À partir de la SAE 2023, le décompte des ETP travaillés (ETP_T en **colonne F**) concerne uniquement les salariés. Les ETP_T sont sur une mesure en moyenne annuelle, pour laquelle seul le temps travaillé est décompté, et non le temps rémunéré. Par exemple, un salarié à temps partiel à 80 % sera compté 0,80 même s'il est rémunéré à 86 %.

Pour les libéraux (**colonne G**), le calcul d'un ETP_T n'est pas possible. Seul un décompte des effectifs physiques présents au 31 décembre est donc demandé (lire aussi les principes généraux de remplissage du « Personnel dans les bordereaux d'activités de soins »).

En **colonnes D et E**, préciser par OUI ou NON s'il existe une garde et/ou une astreinte (senior, c'est-à-dire hors interne, pour les lignes concernant les médecins ou pharmaciens) sur le mode 24h/24h. Rappel, définition d'une garde : le professionnel est sur place 24h sur 24 ; pour l'astreinte : en dehors des heures ouvrables, le professionnel est joignable à domicile.

La réforme de la biologie médicale tend à rééquilibrer la place des médecins et des pharmaciens au sein de la discipline. Pour suivre l'évolution en cours, il convient donc de différencier les médecins biologistes médicaux (hors internes) des pharmaciens biologistes (hors internes). Si ces informations sont absentes du fichier de personnel, elles sont à recueillir auprès du biologiste-responsable du laboratoire. L'activité de biologie médicale est à distinguer de celle d'anatomie et cytologie pathologique (ACP).

Ligne 22 : Médecins spécialistes en biologie médicale (= titulaires du CES, du DES de biologie médicale ou reconnus par la commission de qualification de l'Ordre).

Ligne 23 : Pharmaciens spécialistes de biologie médicale (= titulaires du DES de biologie médicale ou reconnus qualifiés par l'Ordre des pharmaciens).

Ligne 27 : Médecins pathologistes (= titulaires du CES, du DES d'anatomo-cytopathologie ou reconnus par la commission de qualification de l'Ordre).

Lignes 24 et 28 : Isoler les personnels d'encadrement. Ceux-ci peuvent être des techniciens de laboratoire médical propres à l'activité concernée : dans ce cas, pour ne pas avoir de double compte, ne pas les compter dans le total de la ligne suivante (**ligne 25 ou 29**). La profession de technicien de laboratoire médical est définie par l'article L.4352-1 du CSP.

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

TÉLÉMÉDECINE

Relèvent de la télémédecine, les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication (CSP L. 6316-1)

Ce bordereau concerne les établissements qui pratiquent la télémédecine.

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

On inclut donc désormais les actes à distance réalisés avec des patients qui se situent à domicile, ou dans un substitut de domicile (établissement médico-social, établissement pénitentiaire...), ou en transport sanitaire (réponse médicale dans le cadre de la régulation).

Les équipes médicales qui pratiquent la télémédecine en lien avec un ou plusieurs professionnels de santé d'un autre établissement, peuvent être dans deux situations :

- être « demandeur » d'une requête ("requérant")
- être « sollicité » pour un avis ou une prestation ("requis")

Activité

		En tant que professionnels requis (ou sollicités)	En tant que professionnels requérants (ou demandeurs)
		A	B
Une (ou plusieurs) équipe(s) médicale(s) de votre établissement est (sont)-elle(s) impliquée(s) dans des actes médicaux à distance ?			
- De Téléconsultation (acte médical qui se réalise en présence du patient, celui-ci dialoguant avec le médecin requérant et/ou le ou les médecins télé consultants requis)	1	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
dont téléconsultation relative au suivi de maladies chroniques (insuffisance rénale, diabète, insuffisance respiratoire et insuffisance cardiaque) hors gériatrie	20	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
dont téléconsultation relative à la gériatrie	21	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
dont téléconsultation relative au suivi pré ou post opératoire de chirurgie ou d'anesthésie	22	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
- De Téléexpertise (acte diagnostique et/ou thérapeutique effectué par un professionnel médical, sollicité à distance par un ou plusieurs professionnels, pour donner son avis sur la base de données cliniques, radiologiques ou biologiques figurant dans le dossier médical du patient, celui-ci étant absent)	2	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
dont téléexpertise en radiologie	23	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
- De Télésurveillance médicale (permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical, recueillies par le patient lui-même, par un professionnel de santé ou par un objet connecté)	3	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
dont Télésurveillance médicale relative au suivi de maladies chroniques (insuffisance rénale, diabète, insuffisance respiratoire et insuffisance cardiaque) hors gériatrie	24	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
dont Télésurveillance médicale relative au suivi du traitement du cancer	25	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
- De Téléassistance médicale (permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte)	4	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

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

A17 Oui Non

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

A18 Oui Non

Si oui combien d'EHPAD ?

A19

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

A39 Oui Non

Équipement

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

	A	
Equipements de vidéo transmission		
Cabine de télémédecine	26	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Salle dédiée de télémédecine	27	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Station de télémédecine (console ou armoire)	28	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Chariot de télémédecine	29	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Valise de télémédecine	30	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Ordinateur + webcam en poste fixe	31	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Tablette connectée	32	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Appareil de mesure connecté additionnel		
Electrocardiogramme (ECG) connecté	33	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Echographe connecté	34	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Stéthoscope connecté	35	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Caméra connectée	36	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Matériel d'exploration fonctionnelle respiratoire dont le spiromètre et le tympanomètre connectés	37	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Autres appareils connectés	38	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Télémédecine

PRINCIPES DU BORDEREAU

La télémédecine est amenée à occuper une place croissante dans l'organisation des soins pour garantir l'égalité d'accès aux soins de tous. Elle constitue en effet un outil pour répondre aux évolutions démographiques concernant les ressources médicales et techniques et à la spécialisation toujours plus grande de la médecine ; elle permet, entre autres, l'accès des établissements de santé de proximité aux avis spécialisés tout en assurant aux patients situés à distance des grands centres hospitaliers un plus grand confort dans leur prise en charge, dans le respect d'une qualité de vie optimale. L'activité de télémédecine et son organisation font l'objet d'une inscription dans l'un des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ou l'un des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins des établissements.

Le champ d'interrogation choisi pour ce bordereau concerne les activités de télémédecine entre deux établissements de santé (EJ différentes ou établissements (ET) d'une EJ multi-sites), ou entre un établissement de santé et un professionnel de santé.

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

Depuis la SAE 2014, sont donc également inclus les actes à distance réalisés avec des patients qui se situent à domicile, ou dans un substitut de domicile (établissement médico-social, établissement pénitentiaire, etc.), ou en transport sanitaire (réponse médicale dans le cadre de la régulation). L'objectif du bordereau est donc de rendre compte du développement effectif de la télémédecine au profit des patients en caractérisant les différents types d'actes (selon la typologie du rapport sur la télémédecine et du décret qui a suivi), la position de l'établissement (est-il demandeur d'une prestation ou au contraire prestataire à la demande d'autres établissements ?) et les spécialités les plus fréquemment concernées. S'agissant de décrire les prestations offertes (ou sollicitées) au sein d'un territoire, le questionnement est donc essentiellement d'ordre qualitatif et ne demande pas une quantification des volumes d'activités.

Des questions complémentaires, propres à certaines prises en charge spécifiques sont insérées dans les bordereaux « imagerie », « traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale », « neurochirurgie et activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie » et « hospitalisation à domicile ».

CONCEPTS IMPORTANTS

Relèvent de la télémédecine les actes médicaux réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques qui pratiquent la télémédecine, soit demandeur d'une prestation ou au contraire prestataire à la demande d'autres établissements.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A26 du bordereau FILTRE (activité de télémédecine).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

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

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

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

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

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

NOUVEAUTÉS SAE 2022

Les ETP spécifiquement dédiés à la télémédecine ne sont plus collectés (case A6).

Le premier tableau porte sur l'existence (ou non) d'une activité de télémédecine, selon sa nature (**lignes 1 à 4**) et selon que les équipes médicales de l'établissement y sont impliquées en tant que « sollicitées » par d'autres (**colonne A**) ou en tant que « demandeuses » ou requérantes de l'avis de leurs correspondants (**colonne B**).

Lignes 20 à 25 : Il s'agit d'identifier les spécialités les plus impliquées dans ces actes à distance, pouvant traduire une tension démographique particulière au sein d'un territoire ou nécessitant une mobilisation importante pour les soins.

Deux cas de figure :

- L'établissement ne dispose pas de dispositif permettant de réaliser une activité médicale à distance relevant de la télémédecine (activité clinique et actes techniques, correspondant aux 4 définitions données ci-dessous : téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance médicale et téléassistance médicale). Il répond donc NON à toutes les cellules de A1 à B4 et ne répond pas aux questions suivantes.
- L'établissement dispose d'un tel dispositif (visio-conférence par exemple) destiné à la télémédecine : il répond à l'ensemble des questions du bordereau, de manière à préciser le type d'activité réalisée et les spécialités concernées.

NB : le simple échange de données médicales à l'aide d'un fax, d'un téléphone ou d'un transfert d'images n'est pas considéré comme de la télémédecine. Pour qu'il y ait télémédecine, il faut que la transmission d'une image ou d'un tracé, par exemple, se fasse simultanément avec la vision du patient au moment de la réalisation de l'acte, ou avec un dialogue au sujet de ces examens avec les professionnels situés dans l'autre établissement.

Depuis le rapport sur la télémédecine, la définition des actes de télémédecine a été simplifiée, et le décret sus-cité distingue **4 types d'actes** :

1. La téléconsultation

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

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

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

2. La téléexpertise

L'acte médical de téléexpertise se décrit comme un échange entre deux ou plusieurs médecins qui arrêtent ensemble un diagnostic et/ou une thérapeutique sur la base des données cliniques, radiologiques ou biologiques qui figurent dans le dossier médical d'un patient.

Exemples : La téléexpertise est utilisée pour obtenir un avis circonstancié lors du suivi d'une maladie inflammatoire chronique dont l'évolution se complexifie. La téléexpertise est aussi utilisée en diagnostic prénatal pour éviter des déplacements lorsqu'une expertise échographique s'avère nécessaire.

En imagerie, il convient d'utiliser le terme de téléconsultation lorsque le médecin téléradiologue a un lien direct avec le patient par l'intermédiaire d'un médecin qui est à son côté, et celui de téléexpertise lorsque deux médecins échangent un avis ou un diagnostic en l'absence du patient mais avec des éléments de son dossier médical.

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

3. La télésurveillance médicale

La télésurveillance est un acte médical qui découle de la transmission et de l'interprétation par un médecin d'un indicateur clinique, radiologique ou biologique, recueilli par le patient lui-même, par un professionnel de santé ou par un objet connecté. L'interprétation peut conduire à la décision d'une intervention auprès du patient.

Exemple : La télésurveillance en néphrologie concerne les patients traités par dialyse et ceux suivis au décours d'une transplantation rénale. La télédialyse se développe aujourd'hui en hémodialyse et en dialyse péritonéale.

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

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

4. La téléassistance médicale

La téléassistance peut être un acte médical lorsqu'un médecin assiste à distance un autre médecin en train de réaliser un acte médical ou chirurgical. Le médecin peut également assister un autre professionnel de santé qui réalise un acte de soins ou d'imagerie, voire dans le cadre de l'urgence, assister à distance un secouriste ou toute personne portant assistance à personne en danger en attendant l'arrivée d'un médecin.

Les autres appellations sont incluses dans ces actes : le « télédiagnostic » n'est que la conclusion naturelle d'une téléconsultation ou d'une téléexpertise et non un acte en lui-même, le « télésuivi » utilisé en cardiologie n'est qu'une forme de télésurveillance.

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

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

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

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

INFORMATION MEDICALE

Organisation

La gestion des données pour le PMSI et le RIM-P, est-elle :
(recueil, codage et saisie des données)

PMSI-MCO	décentralisée	A1	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
	partiellement centralisée	A2	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
	centralisée	A3	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

PMSI-HAD	décentralisée	A4	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
	partiellement centralisée	A5	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
	centralisée	A6	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

PMSI-SSR	décentralisée	A7	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
	partiellement centralisée	A8	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
	centralisée	A9	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

RIM-P	décentralisée	A10	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
	partiellement centralisée	A11	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
	centralisée	A12	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Un prestataire extérieur intervient-il dans le circuit de l'information médicale ?

- pour le codage
- pour la saisie
- pour les transmissions ePMSI
- pour l'analyse des données
- pour le contrôle qualité

A13	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A14	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A15	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A16	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A17	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Coopération et missions

L'équipe du DIM gère-t-elle d'autres missions dans l'entité ?



- si oui, les archives ?
- si oui, la qualité ?

Est-elle dans le même pôle que le contrôle de gestion ou les finances ?

A18	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A19	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A20	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A21	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Le médecin DIM est-il mis à disposition par un autre établissement sanitaire ?

(par convention officielle)

Préciser le FINESS ET (de rattachement donc)

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

A23	
------------	--

Personnel

Personnel non médical affecté au département d'information médicale (en ETP moyens annuels) :

Médecins (hors internes) intervenant au DIM (en ETP moyens annuels) :

A24	
A25	

Information médicale

PRINCIPES DU BORDEREAU

Les circuits de l'information médicale dans le dispositif réglementaire de description et d'analyse de l'activité ont évolué depuis la mise en place des premiers recueils du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Ce bordereau a pour objectif de mieux connaître la diversité des organisations existantes du département ou de l'équipe responsable de l'information médicale (par commodité appelé DIM) dans les établissements de santé avec des configurations variables, dans le but d'avoir une image des modalités les plus fréquentes des recueils PMSI (MCO, HAD et SSR) et RIM-P.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les sites qui ont une équipe responsable de l'information médicale. Pour les entités multi-sites, chaque site disposant d'une équipe décrit sa configuration. Il peut exister des différences d'organisation au sein d'une même entité. Si l'activité est située au siège, elle doit être renseignée au niveau d'un des établissements.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A25 du bordereau FILTRE (information médicale).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Loi hospitalière de 1991. Décrets de 1993 et 1994. Code de la santé publique.
Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

ORGANISATION

Cases A1 à A12 : Cocher OUI ou NON pour chacune des trois modalités proposées, pour les recueils des séjours pour MCO, HAD et SSR et celui des séjours et des actes ambulatoires pour la psychiatrie (RIM-P). Tenir compte des définitions suivantes de ces trois modalités :

- gestion décentralisée : l'extraction à partir des informations du dossier, la hiérarchisation, le codage et la saisie sont faits dans les services de soins ;
- gestion centralisée : le DIM recueille les données plus ou moins standardisées (support informatique ou papier) à partir des informations du dossier et gère toutes les étapes ; le recueil des actes CCAM à la source n'entre pas dans cette modalité ;
- gestion partiellement centralisée : toute autre organisation qui ne correspond pas strictement à une des 2 modalités énoncées ci-dessus.

Cases A13 à A17 : Préciser par OUI ou par NON si un prestataire extérieur est intervenu, pour l'année considérée et de façon contractuelle, dans différentes étapes : le codage, la saisie, les transmissions ePMSI, l'analyse des données, le contrôle de la qualité.

COOPÉRATIONS ET MISSIONS

Cases A18 à A20 : Il s'agit de préciser, pour l'équipe du DIM et non pas à titre individuel pour un médecin donné, si elle est chargée d'autres missions institutionnelles, et si oui s'il s'agit des archives ou de la qualité.

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

Cases A22 et A23 : Enfin, comme il est possible qu'un médecin DIM intervienne dans plusieurs établissements, il est demandé de préciser le FINESS de son ET de rattachement (en principe celui qui gère la rémunération).

PERSONNEL

Cases A24 et A25 : Les professionnels composant les équipes des DIM se sont énormément diversifiés depuis la description initiale du décret de 1992. Préciser ici en ETP moyens annuels travaillés (temps de travail effectif mesuré en moyenne annuelle) :

- le personnel non médical affecté à l'équipe DIM : statisticiens, informaticiens, ingénieurs d'autre qualification, ou autre techniciens d'information médicale ;
- les médecins (hors internes) intervenant au DIM : sont considérés ici les médecins rémunérés par l'établissement, y compris s'ils le sont par le biais d'une convention avec l'établissement de rattachement.