

**PERINATALITE (OBSTÉTRIQUE, NÉONATOLOGIE, RÉANIMATION NÉONATALE,  
AMP CLINIQUE, IVG, CENTRE PÉRINATAL ET LACTARIUM)**

Référence : décret n°98-899 du 9.10.1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale

**Forme d'autorisation détenue au 31/12 (cocher une case)**

Votre unité est-elle :

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

un centre périnatal de proximité ?  
une unité d'obstétrique seule (type 1) ?  
une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie (type 2) ?  
une unité d'obstétrique, unité de néonatalogie et unité de réanimation néonatale (type 3) ?

Autorisation de lactarium :

<b>E0</b>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>F0</b>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Avez-vous des lits "Kangourous" ?

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

lactarium à usage interne  
lactarium à usage interne et externe

**Obstétrique (autorisation B0, C0 et D0)**

Equipement	Obstétrique	Néonatalogie		Réanimation néonatale	Bébé auprès de leur mère
		Néonatalogie (hors soins intensifs)	Soins intensifs aux nouveau-nés		
	A	B	C	D	E
Nombre de lits, berceaux, couveuses installés au 31/12	1				
Nombre de salles de naissance	2				
Activité d'obstétrique	Obstétrique	Néonatalogie		Réanimation néonatale	Bébé auprès de leur mère
		Néonatalogie (hors soins intensifs)	Soins intensifs aux nouveau-nés		
	A	B	C	D	E
Nombre total de séjours (y.c. post-partum, ante-partum, surveillance de grossesse, hors IVG)	3	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI
Dont séjours de 0 jour	4	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI
Nombre de journées (y.c. post-partum, ante-partum, surveillance de grossesse, hors IVG)	5	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI
Nombre total de séjours avec accouchement dans l'établissement	6	PMSI			
Nombre de journées avec accouchement dans l'établissement	7	PMSI			
Dont nombre de séjours avec accouchement par césarienne	8	PMSI			
Dont nombre de journées avec accouchement par césarienne	9	PMSI			
Nombre de femmes transférées pour accouchement depuis un autre établissement MCO (=Transferts in utero pour les maternités recevant la femme)	10	PMSI			
Nombre d'accouchements uniques	11	PMSI			
Nombre d'accouchements multiples	13	PMSI			
Nombre de nouveaux nés de 0 jour transférés (transferts néonataux) vers un autre établissement MCO	15	PMSI			
Dont transferts descendants des nouveaux nés de 0 jour	39				
Nombre total d'enfants (y compris morts-nés)	40	PMSI			
Pour les hôpitaux publics et ESPIC :	Nombre de consultations externes (hors AMP, DPN) réalisées par des gynécologues-obstétriciens	16			
	Nombre de consultations externes réalisées par des sages-femmes	17			
	Nombre d'entretiens prénataux précoces (4ème mois) réalisés en consultations externes (SF ou GO)	18			
Nombre de femmes avec sortie précoce (séjour < 3 jours) après un accouchement par voie basse	19	PMSI			
Nombre de transferts/mutation en HAD après un accouchement	20	PMSI			

**Activité d'interruptions médicales et volontaires de grossesse**

	A
Prise en charge des interruptions volontaires de grossesse	21 <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si oui, nombre total d'IVG	22 PMSI
dont nombre d'IVG médicamenteuses	23 PMSI
dont nombre d'IVG pratiquées les 13ème et 14ème semaine d'aménorrhée (13 et 14 SA)	24 PMSI
dont nombre d'IVG pratiquées les 15ème et 16ème semaine d'aménorrhée (15 et 16 SA)	45 PMSI
Nombre de conventions avec médecins de ville pour IVG médicamenteuses	25
Nombre d'interruptions de grossesse pour motif médical (IMG)	26 PMSI


Pour information, nombre total d'IVG déclaré dans la SAE N-1 :

B22 SAE N-1

**Autres activités**

Activité clinique d'assistance médicale à la procréation	27 <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si oui, nombre de patientes différentes dans l'année	28 PMSI

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

	Code SAE	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
Pédiatres (hors internes)	M1140	29		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Gynéco-obstétriciens (hors internes)	M2050	30		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Médecins anesthésistes réanimateurs et intensif-réanimation	M1030	31		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
 Si garde / astreinte-senior-d'anesthésie-réanimation, cette garde/astreinte est-elle dédiée à la maternité ?		32		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Médecins (hors internes) participant à l'activité d'IVG		33			
Autre personnel médical		41			
Sages-femmes	N2800	34			
dont sages-femmes intervenant exclusivement dans le secteur naissance		35			
Infirmier(e)s DE avec spécialisation en puériculture	N2340	36			
Infirmier(e)s DE sans spécialisation	N2200	42			
Psychologues	N2700	37			
Auxiliaire de puéricultrice	N2530	43			
Autre personnel non médical		44			

## Périnatalité

(Obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale, AMP clinique, IVG, centre périnatal et lactarium)

### PRINCIPES DU BORDEREAU

Le bordereau périnatalité concerne les prises en charge autour de la grossesse et de la naissance, principalement les activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale, l'assistance médicale à la procréation, ainsi que les interruptions volontaires de grossesse (IVG).

Les objectifs du bordereau sont :

- En obstétrique tout d'abord, rendre compte du service rendu à la population, ainsi que des réorientations (transferts «in utero» ou des nouveau-nés).
- Pour les établissements publics et les ESPIC, compléter l'activité liée aux accouchements par les consultations externes. Ces dernières permettent à la population d'accéder aux professionnels de santé spécialisés en complément du secteur libéral et absorbent une part notable des ressources humaines. De plus, il est apparu important de distinguer la place spécifique des sages-femmes dans ces prestations, conformément aux recommandations du plan périnatalité et de la Cour des Comptes. Les consultations externes d'assistance médicale à la procréation (AMP) font l'objet d'une partie isolée du bordereau ('Autres activités').
- Remédier à l'absence de données du secteur public sur le nombre des entretiens prénataux précoces (EPP) au 4<sup>ème</sup> mois (il existe en secteur libéral un tarif spécifique permettant de repérer ces consultations).
- L'interrogation relative aux IVG (interruptions volontaires de grossesse) a été simplifiée par rapport à ce qu'elle était avant la refonte de la SAE pour les données 2013, tout en permettant le suivi des principaux indicateurs de service rendu.
- L'activité clinique d'AMP, donnant lieu à des consultations externes et mobilisant des ressources humaines spécialisées, a été rajoutée car elle peut expliquer des différences constatées entre établissements ayant une activité obstétricale similaire. Cette activité est recensée dans la partie 'Autres activités'.

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

### QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques interrogés qui ont une activité autorisée de périnatalité (obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale, AMP clinique, centre périnatal de proximité et interruptions volontaires de grossesse (IVG)).

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

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du bordereau FILTRE A3 (activités cliniques de périnatalité avec hébergement), A12 (activité sans hébergement : IVG, lactarium, AMP clinique) et A13 (centre périnatal de proximité).

### REFERENCES REGLEMENTAIRES

Articles R.6123-39 à R.6123-53 et D.6124-35 à D.6124-63 relatifs aux conditions d'implantation et de fonctionnement applicables à l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale.

Arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de prétravail et de travail.

Article L.2323-1 et L.5311-1 (8°) et suivants du CSP et décret n°2010-805 du 13 juillet 2010 relatif aux missions, à l'autorisation et aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des lactariums.

Plan périnatalité 2005-2007 et les résultats de son évaluation.

## NOUVEAUTES SAE 2022

Une information sur l'allongement de la durée légale d'IVG a été rajoutée en case A45 sur le nombre d'IVG pratiquées les 15ème et 16ème semaine d'aménorrhée, conformément à la modification du délai légal.

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

**Case G0 : Question sur l'existence de « lits kangourous ».** En l'absence de définition réglementaire des lits kangourous, la définition retenue pour la SAE est la suivante : il s'agit d'un lit d'hospitalisation de nouveau-né qui donne lieu à un supplément en néonatalogie (NN1). De plus, le lit kangourou permet de maintenir le lien entre la mère hospitalisée, qui vient d'accoucher, et son(ses) enfant(s) qui vien(nen)t de naître : mère et enfant(s) sont hospitalisés dans la même chambre.

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

### ÉQUIPEMENT

**Case A1 : Obstétrique.** Nombre de lits (lits maman) au 31 décembre de l'année, égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des patientes. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes.

Lorsque la fermeture de lits est de très courte durée (quelques jours), ces lits peuvent être comptabilisés, mais uniquement en cas de travaux ou désinfection.

Le nombre de lits correspond aux lits intégrés au sein de services d'hospitalisation complète, y compris l'hospitalisation de semaine. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence. Les berceaux des bébés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

**Cases B1, C1 et D1 : Néonatalogie (hors soins intensifs), soins intensifs aux nouveau-nés et réanimation néonatale.** Nombre de berceaux et couveuses installés le 31 décembre en état d'accueillir des nouveau-nés, dans un établissement autorisé à pratiquer ces activités de soins. Les berceaux fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes. Lorsque la fermeture de berceaux est de très courte durée (quelques jours), ils peuvent être comptabilisés, mais uniquement en cas de travaux ou désinfection.

Les maternités de type 1 qui disposent de « lits kangourous », et uniquement lorsqu'ils donnent lieu à des suppléments néonatalogie de type NN1, peuvent les déclarer en case B1.

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

**Case A2 : Nombre de salles de naissance.** Chaque salle de naissance ne peut accueillir qu'une femme et une seule. Ces salles dans lesquelles sont réalisés les accouchements répondent aux critères de l'arrêté du 25 avril 2000 et se distinguent des salles de prétravail par leur équipement. Leur nombre doit correspondre à l'activité.

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

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

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

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

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

**Cases A6 à A7** : Nombre de séjours et de journées avec accouchement [acte d'accouchement (liste A-323) ET code de la catégorie Z37 en DA].

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'activité libérale des praticiens hospitaliers est à inclure.

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

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

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

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

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

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

## ACTIVITÉ D'INTERRUPTIONS MÉDICALES ET VOLONTAIRES DE GROSSESSE

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

**Cases A22 à A24 et A45** : Depuis la SAE 2014, les données concernant les IVG sont calculées à partir des données du PMSI et sont à valider (ou corriger si besoin) par l'établissement.

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

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

**Case A24** : Nombre d'IVG réalisées à la 13<sup>ème</sup> ou 14<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée.

**Case A45** : Nombre d'IVG réalisées à la 15<sup>ème</sup> ou 16<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée.

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

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

## AUTRES ACTIVITÉS

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

## PERSONNELS AYANT CONCOURU À L'ACTIVITÉ DE PÉRINATALITÉ

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

Les équivalents temps plein travaillés (ETP\_T) du personnel salarié et les effectifs de libéraux 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 périnatalité, 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 chacune des spécialités listées (pédiatres, gynécologue-obstétriciens, anesthésistes), en distinguant l'existence d'une garde (un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou d'une astreinte (en dehors des heures ouvrables, le médecin est joignable à domicile). NB : Dans certains établissements à forte activité, on peut avoir à la fois une garde et, en seconde ligne, une astreinte d'un second médecin de la même spécialité.

Pour l'anesthésie réanimation, préciser (**cases D32 et E32**) si la permanence est dédiée à l'activité de maternité ou non : si l'anesthésiste assure simultanément une garde (ou une astreinte) pour d'autres activités (comme la chirurgie) et qu'il est donc susceptible d'intervenir dans un autre secteur que la maternité au cours de la même permanence, répondre NON.

**Ligne 33** : Médecins participant à l'activité d'IVG. Des médecins déjà décomptés dans une autre ligne peuvent être comptabilisés également ici.

**Lignes 34 et 35** : Pour les sages-femmes, distinguer le nombre de sages-femmes qui, à un moment donné, se consacrent exclusivement au secteur de naissance.

Rappels : En règle générale, les sages-femmes affectées au secteur de naissance ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité (sauf de façon transitoire quand l'unité réalise moins de 500 naissances par an). Le secteur de la naissance comprend les salles de prétravail, de naissance, les locaux d'observation et de soins immédiats aux nouveau-nés et une (ou des) salle(s) d'intervention pour la chirurgie obstétricale.

# NEUROCHIRURGIE ET ACTIVITES INTERVENTIONNELLES PAR VOIE ENDOVASCULAIRE EN NEURORADIOLOGIE

## Equipement

Neurochirurgie	<b>1</b>
Réanimation neurochirurgicale	<b>2</b>
Surveillance continue postopératoire	<b>3</b>
Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie (il peut s'agir de lits d'une unité dédiée ou de lits mis à disposition en neurologie ou neurochirurgie par exemple)	<b>4</b>
Existence d'un dispositif de neuronavigation ?	<b>5</b>

Existence d'une unité dédiée à la prise en charge des patients de neurochirurgie /ou neuroradiologie ?	Si oui, nombre de lits installés au 31/12
<b>A</b>	<b>B</b>
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

### Si l'équipe est sollicitée par l'intermédiaire d'un dispositif de télé-médecine, activité produite dans ce cadre

Téléexpertise (réalisée en l'absence du patient)	<b>6</b>
Téléconsultation (réalisée en présence du patient dans l'établissement demandeur)	<b>7</b>

Activité de télé-médecine ?	Nombre de sollicitations
<b>A</b>	<b>B</b>
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

## Activité

Activité : séjours, journées	
Neurochirurgie adultes (18 ans et plus)	<b>13</b>
Neurochirurgie pédiatrique (0 - 17 ans)	<b>14</b>
Neurochirurgie avec passage en réanimation	<b>15</b>
Neurochirurgie avec passage en surveillance continue postopératoire	<b>16</b>
Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie	<b>17</b>

Nombre de séjours	dont séjours de 0 jour	Nombre de journées réalisées
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
PMSI	PMSI	PMSI
PMSI	PMSI	PMSI
PMSI	PMSI	PMSI
PMSI	PMSI	PMSI
PMSI	PMSI	PMSI

## Personnels concourant à l'activité de neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

<u>Personnel médical hors internes</u>	Code SAE		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 ?
			<b>F</b>	<b>G</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
Neurochirurgiens	M2060	<b>18</b>			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Neurologues	M1120	<b>19</b>			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Spécialistes en radiologie et imagerie médicale	M1160	<b>20</b>			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Médecins anesthésistes réanimateurs et intensiv-réanimation	M1030 et M1031	<b>21</b>				
Autre personnel médical (mettre ici notamment les pédiatres)		<b>22</b>				

<u>Personnel non médical</u>	Code SAE		ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12
			<b>F</b>	<b>G</b>
Infirmiers DE avec spécialisation	N2300	<b>29</b>		
Infirmiers DE sans spécialisation	N2200	<b>24</b>		
Aides-soignants	N2500	<b>25</b>		
Personnels de rééducation	N2400	<b>26</b>		
Personnels médico-techniques (manipulateurs d'électroradiologie et autres personnels de radiologie)	N4100	<b>27</b>		
Autre personnel non médical		<b>28</b>		

# Neurochirurgie et activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie

## PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau affine la description des activités de neurochirurgie (c'est-à-dire touchant à la sphère crânio-encéphalique) soumises à autorisation. Par ailleurs, le développement de la neuroradiologie interventionnelle, qui s'y substitue en partie pour le traitement des malformations vasculaires, justifie une approche conjointe, et ce d'autant que toutes deux réclament l'intervention de spécialistes en neurochirurgie, neurologie et radiologie et que l'autorisation de neuroradiologie interventionnelle suppose celle de neurochirurgie.

Les objectifs sont :

- Améliorer la description de l'offre de soins, notamment le type d'activité réalisée, en lien avec une autorisation spécifique, la participation à la permanence des soins et le dimensionnement des équipes médicales spécialisées.
- Disposer d'un état des lieux des établissements dont les équipes participent à la couverture des besoins grâce à la télé-médecine.
- Identifier les établissements ayant une activité pédiatrique.
- Rendre compte des volumes d'activité, conformément aux textes qui les règlementent (seuils).

Les données d'activité sont depuis la refonte de 2013 obtenues à partir d'extractions des données PMSI.

## QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques qui ont une activité autorisée de neurochirurgie ou d'activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.

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

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du bordereau FILTRE dans le bloc A : A33 (neurochirurgie) et A34 (activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire en neuroradiologie).

## REFERENCES REGLEMENTAIRES

Code de la santé publique art R6123-100, R6123-96, R6123-104 et D6124-147.

Décrets n°2007-364 et n°2007-365 du 19 mars 2007 relatifs aux conditions d'implantation ainsi qu'aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de neurochirurgie ; Arrêté du 19 mars 2007 fixant l'activité minimale des établissements pratiquant les activités de soins de neurochirurgie. Circulaire DHOS/O4 n°2007/390 du 29 octobre 2007 relative aux activités de soins de neurochirurgie.

Décrets n°2007-366 et n°2007-367 du 19 mars 2007 relatifs aux conditions d'implantation ainsi qu'aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique ; Arrêté du 19 mars 2007 fixant l'activité minimale des établissements pratiquant les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. Circulaire DHOS/O4 n°2007-389 du 29 octobre 2007 relative aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie.

## NOUVEAUTES SAE 2022

Les cases A8 à A12 sur les autorisations sont supprimées, puisque cette information est disponible dans le référentiel Arhgos.



## ÉQUIPEMENT

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

**Lignes 6 et 7, colonnes A et B : Télémedecine.** Cette question ne concerne que les établissements dont l'équipe médicale est sollicitée (« requise »), par exemple pour donner un avis d'expert sur la lecture et l'interprétation d'images (ou de tracés) pris à distance (téléexpertise) ou sur la conduite à tenir au vu de la symptomatologie, avec la présence du patient dans l'établissement demandeur (téléconsultation). Les établissements demandeurs ne sont donc pas concernés. On précisera par OUI ou NON si l'établissement est effecteur d'actes en télémedecine et on indiquera le nombre de sollicitations dans l'année.

## ACTIVITÉ

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

**Lignes 13 et 14 :** Sont dénombrés les séjours comportant au moins un passage dans l'unité médicale de neurochirurgie de type « 51 » (au sens Résumé d'Unité Médicale, RUM pour le PMSI). Dans le cas d'un séjour avec plusieurs passages dans ce type d'unité médicale, on ne compte qu'un seul séjour si ces passages se font au sein d'un même établissement (même code Finess géographique). Les journées comptabilisées sont uniquement celles effectuées dans les unités médicales de neurochirurgie ainsi que les séjours de 0 jour correspondants. Enfin, on distingue les séjours adultes (18 ans et plus) des séjours enfants (neurochirurgie pédiatrique – 0 à 17 ans).

**Ligne 15 :** Sont comptabilisés les séjours qui ont fait l'objet à la fois d'un passage dans l'unité médicale de neurochirurgie codée « 51 » et d'un passage dans l'unité médicale de réanimation codée « 01A » ou d'un passage dans l'unité médicale de réanimation pédiatrique codée « 13A » au sein du même établissement. Les journées comptabilisées sont uniquement celles effectuées dans l'unité médicale de réanimation (« 01A » ou « 13A »).

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

**Ligne 17 :** Sont comptabilisés les séjours (hospitalisation complète et partielle) au cours desquels au moins un acte figurant dans la liste LT31 a été pratiqué. Le nombre de journées associées à ces séjours ainsi que le nombre de séjours de 0 jour (hospitalisation partielle) sont également calculés.

## PERSONNEL

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations comptées, pratiquant des actes au bénéfice des patients, 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 équivalents temps plein travaillés (ETP\_T) du personnel salarié et les effectifs de libéraux sont ceux ayant contribué à l'activité de production des actes de neurochirurgie ou d'activités interventionnelles en neuroradiologie, que les patients soient hospitalisés ou non dans la structure ou qu'ils soient adressés pour ces actes par un autre établissement où ils sont hospitalisés, au moment de la réalisation de l'intervention, 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.

Au sein du personnel médical, **lignes 18 à 21**, seuls les médecins spécialistes (= titulaires du CES, du DES ou reconnus par la commission de qualification de l'Ordre) sont à comptabiliser.

Au sein du personnel non médical, **en ligne 23**, seuls les infirmiers DE avec spécialisation sont à comptabiliser. Le personnel d'encadrement infirmier est à exclure, et sera déclaré au sein de l'agrégat « autre personnel non médical » (ligne 28).

**Colonne F** : ETP travaillés (ETP\_T) des personnels **salariés**, en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle, 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 des unités décrites, en distinguant l'existence d'une garde (définition : un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou d'une astreinte (en dehors des heures ouvrables, un médecin est joignable à domicile).

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

# ACTIVITES INTERVENTIONNELLES EN CARDIOLOGIE ET CHIRURGIE CARDIAQUE

## Activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie

**Autorisation d'activités interventionnelles en cardiologie :**

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

**Nombre de salles :**

Nombre de salles numérisées dédiées hors angiographie :	<b>A2</b>	
Nombre de salles d'angiographie numérisée dédiées :	<b>A3</b>	
Nombre de salles hybrides dédiées à la cardiologie :	<b>A33</b>	

**Nombre de séjours :**

<b>A4</b>	PMSI
-----------	------

**Nombre de journées :**

<b>A5</b>	PMSI
-----------	------

**Nombre d'actes :**

<b>A6</b>	PMSI
<b>A7</b>	PMSI
<b>A8</b>	PMSI
<b>A9</b>	PMSI

*dont actes de type 1 (rythmologie et stimulation multisites)*

*dont actes de type 2 (cardiopathies de l'enfant et éventuelles réinterventions à l'âge adulte)*

*dont actes de type 3 (autres cardiopathies de l'adulte dont angioplasties)*

## Chirurgie cardiaque hors réa, USIC, SC dédiés <sup>(1)</sup>

**Type d'autorisation :**

Chirurgie cardiaque adulte	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>A10</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</td> </tr> </table>	<b>A10</b>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Chirurgie cardiaque de l'enfant	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B10</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</td> </tr> </table>	<b>B10</b>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Activité de greffe	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>C10</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</td> </tr> </table>	<b>C10</b>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>A10</b>											
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non											
<b>B10</b>											
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non											
<b>C10</b>											
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non											

Nombre de salles aseptiques dédiées :	<b>A11</b>	
Nombre d'appareils de CEC dédiés :	<b>A12</b>	
Nombre total d'actes de chirurgie cardiaque enfant :	<b>A13</b>	PMSI
Nombre total d'actes de chirurgie cardiaque adulte :	<b>A14</b>	PMSI
Dont nombre d'actes en urgence :	<b>A15</b>	
Nombre d'actes sous CEC chez l'adulte <sup>(2)</sup> :	<b>A16</b>	PMSI

(2) Interventions à cœur battant ou CEC

		Nombre de lits dédiés installés au 31/12	Nombre de séjours	Nombre de journées réalisées
		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
Unité de chirurgie cardiaque hors réa dédiée, USIC, et SC <sup>(1)</sup>	17		PMSI	PMSI
Unité de cardiologie (lits de médecine, hors USIC) <sup>(1)</sup>	18			

(1) Les capacités et l'activité d'hospitalisation en réa, USIC et SC de chirurgie cardiaque sont à décrire dans le bordereau Réanimation, soins intensifs et surveillance continue

## Personnels concourant à ces activités interventionnelles et de chirurgie cardiaque (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

Personnel médical <u>hors internes</u>	code SAE	N°	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 ?
			<b>F</b>	<b>G</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
Chirurgiens cardiaques <sup>(4)</sup>	M2140	19			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Cardiologues	M1040	20			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
dont cardiologues attachés à l'activité de chirurgie cardiaque		21			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Radiologues	M1160	22			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Médecins anesthésistes réanimateurs et intensivistes-réanimation	M1030 M1031	23			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Pédiatres	M1140	24			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Autre personnel médical		25			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

(4) chirurgiens qualifiés au sens défini par le décret n° 91-78 du 16 janvier 1991 relatif aux activités de chirurgie cardiaque

Personnel non médical	code SAE	N°	ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12
			<b>D</b>	<b>E</b>
Infirmiers DE sans spécialisation	N2200	27		
Infirmiers DE de bloc opératoire	N2320	28		
Infirmiers DE anesthésistes	N2310	29		
Aides-soignants	N2510	30		
Manipulateurs d'électroradiologie	N4130	31		
Autre personnel non médical		32		

## Activités interventionnelles en cardiologie et chirurgie cardiaque

### PRINCIPES DU BORDEREAU

La description de ces 2 activités de soins est regroupée : en effet elles sont soumises à des autorisations distinctes, mais l'activité de chirurgie cardiaque ne peut être implantée que si, notamment, les activités interventionnelles sont autorisées pour l'établissement.

Les unités de réanimation, de soins intensifs cardiologiques et de surveillance continue, tous trois accompagnants réglementairement ces implantations, sont décrites dans le bordereau général portant sur ces types d'activité.

Les autorisations d'implantation s'appuient d'une part sur les équipements présents, l'activité minimale requise et la composition des équipes de professionnels concourant à chacune de ces activités : les questions de ce bordereau sont articulées sur ces 3 points.

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

### CONCEPTS IMPORTANTS

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

### QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques qui ont une activité autorisée de chirurgie cardiaque ou d'activités interventionnelles en cardiologie.

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

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du bordereau FILTRE dans le bloc A : A30 (activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie) et A37 (chirurgie cardiaque).

### REFERENCES REGLEMENTAIRES

Code de la santé publique : articles R6123-71 et R6122-25.

### ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE MÉDICALE EN CARDIOLOGIE

La **coronarographie**, effectuée comme seul examen radiologique, **n'est pas considérée** comme activité interventionnelle. Cependant, si elle est couplée ou suivie d'une angioplastie ou d'une autre intervention, elle est à compter alors comme activité interventionnelle.

En **case A1**, il est demandé d'indiquer par oui ou non si l'établissement possède une autorisation d'activités interventionnelles en cardiologie. Cette case n'est pas modifiable directement. Elle est mise à jour à partir de la case A30 du bordereau FILTRE.

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

**Ligne 33** : Salles hybrides dédiées à la cardiologie permettant des activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie, avec une conversion possible en salle de chirurgie cardiaque.

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

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

- **Case A4** : Nombre de séjours qui contiennent les actes sélectionnés dans les listes LT033.
- **Case A5** : Nombre de journées passées dans l'unité médicale d'hospitalisation du patient, lorsque le ou les actes sélectionnés dans les listes LT033 ont été réalisés. Le nombre de journées ne correspond pas à la durée totale du séjour, lorsque celui-ci est multi-UM.
- **Case A6** : Total des actes cibles : = A7+A8+A9.
- **Case A7** : Nombre d'actes de type 1. Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multi-sites et de défibrillation, y compris la pose (ou le remplacement) de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme (les défibrillateurs cardiaques implantables (DCI) et les stimulateurs cardiaques implantables « triple chambre » (STC)). Ne sont pas soumis à autorisation les stimulateurs simples (mono ou double chambre). Ainsi, si l'établissement dispose d'une autorisation en activité interventionnelle en cardiologie, toute l'activité, y compris les poses de stimulateurs cardiaques simples, est à comptabiliser. En revanche, si l'établissement n'est pas autorisé en activité interventionnelle en cardiologie, mais réalise tout de même des poses de stimulateurs cardiaques simples, cette activité ne doit pas être déclarée dans ce bordereau. Elle le sera dans le bordereau Sites opératoires et salles d'intervention (BLOCS), en ligne 12. Les actes sélectionnés figurent dans la liste LT033-1.
- **Case A8** : Nombre d'actes de type 2. Actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles interventions ou réinterventions à l'âge adulte des cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence. Les actes sélectionnés figurent parmi la liste LT033-2.
- **Case A9** : Nombre d'actes de type 3. Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte, y compris les angioplasties (hors les cas du type 1). Les actes sélectionnés figurent parmi la liste LT033-2.

## CHIRURGIE CARDIAQUE HORS RÉA, USIC, SC DÉDIÉS

Les **cases A10, B10 et C10** concernent respectivement l'existence d'une autorisation :

- **A10** : d'activité de chirurgie cardiaque adulte ;
- **B10** : d'activité de chirurgie cardiaque pédiatrique ;
- **C10** : d'activité de greffe (cœur, cœur-poumon).

L'activité de chirurgie cardiaque pédiatrique dépend du même type d'autorisation que la chirurgie cardiaque adulte, complétée de l'obligation d'implantation d'une réanimation pédiatrique.

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

**Case A12** : Nombre d'appareils de circulation extra corporelle (CEC) dédiés à la chirurgie cardiaque. Il faut inscrire le nombre d'appareils disponibles pour la chirurgie cardiaque, y compris les appareils de secours.

Ne pas inclure les appareils de CEC utilisés en réanimation pour le traitement des insuffisances respiratoires aiguës (oxygénation de suppléance).

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

**Cases A13 et A14** : Nombre total d'interventions de chirurgie cardiaque enfant et adulte (calculé à partir de la liste d'actes LT032 ventilée par âge).

Ensemble des interventions intra-thoraciques portant sur l'appareil cardio-vasculaire, y compris celles qui n'ont pas nécessité la mise en place d'une CEC.

**Case A15 : Interventions de chirurgie cardiaque en urgence.** Au sein des interventions de chirurgie cardiaque adulte comptabilisées en A14, on demande à l'établissement celles qui sont réalisées en urgence (par opposition à celles qui sont programmées).

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

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

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

**Case B17 :** Nombre de séjours ayant comporté un passage (au sens Résumé d'Unité Médicale, RUM pour le PMSI) en unité de chirurgie cardiaque hors réanimation dédiée, USIC, et SC (UM typée « 50 »). Dans le cas d'un séjour avec plusieurs passages dans ce type d'UM, on ne compte qu'un seul séjour si ces passages se font au sein d'un même Finess géographique (et un séjour dans chaque établissement s'il s'agit de Finess géographiques différents).

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

## PERSONNEL

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations comptées, pratiquant des actes au bénéfice des patients, 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 équivalents temps plein travaillé (ETP\_T) du personnel salarié et les effectifs des libéraux sont ceux ayant contribué à l'activité de production des actes de chirurgie cardiaque ou d'activités interventionnelles en cardiologie, que les patients soient hospitalisés ou non dans la structure ou qu'ils soient adressés pour ces actes par un autre établissement où ils sont hospitalisés, au moment de la réalisation de l'intervention, 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.

**La ligne 19** porte sur les **chirurgiens cardiaques**, c'est-à-dire les « chirurgiens, titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaires en chirurgie thoracique ou cardiovasculaire ou compétents en chirurgie thoracique » (article D.6124-120 du Code de la santé publique).

**Colonne F :** ETP travaillés (ETP\_T) des personnels **salariés**, en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de chirurgie cardiaque, 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.

**En colonnes D et E**, on s'intéresse pour chaque catégorie de personnel médical à l'existence d'une garde senior (un médecin senior est sur place 24h sur 24) et/ou d'une astreinte senior (en dehors des heures ouvrables, un médecin senior est joignable à domicile).

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

# TRAITEMENT DES GRANDS BRÛLÉS

## Equipement et plateau technique

		Nombre de lits installés au 31/12	Nombre de séjours	dont nombre de séjours pour des patients de moins de 18 ans	Journées réalisées
		A	B	C	D
Unité de réanimation protégée (y compris surveillance continue) pour les grands brûlés (unité médicale individualisée)	1		PMSI	PMSI	PMSI
Unité spécifique de soins médicaux et chirurgicaux pour les grands brûlés ne nécessitant pas de réanimation	2		PMSI	PMSI	PMSI
Existence d'une salle d'opération dédiée	3	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Existence d'une activité de conservation et utilisation de tissus (décret n° 2015-509 du 6 mai 2015) ?	4	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			

## Organisation

Existe-t-il des conventions avec des structures de SSR ayant l'autorisation de prise en charge spécialisée des brûlés ?

A5  oui  non

## Activité

		Nombre
		A
Nombre d'actes de chirurgie plastique et reconstructrice pour le traitement des brûlures (exemple : excisions étendues ou greffes)	6	
Venues en anesthésie chirurgie ambulatoire liées au traitement des brûlures	7	PMSI
Consultations externes liées au traitement des brûlures	8	
File active des patients adultes (18 ans et plus) en hospitalisation complète ou partielle	9	PMSI
File active des patients enfants (moins de 18 ans) en hospitalisation complète ou partielle	10	PMSI

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

Personnel médical <u>hors internes</u>	code SAE		ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	Existence d'une garde senior 24h/24 propre* à l'activité de grands brûlés	Existence d'une astreinte senior 24h/24 propre* à l'activité de grands brûlés
			F	G	D	E
Médecins anesthésistes réanimateurs et intensif-réanimation	M1030	11			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Chirurgiens de chirurgie plastique et reconstructrice	M2040	12			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Médecins de médecine physique et réadaptation	M1180	13				
Psychiatres	M3020	14				
Autre personnel médical		15				

\* si la garde (ou l'astreinte) des anesthésistes réanimateurs (ou de réanimateurs médicaux) est commune avec la réanimation de l'établissement, répondre non

Personnel non médical	code SAE		ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12
			F	G
Personnel d'encadrement infirmier	N2120	16		
Infirmiers DE avec spécialisation (hors encadrement)	N2300	17		
Infirmiers DE sans spécialisation (hors encadrement)	N2200	18		
Aides-soignants	N2500	19		
Masseurs-kinésithérapeutes	N2410	20		
Psychologues	N2710	21		
Autre personnel des services de soins		22		

## Traitement des grands brûlés

### PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau affine la description du traitement des grands brûlés en identifiant l'activité destinée aux enfants et adolescents de moins de 18 ans et en précisant les qualifications des personnels intervenant (tant pour les médecins que pour le personnel non médical).

Les objectifs sont :

- Améliorer la description de l'offre de soins, notamment le type d'activité réalisée (accueil pédiatrique ou non), la composition des équipes médicales spécialisées et la manière dont est assurée la permanence et la continuité des soins.
- Simplifier le questionnement sur le personnel (par rapport à celui utilisé avant la refonte de l'enquête), désormais globalisé, étant donné qu'il est souvent commun aux deux secteurs (réanimation et unités d'hospitalisation hors réanimation), même s'il ne travaille pas simultanément dans les deux pour des raisons d'hygiène.

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

### QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques qui ont une activité autorisée de traitement des grands brûlés.

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

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question du bordereau FILTRE dans le bloc A : A36 (traitement des grands brûlés).

### REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décrets n°2007-1237 et n°2007-1240 du 20 août 2007 relatifs aux conditions d'implantation ainsi qu'aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de traitement des grands brûlés.

Circulaire DHOS/O4/2007/391 du 29 octobre 2007 relative aux activités de soins de traitement des grands brûlés.

Arrêté du 15 juin 2010 relatif à liste des activités de soins faisant par dérogation l'objet d'un schéma régional d'organisation des soins en Ile-de-France et à La Réunion et Mayotte.

### ÉQUIPEMENT ET PLATEAU TECHNIQUE

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

**Case A1** : Indiquer la capacité en lits de réanimation (y compris surveillance continue) pour les grands brûlés. Les lits sont comptés en réanimation s'ils sont installés dans des chambres individuelles équipées de dispositifs particuliers de traitement de l'air (hottes à flux laminaire) et adaptés (lits fluidisés, notamment). Cette capacité demandée correspond à la capacité réelle d'accueil installée au 31 décembre de l'année (elle peut être différente de la capacité autorisée).

**Case A2** : Il s'agit d'indiquer le nombre de lits (hors réanimation) d'hospitalisation complète dédiés exclusivement au traitement médical ou chirurgical des patients grands brûlés au 31 décembre.

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

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

**Cases B1 à D1** : Nombre de séjours ayant un passage dans les unités citées ci-dessus. Le nombre de journées associées est égal à la somme des durées de séjour partiel dans ces unités.



**Cases B2 à D2 :** Nombre de séjours et journées associées effectuées dans l'unité médicale spécifique de soins médicaux et chirurgicaux pour les grands brûlés (UM typée « 20 »).

**Case A4 :** Les greffes de peau nécessitent souvent le recours à une banque de tissus régie par le décret n° 2015-509 du 6 mai 2015. L'établissement indiquera s'il dispose sur place d'une autorisation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

## ORGANISATION

**Case A5 :** L'existence de convention(s) avec une ou des structures de SSR ayant l'autorisation de prendre en charge les brûlés témoigne de l'organisation d'une filière de prise en charge en aval de l'hospitalisation.

## ACTIVITÉ

**Case A6 :** Il est demandé le nombre d'actes de chirurgie plastique et reconstructrice pour le traitement des brûlures réalisées sur des patients en hospitalisation complète ou en chirurgie ambulatoire. Il s'agit d'identifier l'activité opératoire consacrée au traitement des brûlures (exprimée en nombre d'actes) des chirurgiens de chirurgie plastique et reconstructrice recensés en **ligne 12**.

**Case A8 : Consultations externes liées au traitement des brûlures.**

Il s'agit de consultations médicales comportant ou non des soins ne nécessitant pas d'anesthésie.

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

**Case A7 : Venues en anesthésie chirurgie ambulatoire liées au traitement des brûlures.**

Les services de traitement de grands brûlés assurent un certain nombre de soins comportant une anesthésie sur des patients ambulatoires, enregistrés dans le PMSI comme des séjours de moins de 24 heures. On retient ici les séjours qui ont à la fois un GHM de la CMD22, un acte parmi les listes A130 ou A131, une CAS de chirurgie et une durée de séjour=0.

**Case A9 : File active des patients adultes** (18 ans et plus) pris en charge en hospitalisation complète ou partielle. Il s'agit du nombre de patients différents ayant été hospitalisés au moins une fois, quel que soit le mode d'hospitalisation (un même patient ayant effectué plusieurs séjours dans différents établissements sera, en revanche, comptabilisé dans chacun de ces établissements). Cette information est tirée du PMSI (à l'aide du chaînage anonyme des séjours d'un même patient mis en place depuis 2001). Tous les séjours de la CMD22 sont retenus.

**Case A10 :** La même question concerne les enfants et adolescents de moins de 18 ans.

## PERSONNEL

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations 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 équivalents temps plein travaillés (ETP\_T) du personnel salarié et les effectifs de libéraux 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 soins de traitement des grands brûlés, 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) propre à l'activité des unités de traitement des grands brûlés décrites, en distinguant l'existence d'une garde (définition : un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou d'une astreinte (en dehors des heures ouvrables, un médecin est joignable à domicile). Dans le cas d'une permanence mutualisée avec la réanimation médicale (cas prévu par les textes), inscrire NON.

Les personnels d'encadrement infirmiers inscrits dans la **ligne 16** ne doivent pas être inscrits avec les infirmiers DE des deux lignes suivantes pour ne pas avoir de double compte.

## SOINS PALLIATIFS

### Bordereau posé une année sur deux

#### Existe-t-il des lits identifiés soins palliatifs (LISP) au sein des services de soins ?

↪ Si oui, Nombre de lits LISP (hors Unité de Soins Palliatifs) :  
*Dont : nombre de LISP dans des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)  
 nombre de LISP dans des services pédiatriques*  
 Nombre de séjours dans ces lits (LISP) dans l'année :

A1	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A2	
A3	
A4	
A5	

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

↪ Si oui, Classification de l'USP  
  
 Nombre de lits au sein de l'USP :  
 Nombre de séjours MCO dans l'unité, dans l'année (si l'unité est classée en MCO) :  
 Nombre de séjours SSR dans l'unité, dans l'année (si l'unité est classée en SSR) :  
 Nombre de séjours "autres" dans l'unité, dans l'année (si l'unité est classée en autres) :  
 Nombre de demi-journées de temps bénévole d'accompagnement dans le mois d'octobre

A6	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A7	<input type="radio"/> MCO <input type="radio"/> SSR <input type="radio"/> Autres
A8	
A9	PMSI
A21	
A22	
A23	

#### Existe-t-il une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) au sein de l'établissement ?

↪ Si oui, Nombre total d'interventions physiques de l'EMSP au sein de l'établissement :  
 Nombre d'EHPAD dans lesquelles l'EMSP intervient (= conventions) :  
 Nombre d'établissements de santé (EJ) dans lesquelles l'EMSP intervient (= conventions) :  
 Nombre total d'interventions physiques de l'EMSP hors de l'établissement :  
*Dont : - au sein d'établissements sanitaires (y compris USLD) :  
 - au sein d'établissements médico-sociaux (y compris EHPAD) :  
 - au domicile des patients :*  
  
 Nombre de patients différents (file active) pour lesquels il y a eu une intervention (physique ou téléphonique) de l'EMSP dans l'année, au sein et hors de l'établissement :  
 Nombre de demi-journées de temps bénévole d'accompagnement dans le mois d'octobre

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

#### Actions de formation de l'EMSP

Dans l'année, nombre total d'heures de formation action en soins palliatifs dispensées par le personnel de l'EMSP au sein de l'établissement

Dans l'année, nombre total d'heures de formation action en soins palliatifs dispensées par le personnel de l'EMSP en dehors de l'établissement

A19	
A20	

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

	code SAE		USP		EMSP	
			ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12
			H	I	J	K
Personnel médical (hors internes)	M1000	25				
Dont DU/DUI/Master en soins palliatifs		26				
Cadre de santé	N2120	27				
Infirmiers DE avec ou sans spécialisation	N2200, N2300	28				
Dont DU/DUI/Master en soins palliatifs		29				
Aides-soignants	N2500	30				
Psychologues	N2700	31				
Autre personnel non médical		32				

# Soins palliatifs

## PRINCIPES DU BORDEREAU

La mission de service public relative à la prise en charge en soins palliatifs consiste à disposer d'une ou plusieurs structures identifiées (équipe mobile, lits identifiés, unité de soins, hospitalisation de jour), ainsi que des personnels en capacité de dispenser des soins palliatifs gradués et/ou des formations en soins palliatifs à destination de professionnels de santé exerçant dans d'autres établissements de santé. Cette définition réglementaire n'englobe pas les unités d'HAD, de médecine, de chirurgie, de SSR ou de soins de longue durée qui prennent en charge des patients, dès lors qu'elles n'assurent pas un rôle spécifique de recours en ce domaine. Ce bordereau s'intéresse exclusivement à l'activité des établissements qui exercent cette mission de recours. Les données recueillies ont, par ailleurs, vocation à alimenter le suivi du CPOM.

Les objectifs du bordereau sont :

- Faciliter l'inventaire des établissements assurant ces missions de service public, et l'évaluation des besoins couverts, au sein des territoires.
- Permettre le rapprochement des missions décrites avec les autres activités et disciplines présentes dans l'établissement ainsi qu'avec le plateau technique pouvant être mobilisé.
- Enfin, permettre des comparaisons de situations entre régions.

## QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques chargés de ces missions par l'ARS. Au sein de ces établissements, le bordereau sera confié préférentiellement au référent désigné, en lien avec les équipes de soins palliatifs.

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du bordereau FILTRE A27 (EMSP) et A38 (LISP, USP).

Les informations attendues dans ce bordereau nécessitent la collaboration avec les équipes de soins palliatifs, l'équipe gestionnaire de la SAE et l'équipe en charge du suivi des autorisations et des reconnaissances contractuelles de l'établissement.

## REFERENCES REGLEMENTAIRES

Articles L1110-10, L1112-4, L6112-1, L6112-7, L6114-2 et L6143-2-2 du Code de la santé publique, D.6114-3 (7) et D.6143-37-1.

Circulaire n°2002/98 du 19 février 2002 et circulaire DHOS/02/2008 du 25 mars 2008 relatives à l'organisation des soins palliatifs.

Instruction DGOS/R4/DOCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des EMSP dans les EHPAD.

Instruction interministérielle DGOS/R4/DGS/DGCS/2023/76 du 21 juin 2023 relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs dans la perspective de la stratégie décennale 2024-2034.

Le recours aux soins palliatifs s'organise en plusieurs niveaux de prise en charge, auxquels concourt, si besoin, une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) pluridisciplinaire qui intervient en appui des professionnels. L'accompagnement palliatif dans un service hospitalier sans lit identifié constitue le premier niveau (non questionné ici), le deuxième correspond aux lits identifiés au sein des services de soins (cases A1 à A5), le troisième aux unités de soins palliatifs (A6 à A9 et A21 à A22). Les hospitalisations de jour de « médecine palliative » peuvent se situer aux trois niveaux de recours. Elles ne font pas l'objet d'un questionnement dans ce bordereau.

### Case A1 : Existe-t-il des lits identifiés de soins palliatifs (LISP) au sein des services de soins ?

Les lits identifiés de soins palliatifs (LISP) offrent une prise en charge spécialisée en soins palliatifs, en gestion de la douleur et accompagnement de la fin de vie. Ils se situent dans des services dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs mais identifiés comme des services accueillant fréquemment des personnes requérantes en soins palliatifs (services confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents). L'individualisation de LISP au sein d'un service ou d'une unité de soins permet d'optimiser son organisation pour apporter une réponse plus adaptée à des patients qui relèvent de soins palliatifs et d'un accompagnement, comme à leurs proches.

Ils peuvent relever d'une activité de court séjour ou de SSR. Ils font théoriquement l'objet d'une reconnaissance par les ARS et d'une contractualisation avec les établissements de santé dans la mesure où cette reconnaissance permet l'attribution de moyens supplémentaires.

Si l'établissement dispose de LISP (réponse OUI à A1), indiquer alors le nombre de lits identifiés comme LISP installés au 31/12 (**case A2**), en comptabilisant l'ensemble des LISP au sein de l'établissement quelle que soit leur répartition dans les différents services. Les lits d'USP, comptabilisés à la question A8, ne sont pas dénombrés ici. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes. Lorsque la fermeture de lits est de très courte durée (quelques jours), ces lits peuvent être comptabilisés, mais uniquement en cas de travaux ou désinfection.

Il s'agit ensuite de préciser, ceux qui, au sein de cet ensemble, sont identifiés en SSR (**case A3**) et ceux implantés dans des services de pédiatrie (**case A4**). Ces derniers sont destinés à la prise en charge des enfants en soins palliatifs, mais aussi à l'accompagnement des parents et de la fratrie et au soutien des équipes médicales et soignantes confrontées à la fin de vie de leurs jeunes patients.

Enfin, en **case A5**, indiquer le nombre de séjours dans ces lits au cours de l'année. Pour les lits de court séjour et de moyen séjour, cette donnée peut être extraite du PMSI.

### **Case A6 : Existe-t-il une unité de soins palliatifs (USP) ?**

Les unités de soins palliatifs (USP) sont des unités spécialisées qui ont une activité spécifique et exclusive en soins palliatifs. Elles correspondent au troisième maillon d'une prise en charge qui est graduée en fonction de la complexité des situations rencontrées. Elles accueillent en hospitalisation complète des personnes atteintes de maladies graves et incurables quel que soit le stade évolutif (en phase précoce, avancée ou terminale pour des symptômes ou des situations complexes, non contrôlés) et dont la prise en soin nécessite une équipe pluridisciplinaire formée et compétente en soins palliatifs. Les USP assurent les missions de soins, de formation et, pour certaines, de recherche. Les USP ont vocation à être polyvalentes et donc à prendre en charge des patients quelle que soit leur pathologie. Dans certaines situations, elles peuvent toutefois être spécialisées dans la prise en charge de certaines pathologies. Elles sont portées par des établissements de santé, au titre de leur activité de médecine ou de SSR.

Si l'établissement dispose d'une USP (réponse OUI à A61), indiquer la classification (MCO, SSR) de l'USP (**case A7**) et le nombre de lits installés au 31/12 (**case A8**). Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes. Lorsque la fermeture de lits est de très courte durée (quelques jours), ces lits peuvent être comptabilisés, mais uniquement en cas de travaux ou désinfection.

**Cases A9, A21 et A22** : Il est demandé de préciser le nombre de séjours dans l'USP en fonction de sa classification (cases **A9, A21** et **A22**). Le nombre de séjours MCO (**case A9**) est extrait du PMSI (pour les USP de MCO) : sont comptabilisés les séjours au cours desquels au moins un passage dans l'unité médicale (UM) de soins palliatifs a été effectué (UM codée '08' dans le PMSI). Dans le cas d'un séjour avec plusieurs passages en USP, un seul séjour est décompté si ces passages se font dans le même Finess géographique. Si l'USP est classée en SSR ou dans « autres disciplines », le nombre de séjours au sein de l'USP doit être renseigné en case **A21** ou **A22**.

**Case A23** : Nombre de demi-journées de temps de bénévole d'accompagnement réalisées dans le mois d'octobre. Il convient de comptabiliser le nombre cumulé de demi-journées au cours desquelles des bénévoles d'accompagnement de fin de vie sont intervenus auprès des patients au sein de l'USP, durant le mois d'octobre. Par exemple, si 2 bénévoles d'accompagnement ont été présents les vendredis après-midi du mois d'octobre, inscrire 8 (= 2 x 4 semaines). Dans le cas où un bénévole n'a pas été présent toutes les semaines pendant le mois d'octobre, en tenir compte dans le décompte. Si un bénévole, en principe présent les lundis après-midi, n'a été présent que 3 lundis sur 4 durant le mois d'octobre, renseigner 3 (= 1 x 3).

### **Case A10 : Existe-t-il une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) au sein de l'établissement ?**

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) est une équipe pluri-disciplinaire et pluri-professionnelle qui exerce une activité transversale au sein de l'établissement de santé. Elle appuie les professionnels et équipes soignantes dans le cadre de sa prise en charge d'une personne en situation palliative ou en fin de vie, en mettant à leur disposition son expertise palliative, au lit du malade et auprès des soignants. Les professionnels de l'EMSP sont clairement identifiés et spécifiquement formés aux soins palliatifs. Ils ont un rôle de conseil et de soutien et ne pratiquent pas d'actes de soins. Ils interviennent pour apporter soutien et expertise auprès des équipes soignantes et des professionnels qui font appel à elle, au sein des services des établissements de santé, des ESMS et des autres lieux du domicile.

Des équipes mobiles de soins palliatifs de spécificité pédiatrique sont identifiées dans chaque région et structurées en équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP). L'ERRSPP est une équipe multidisciplinaire et pluriprofessionnelle qui exerce, à distance ou au chevet de l'enfant, un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes et des professionnels de santé. Elle intervient à l'échelle régionale et exerce une activité intra, inter et extrahospitalière incluant les différents lieux du domicile dont les établissements sociaux et médico-sociaux ». Les ERRSPP sont considérées comme des équipes mobiles à comptabiliser ici : si l'établissement ne dispose que d'une ERRSPP, il doit répondre OUI à la case A10.

L'EMSP (ou l'ERRSPP) bénéficie d'une reconnaissance contractuelle et d'un financement par le fond d'intervention régional (FIR). Les questions posées pour les **cases A11 à A20** sont directement inspirées de l'ancienne fiche thématique du guide de contractualisation, permettant de renseigner une grande partie des indicateurs de suivi proposés au niveau national.

**Case A11** : Nombre d'interventions physiques de l'EMSP au sein de l'établissement de rattachement (hors structure médico-sociale rattachée à l'établissement). Il s'agit de comptabiliser le nombre d'interventions impliquant un déplacement physique de l'EMSP au lit du malade, auprès des proches ou en soutien à l'équipe médicale et soignante, quel que soit le nombre d'intervenants de l'équipe se déplaçant. Ce recueil peut paraître contraignant lorsque la fréquence des interventions est élevée. Cependant, d'une part il s'agit d'un indicateur de suivi prévu par la circulaire 2008 ; d'autre part, il est indispensable pour le calcul du pourcentage des interventions réalisées hors de l'établissement, indicateur de « mobilité de l'équipe » pour le suivi de la MIG.

**Cases A12 et A13** : Nombre d'EHPAD (A12) et nombre d'établissements de santé (hors établissement de rattachement) (A13) dans lesquels l'EMSP est intervenue. Il s'agit ici de comptabiliser les établissements avec lesquels des conventions ont été établies.

**Case A14** : Nombre total d'interventions physiques de l'EMSP hors de l'établissement de rattachement. Ce total est ensuite décomposé en trois sous-ensembles, qui correspondent aux différents lieux d'intervention possibles (autres établissements de santé, établissements médico-sociaux, autres lieux du domicile).

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

Sont comptabilisées ici les interventions impliquant un déplacement physique au sein d'un autre établissement de santé, y compris lorsqu'il s'agit d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD). Ne pas compter les interventions réalisées au sein des structures médico-sociales rattachées à l'établissement (enregistrées en case A16).

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

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

#### **Case A17 : Au domicile des patients**

Sont comptabilisées ici les interventions impliquant un déplacement physique de l'EMSP au domicile des patients, hors établissements sociaux et médico-sociaux.

**Case A18 : Nombre de patients différents (= file active)** auprès desquels l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) s'est déplacée au lit du patient ou auprès des proches, ou pour lesquels l'EMSP a été sollicitée par l'équipe soignante prenant en charge le patient.

**Cases A19 et 20** : Nombre total d'heures de formation en soins palliatifs réalisées par le personnel de l'EMSP au sein de l'établissement et hors de l'établissement (cf. rapports d'activité des équipes mobiles concernées).

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

## PERSONNEL AYANT CONCOURU À L'ACTIVITÉ DÉCRITE

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins palliatifs dans les unités de soins palliatifs (USP) d'une part et au sein des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) d'autre part, qu'il soit salarié ou non, rémunéré ou non par l'établissement. Il peut s'agir de personnel entièrement dédié à l'activité décrite ou de temps de professionnels mutualisés pour assurer les soins dans les différentes équipes spécialisées de soins palliatifs. Les bénévoles sont à exclure de ce décompte.

Les équivalents temps plein travaillés (ETP\_T) du personnel salarié et les effectifs de libéraux sont ceux ayant contribué à l'activité des unités de soins palliatifs décrites, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs.

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. À partir de la SAE 2023, le décompte des ETP travaillés (ETP\_T) en **colonnes H et J** concerne uniquement les salariés, le calcul d'ETP\_T s'étant avéré compliqué pour les libéraux. Pour ces derniers en **colonnes I et K**, seul un décompte des effectifs physiques présents au 31 décembre est demandé.

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

# TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE PAR ÉPURATION EXTRA-RENALE

## Organisation : télédialyse

L'établissement gère-t-il une (ou plusieurs) UDM de proximité (= à distance d'un centre) grâce à un dispositif de télémédecine ?

Si oui, Combien d'UDM ?

Combien au total de patients pris en charge dans ces unités « délocalisées » et reliées par télésurveillance au 31 / 12 ?

<b>A1</b>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>A2</b>	
<b>A3</b>	

## Equipements et activité

HEMODIALYSE	Code			Nombre de postes utilisés au 31/12 (=générateur et lit ou fauteuil) <sup>(1)</sup>	Nombre de patients pris en charge la semaine incluant le 1 <sup>er</sup> décembre	Nombre de séances dans l'année
				A	B	C
Hémodialyse en centre	112B	Adultes	4			PMSI
		Enfants	5			PMSI
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	1130		6			PMSI
Entraînement à l'hémodialyse	112A		7			PMSI
Autodialyse, dont assistée	1140		8			
Hémodialyse à domicile	1150	Adultes	9			
		Enfants	10			

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

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

<b>A28</b>	PMSI
<b>A11</b>	

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

DIALYSE PERITONEALE	Code			Nombre de places ou d'appareils au 31/12	Nombre de patients pris en charge la semaine incluant le 1 <sup>er</sup> décembre	Nombre de séances (pour l'entraînement) ou de semaines de traitement pour autres modes de DP dans l'année
				A	B	C
Dialyse péritonéale en hospitalisation	122B	30				
Entraînement à la dialyse péritonéale (activité en séances)	122A	14				PMSI
Dialyse péritonéale automatisée à domicile (activité en semaines de traitement)	121C	31				
Dialyse péritonéale continue ambulatoire à domicile (activité en semaines de traitement)	121A 121B	32				
<b>Total dialyse péritonéale à domicile (calculé)</b>	1210	<b>29</b>				
<b>Dialyses réservées pour vacanciers</b>		<b>20</b>				

Nombre de nouveaux patients dont la prise en charge en dialyse a débuté au cours de l'année dans l'établissement, quel que soit leur mode de traitement au démarrage

<b>A21</b>	
<b>A22</b>	

Nombre de nouveaux patients dont la prise en charge en dialyse a débuté au cours de l'année dans l'établissement, et dont le traitement a démarré en dialyse péritonéale

## 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
Néphrologues (hors internes)	M1110	23			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Infirmiers DE avec ou sans spécialisation et personnels d'encadrement infirmiers	N2120 N2200 N2300	24				
Aides-soignants	N2500	25				
Personnels médico-techniques	N4100	26				
Autre personnel non médical		27				



# Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale

## PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau est centré sur l'activité des structures assurant l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique, avec leurs différentes modalités d'épuration extra-rénale et leurs différentes formes d'organisation (centre ou alternatives). Ses données sur les équipements, le volume annuel des séances et les patients traités une semaine donnée (« coupe transversale ») complètent ainsi le suivi longitudinal des patients qu'opère le registre épidémiologique REIN centré sur leurs histoires cliniques et leurs trajectoires de soins.

La prise en charge « aigüe » au cours d'une hospitalisation n'est pas dans le champ de ce bordereau.

Les objectifs du bordereau sont :

- Simplifier l'interrogation par rapport à ce qu'elle était avant la refonte de la SAE, notamment pour les établissements soumis au PMSI, et adopter les mêmes définitions que celles utilisées par REIN.
- Rendre compte de l'évolution des structures de dialyse hors centre, notamment des unités de dialyse médicalisées de proximité fonctionnant par télé-médecine.
- Faciliter le suivi du SRS (ex-SROS) et de l'objectif de diversification des modalités d'épuration extra-rénale avec renforcement de la dialyse péritonéale.

Quelques données d'activité sont obtenues à partir d'extractions des données PMSI pour les établissements qui y sont soumis, avec un pré-remplissage qu'il appartient à l'établissement de valider.

## QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques qui ont une activité autorisée de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale.

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

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A11 du bordereau FILTRE (dialyse).

## REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décrets n°2002-1197 et 2002-1198 du 23 septembre 2002 relatifs à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et aux conditions de fonctionnement des établissements de santé qui l'exercent.

Décret n°2012-202 du 10 février 2012 modifiant les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale.

## ORGANISATION : TÉLÉDIALYSE

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

## ÉQUIPEMENTS ET ACTIVITÉ HÉMODIALYSE

**Colonne A, lignes 4 à 10 : Nombre de postes utilisés au 31/12**, y compris ceux à vocation spécifique (hépatite C, HIV), mais sans les postes de repli qui sont à inscrire en A11 (les postes de repli pour les patients suivis en autodialyse ou en dialyse à domicile sont isolés des autres, leur utilisation étant, par vocation, plus épisodique).

Le poste d'hémodialyse est constitué par l'association d'un lit ou d'un fauteuil pour le patient, avec un générateur d'hémodialyse et une arrivée d'eau traitée pour la dialyse. Les appareils de secours isolés ne sont pas à compter.

Ce nombre de postes est à décliner dans le tableau selon les modalités de traitement autorisées dans l'établissement (centre en **A4 et A5**, unité de dialyse médicalisée - UDM en **A6**, entraînement à l'hémodialyse en **A7**, autodialyse, dont assistée en **A8** et hémodialyse à domicile en **A9 et A10**) en différenciant, pour l'hémodialyse en centre et l'hémodialyse à domicile, ceux destinés aux adultes et ceux destinés aux enfants (sont considérés comme enfants les malades âgés de moins de 18 ans).

Les postes d'entraînement doivent être situés dans un local spécifique et réservés à la formation. Ces données sont à remplir par l'établissement autorisé à pratiquer cette activité, même s'il n'est pas propriétaire des équipements.

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

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

**Case A11 : Nombre de postes de repli** : Les postes de repli pour les patients suivis en autodialyse ou en dialyse à domicile sont isolés des autres, leur utilisation étant, par vocation, plus épisodique.

## DIALYSE PÉRITONÉALE

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Ligne 20 : Dialyses réservées pour vacanciers (Unité saisonnière)**

Pour les centres disposant d'une unité saisonnière (article R.6123-62), inscrire ici le nombre de postes réservés aux vacanciers (**A20**) et le total de séances réalisées pour ces vacanciers toutes techniques confondues (**C20**). Pour les centres qui n'accueillent des patients extérieurs que de façon marginale, le nombre de séances réalisées est à inclure dans l'activité globale du centre.

### **DONNÉES D'ACTIVITÉ**

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

En effet, la réalisation d'une séance d'hémodialyse ou d'entraînement à la dialyse péritonéale effectuée dans un établissement de santé soumis au recueil d'informations du PMSI en MCO donne lieu à la production d'un RSS-séance qu'une admission ait été prononcée ou non, c'est-à-dire y compris en l'absence d'ouverture d'un dossier administratif d'hospitalisation dans une unité de MCO.

Sont exclus de l'obligation de produire des RSS les établissements ayant pour activité le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale à domicile ou en autodialyse. À titre dérogatoire, ces établissements transmettent leurs informations de facturation sous forme de résumés standardisés de facturation anonymes (RSFA) ; il est donc possible de comptabiliser les séances en se basant sur les différents forfaits relatifs aux alternatives à la dialyse en centre (forfaits « D »).

### **Colonne B : Nombre de patients pris en charge la semaine incluant le 1<sup>er</sup> décembre**

Inclure tous les patients traités cette semaine-là, même s'il s'agit d'un patient transféré temporairement dans l'unité. À l'inverse, ne pas compter les malades habituellement suivis mais absents. Ces règles sont impératives pour éviter les doubles comptes.

Le nombre de patients traités durant une semaine donnée dans l'ensemble des structures de dialyse permet de mesurer l'ensemble des patients dialysés à un moment donné (c'est-à-dire la prévalence « ponctuelle »). Le registre REIN totalise en fin d'année le nombre total de nouveaux patients ayant débuté leur traitement au cours d'une année civile.

Il s'agit ici de renseigner le nombre de patients différents pris en charge la semaine incluant le 1<sup>er</sup> décembre (file active).

### **Colonne C : Nombre de séances dans l'année**

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

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

NB : Pour la dialyse péritonéale uniquement, la notion de séance est remplacée par celle de semaine de traitement ou d'équivalent-semaine, sauf pour l'entraînement à la dialyse péritonéale où la notion de séance persiste.

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

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

### **Case A21 : Nombre de nouveaux patients dont la prise en charge en dialyse a débuté au cours de l'année dans l'établissement, quel que soit leur mode de traitement au démarrage**

Cette question ne concerne que les centres (ou UDM) amenés à initier des traitements réguliers d'épuration extrarénale pour des malades n'ayant jamais été dialysés auparavant (sauf dans le cas de retours de greffe). Elle ne concerne pas les établissements au sein desquels les patients sont transférés dans un second temps, après avoir débuté le traitement.

**Case A22 : Nombre de nouveaux patients dont la prise en charge en dialyse a débuté au cours de l'année dans l'établissement, et dont le traitement a démarré en dialyse péritonéale**

Ces deux données permettent de calculer la part des patients ayant débuté leur traitement de dialyse en dialyse péritonéale, un des indicateurs de suivi du SRS (ex-SROS) pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique.

**PERSONNEL**

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 équivalents temps plein travaillés (ETP\_T) du personnel salarié et les effectifs de libéraux 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 PUI, 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 néphrologues seniors (= médecins qualifiés hors internes), en distinguant l'existence d'une garde (un médecin est sur place 24h sur 24) et/ou d'une astreinte (en dehors des heures ouvrables, le médecin est joignable à domicile). NB : Dans certains établissements à forte activité, on peut avoir à la fois une garde et, en seconde ligne, une astreinte d'un second médecin de la même spécialité.

## TRAITEMENT DU CANCER

**Pour tous les établissements traitant le cancer** (établissements autorisés pour la chirurgie des cancers, les traitements par chimiothérapie, par radiothérapie et les établissements associés pour traitement par chimiothérapie des affections cancéreuses)

Traitez-vous les affections cancéreuses par chimiothérapie ?  
 Traitez-vous les affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie) ?  
 Avez-vous des unités d'hospitalisation complète ou ambulatoire spécifiquement consacrées au cancer, avec du personnel dédié (appelées ici «unités individualisées») ?

A1	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A2	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A3	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Activité de traitement du cancer : nombre de séjours\*

Dont séjours de 0 jour\*\*

Activité de traitement du cancer : nombre de journées\*\*\*

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

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

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

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

### Pour les établissements traitant le cancer par chimiothérapie

#### Autorisation pour le champ MCO et HAD

L'établissement a-t-il reçu une autorisation de traitement du cancer par chimiothérapie ?	A7	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
---	----	---

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

#### Activité

		MCO		HAD	
		A		B	
9	Nombre total de séjours avec traitement de chimiothérapie	PMSI		PMSI	
10	Nombre de séances de chimiothérapie	PMSI			

MCO
Réalisés pendant une hospitalisation complète
C9
PMSI

Nombre total de séjours pour chimiothérapie (GHM 17M05 et 17M06)

### Pour les établissements traitant le cancer par radiothérapie (radiothérapie externe et/ou curiethérapie)

Equipements		Nombre d'appareils (ou de lits) au 31/12	
		A	B
Accélérateurs de radiothérapie	12		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Nombre de lits protégés pour curiethérapie et/ou irathérapie	13		

#### Activité

Nombre de résumés standardisés de préparation (RSP) à un traitement par radiothérapie externe, réalisés en ambulatoire ou en hospitalisation complète.

A14	PMSI
-----	------

		MCO	
		A	B
15	Traitement par radiothérapie externe	PMSI	PMSI
16	Traitement par curiethérapie et/ou irathérapie	PMSI	PMSI

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

	code SAE		ETP annuels moyens des salariés		Effectifs des libéraux au 31/12	
			D	E		
Médecins radiothérapeutes (hors internes)	M1170	19				
Radiophysiciens - Physiciens médicaux	N4180	20				
Manipulateurs d'électroradiologie	N4130	21				
Dosimétristes	N4170	22				
Autre personnel non médical de l'unité de radiothérapie		23				

### Pour les établissements traitant le cancer dans des unités d'hospitalisation individualisées

Caractéristiques et activité de l'unité (des unités) individualisée(s)		Nombre correspondant de lits/places au 31/12		Nombre de séjours effectués	dont séjours d'enfants de moins de 18 ans	Nombre total de journées réalisées	dont journées d'enfants de moins de 18 ans
		A	B				
Unité(s) médicale(s) de médecine en hospitalisation complète, dont hospitalisation de semaine (y compris curiethérapie)	24			PMSI	PMSI	PMSI	PMSI
Unité(s) médicale(s) de médecine en hospitalisation à temps partiel (notamment unités de chimiothérapie ambulatoire)	25			PMSI	PMSI		
Unité(s) médicale(s) de chirurgie en hospitalisation complète, dont hospitalisation de semaine	26			PMSI	PMSI	PMSI	PMSI
Unité(s) médicale(s) de chirurgie en hospitalisation à temps partiel	27			PMSI	PMSI		

#### Personnels concourant à l'activité de l'(es) unité(s) d'hospitalisation individualisée(s) de cancérologie (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

Personnel médical (hors internes)	code SAE		ETP annuels moyens des salariés		Effectifs des libéraux au 31/12	
			D	E		
Médecins oncologues médicaux	M1130	28				
Autres médecins habilités en cancérologie		29				

Personnel non médical	code SAE		ETP annuels moyens des salariés		Effectifs des libéraux au 31/12	
			D	E		
Infirmiers DE avec ou sans spécialisation et personnels d'encadrement infirmiers	N2120, N2210, N2300	30				
Aides-soignants	N2510	31				
Psychologues	N2710	32				
Assistant(e)s de service social	N3120	33				
Autres personnels des services médicaux		34				

## Traitement du cancer

### PRINCIPES DU BORDEREAU

Les recueils respectifs sur le traitement des affections cancéreuses (rayonnements ionisants de haute énergie et chimiothérapie) ont été globalisés, depuis la refonte de la SAE pour les données 2013, en un unique bordereau « traitement du cancer ».

Les objectifs sont :

- D'une part, s'articuler avec l'enquête réalisée par l'observatoire de la radiothérapie (simplification du recueil SAE sur les environnements techniques ainsi que sur l'activité de protonthérapie, recueillis par l'INCa).
- D'autre part, en oncologie médicale, identifier et interroger les établissements associés aux entités titulaires d'une autorisation, qui participent à la prise en charge des malades dans une logique de proximité et en lien étroit avec les établissements autorisés en charge de la primo prescription.
- Enfin, prendre en compte les textes relatifs aux seuils d'activité minimale annuelle qui ne concernent que l'activité adulte (ce qui nécessite de distinguer l'activité relative aux moins de 18 ans) et l'évolution des métiers en cancérologie.

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

### QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Les données de ce bordereau concernent l'activité autorisée de radiothérapie, curiethérapie, chimiothérapie ou chirurgie des cancers. Pour la chimiothérapie, il s'agit soit d'un établissement ayant reçu une autorisation de traitement du cancer par chimiothérapie, soit d'un établissement associé, ayant passé une convention avec un établissement autorisé. Les établissements associés à l'autorisation de traitement par chimiothérapie doivent d'une part indiquer l'(les) établissement(s) titulaire(s) au(x)quel(s) ils sont associés (numéros FINESS), d'autre part l'(les) informer de la réponse apportée avant sa validation.

L'activité de traitement du cancer doit être déclarée sur le questionnaire de l'établissement géographique d'implantation de l'autorisation de l'activité de traitement du cancer. Les données peuvent être validées par l'entité juridique titulaire de l'autorisation de l'activité de traitement du cancer.

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du bordereau FILTRE A9 (radiothérapie ou curiethérapie), A10 (chimiothérapie) et A32 dans le bloc A (chirurgie des cancers).

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

### REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décrets n°2007-388 et 389 relatifs aux conditions d'implantation et de fonctionnement applicables à l'activité de soins traitement du cancer.

Critères d'agrément pour la pratique de la chimiothérapie et de la radiothérapie définis par l'INCa (voir <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Traitements-du-cancer-les-etablissements-autorises/Les-autorisations-de-traitement-du-cancer#toc-les-crit-res-d-agr-ment-par-pratique-th-rapeutique>).

Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins traitement du cancer.

Circulaire n°DHOS/O/INCA/2008/101 du 26 mars 2008 relative à la méthodologie de mesure de ces seuils, ainsi que la fiche d'actualisation de mai 2011 disponible sur le site de l'INCa.

### NOUVEAUTES SAE 2023

Les libellés d'activité du bordereau CANCERO ont été revus pour le champ MCO, pour être plus explicites et en adéquation avec les spécifications des imports PMSI associés.

Les files actives présentes dans ce bordereau CANCERO ont été supprimées, au motif que l'information est disponible dans le PMSI-MCO et qu'elle n'est pas mobilisée dans ce bordereau pour des contrôles de cohérence interne.

## POUR TOUS LES ÉTABLISSEMENTS TRAITANT LE CANCER

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

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

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

**Case A3 :** Seuls les établissements disposant d'unités individualisées d'hospitalisation complète ou ambulatoire dédiées à la prise en charge des patients atteints de cancer répondent OUI (par exemple un service d'oncologie médicale ou d'onco-hématologie. Ne pas remplir si le seul service répondant à ces critères est un service de soins palliatifs). Sont concernés, en particulier, les centres de lutte contre le cancer (CLCC). À l'inverse, les établissements qui traitent des patients cancéreux dans des unités médicales de spécialité accueillant également des patients non cancéreux (par exemple un service de pneumologie) répondront NON.

Ces unités doivent être typées dans le PMSI-MCO en codes '40' (Unité d'hospitalisation d'oncologie médicale), '41' (Unité d'hospitalisation d'oncologie chirurgicale) ou '43' (Unité de chimiothérapie ambulatoire).

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

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

**Cases A4 à A6 : Activité de traitement du cancer en MCO :** Pour l'ensemble des établissements hors cabinets privés de radiothérapie, sont filtrés les séjours ayant un DP ou DR compris dans [(C00 à C97) ou (D00 à D09) ou (D37 à D48)].

Parmi ceux-ci, sont retenus les séjours ayant soit :

- un [(GHM en "C") OU (GHM en '27Z02', '27Z03', '27Z04')]

- OU un [DP ou DA commençant par 'Z510' ou 'Z511' ou 'Z9480']

- OU les séjours avec au moins un acte parmi la liste : ABLB006, AFLB003, AFLB013, EBLF002, EBLF003, EBSF003, EBSF004, ECLF005, ECLF006, ECSF002, ECSF004, ECSF006, ECSF008, EDLF014, EDLF015, EDLF016, EDLF017, EDLF018, EDLF019, EDLF020, EDLF021, EDLL001, EDLL002, EDSF003, EDSF004, EDSF005, EDSF006, EDSF008, EDSF012, EDSF014, EDSF015, EDSF016, EELF004, EELF005, EHSF001, GGLB001, GGLB008, HLNA007, HLNC003, HLNK001, HLMN001, HLNN900, HPLB002, HPLB003, HPLB007, ZCNH002, ZCNH005, ZZLF004, ZZLF900, ZZLJ001, ZZLJ002.

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

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

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

**Cases B4 et B6 : Activité de traitement du cancer en HAD :** Pour l'ensemble des établissements, sont filtrés les séjours (en cours ou terminés) ayant un DP ou DR compris dans [(C00 à C97) ou (D00 à D09) ou (D37 à D48)].

Parmi ceux-ci, sont retenus les séjours comportant au moins une séquence avec un mode de prise en charge principal ou associé (MPP ou MPA) égal à '05'. Seuls les séjours pour lesquels il y a eu administration du traitement en HAD sont comptabilisés.

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

## POUR LES ÉTABLISSEMENTS TRAITANT LE CANCER PAR CHIMIOTHÉRAPIE

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

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

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

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

- (avec un diagnostic principal (DP) ou un diagnostic associé (DA) commençant par 'Z511') ET ayant un DP ou DR ou DA compris dans [(C00 à C97) ou (D00 à D09) ou (D37 à D48)]

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

- OU (avec un GHM "17M05" ou "17M06") ET ayant un DP ou DR compris dans [(C00 à C97) ou (D00 à D09) ou (D37 à D48)].

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

**Case A10** : Nombre de séances de chimiothérapie réalisées pendant une hospitalisation complète ou partielle en MCO. Là encore, ne retenir que les traitements de chimiothérapie pour affection tumorale, les séjours avec traitements de chimiothérapie pour d'autres motifs que le traitement du cancer étant à exclure. Sont comptés les GHM 28Z07Z x nombre de séances.

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

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

### Lignes 12 et 13 : Équipements au 31/12

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

**Case B12** : Cocher « OUI » si l'équipement est utilisé par des médecins non attachés à l'unité dans le cadre d'une activité libérale, ou s'il est utilisé par des médecins d'une autre entité juridique dans le cadre de conventions.

Cocher « NON », si l'équipement n'est utilisé que par l'établissement ou le cabinet.

### Lignes 14 à 16 : Activité

L'activité est maintenant mesurée tant en nombre de patients adultes (en référence à l'arrêté sur les seuils d'activité minimale, en l'occurrence 600 patients adultes), qu'en nombre de séances ou de séjours (tous patients confondus). Pour les établissements hospitaliers, l'activité est extraite des données PMSI et **les cellules pré-remplies correspondantes sont à valider (ou corriger si besoin) par l'établissement**. Le détail des spécifications ayant servi à calculer ces valeurs est dans le document 'spécifications d'imports des données PMSI', disponible dans la partie « Aide » du site de collecte.

Les centres privés de radiothérapie (« cabinets ») ne déclarent pas leur activité dans le PMSI. Il leur est demandé de présenter leur activité correspondant aux critères utilisés par le PMSI (patient d'âge égal ou supérieur à 18 ans, diagnostic de cancer et prise en charge liée à celui-ci).



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

**Lignes 15 et 16 : Nombre de séances.** Il convient de distinguer les séances selon qu'elles traitent des patients par radiothérapie externe ou des patients par curiethérapie et/ou irathérapie, dans la structure.

**Colonnes A et B des lignes 15 et 16 : Nombre de séances ou de séjours en hospitalisation partielle (HP) ou complète (HC).** Il convient de distinguer l'activité en MCO selon qu'elle soit pratiquée chez des patients en hospitalisation partielle (colonne A) ou des patients en hospitalisation complète dans la structure (colonne B).

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

**Case B15** : Nombre de séjours d'hospitalisation (partielle ou complète) des patients en traitement par radiothérapie externe, avec GHM 17K04 OU (actes des listes A-170, A-304, A-318, A-319, A-320 ET hors CM28).

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

**Case B16** : Nombre de séjours d'hospitalisation (partielle ou complète) des patients en traitement par curiethérapie et/ou irathérapie, soit séjours hors CM28 avec ((au moins un acte dans la liste 'A-205') OU (un GHM parmi (17K05, 17K08, 17K09))).

## PERSONNEL CONCOURANT À L'ACTIVITÉ DE RADIOTHÉRAPIE

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 équivalents temps plein travaillés (ETP\_T) du personnel salarié et les effectifs de libéraux sont ceux qui contribuent à cette activité de radiothérapie, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs. Par exemple, si tout ou partie de l'équipe est mutualisée entre plusieurs établissements géographiques ou entités, ce qui tend à être de plus en plus souvent le cas, ne compter en ETP\_T (moyenne annuelle) que le temps de travail effectif des salariés pour l'unité. Pour les libéraux, compter en effectif (au 31 décembre) toutes les personnes intervenant, quelle que soit leur quotité de temps.

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 radiothérapie, 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.

### Ligne 19 : Personnel médical (hors internes)

Cette ligne concerne tous les radiothérapeutes (titulaires du DES d'oncologie radiothérapie ou qualifiés spécialistes de radiothérapie par commission de qualification ordinale) concourant à l'activité, y compris à temps partiel. Pour ceux qui partagent leur temps entre ce secteur et la chimiothérapie, compter leur fraction de temps estimée consacrée à la radiothérapie.

### **Lignes 21 et 22 : Personnel non médical**

On distingue dorénavant les dosimétristes des manipulateurs d'électroradiologie. Le dosimétriste participe, avec l'oncologue radiothérapeute et le radiophysicien ou le physicien médical, au calcul de la dose de rayons nécessaire à la radiothérapie et à la planification du traitement. Dans le cas (fréquent) où le dosimétriste est un manipulateur ayant suivi une formation complémentaire, ne pas le compter comme manipulateur mais seulement comme dosimétriste.

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

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

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

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

**Lignes 24 à 27, colonne A :** Les capacités totales au 31/12 des unités d'hospitalisation dédiées à la prise en charge des patients atteints de cancer sont à ventiler selon leur discipline de rattachement (médecine UM de type '40' ou '43' ou chirurgie UM de type '41') et le mode d'hospitalisation.

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

**Lignes 24 à 27, colonnes B, C, D et E :** L'activité est mesurée au travers des données PMSI. Sont décomptés dans les colonnes B et C les séjours avec au moins un passage dans une (des) unité(s) individualisée(s) de traitement du cancer, citée(s) ci-dessus, en distinguant les patients adultes (âgés de 18 ans et plus) de ceux de moins de 18 ans. Enfin, est comptabilisé dans les **colonnes D et E** le nombre de journées correspondant à ces séjours.

## **PERSONNELS CONCOURANT À L'ACTIVITÉ DE L'(ES) UNITÉ(S) D'HOSPITALISATION INDIVIDUALISÉE(S) DE CANCÉROLOGIE**

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 équivalents temps plein travaillés (ETP\_T) du personnel salarié et les effectifs des libéraux 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.

Les ETP\_T **salariés** correspondent au temps de travail effectif 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 l'(es) unité(s) d'hospitalisation individualisée(s) de cancérologie, 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.

### **Lignes 28 et 29 : Personnel médical (hors internes)**

Sont appelés médecins oncologues médicaux (**ligne 28**) les médecins titulaires du DES en oncologie - option oncologie médicale et ceux qui ont été qualifiés de spécialistes en oncologie médicale après avis de la commission de qualification. Les médecins dits « ancien régime », spécialistes d'organe et ayant acquis une compétence en cancérologie reconnue sont à comptabiliser en tant qu'« autres médecins habilités en cancérologie » (**ligne 29**), de même que les médecins nouveau régime titulaires d'un DES autre que le DES d'oncologie – option oncologie médicale et d'un DESC en cancérologie. De même, les chirurgiens qui ont à la fois un DESC2 de chirurgie et un DESC1 de cancérologie seront également à compter dans cette même ligne.

**Ligne 34 : Autres personnels des services médicaux**

Compter ici tous les personnels autres que les infirmiers DE, avec ou sans spécialisation, et personnels d'encadrement, aides-soignants, psychologues et assistants de service sociaux participant à l'activité de(s) l'unité(s) des lignes précédentes. Les personnels administratifs notamment (secrétariat médical) doivent être inclus.

## STRUCTURE DES URGENCES (1/2)

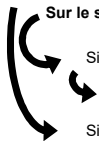
### Caractéristiques de la structure des urgences implantée sur le site

Il s'agit de décrire l'activité des structures des urgences, autorisées en application du 3° de l'article R.6123-1 du code de la santé publique (décret 2006-576 du 22 mai 2006).

Tous les malades qui passent par la structure autorisée des urgences doivent être pris en compte. **Sont exclus en revanche les accueils d'urgences non autorisées (SOS mains et uniquement spécialisés en ophtalmologie), les admissions directes dans les services (USIC ou UNV ou maternité), l'activité non programmée de même que les urgences dans un établissement qui n'a qu'une activité de psychiatrie.**

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

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



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

Saisonnière ?

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

<b>A1</b>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>A2</b>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>A3</b>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<b>A4</b>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

#### Informations complémentaires

Une équipe mobile de gériatrie intervient-elle au SU ?

<b>A11</b>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
------------	---

### Activité

#### STRUCTURE DES URGENCES GENERALES

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année

médecins :

<b>A14</b>	
<b>A15</b>	

IDE (infirmier diplômé d'état) avec ou sans spécialisation :

Existe-t-il un soignant d'accueil et d'orientation ?

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

Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par :

<b>A17</b>	<input type="radio"/> IAO <input type="radio"/> MAO <input type="radio"/> IAO et MAO
------------	--

Passages		Nombre de passages	DONT hospitalisés en MCO dans la même entité juridique	DONT hospitalisés en SSR, PSY, USLD dans la même entité juridique	DONT hospitalisés en HAD dans la même entité juridique	DONT hospitalisés dans une autre entité juridique
		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>E</b>	<b>D</b>
Nombre total de passages aux urgences dans l'année	<b>18</b>					
dont nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	<b>19</b>					
dont nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de moins de 18 ans	<b>20</b>					

UHCD		Nombre de lits installés au 31/12	Nombre de journées-lits exploitables	Nombre de séjours	dont séjours de 0 jour	Nombre de journées
		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
Unité d'hospitalisation de courte durée	<b>21</b>			<b>PMSI</b>	<b>PMSI</b>	<b>PMSI</b>

Existe-t-il un suivi des temps d'attente et de passage ?

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

Le service a-t-il mis en place une revue de mortalité et de morbidité (RMM) ?

<b>A23</b>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
------------	---

## STRUCTURE DES URGENCES (2/2)

### Activité

### STRUCTURE DES URGENCES PEDIATRIQUES

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année :

médecins :	<b>A24</b>	
IDE (infirmier diplômé d'état) avec ou sans spécialisation :	<b>A25</b>	

Existe-t-il un soignant d'accueil et d'orientation ?

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

Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par :

<b>A27</b>	<input type="radio"/> IAO
	<input type="radio"/> MAO
	<input type="radio"/> IAO et MAO

Passages	Nombre de passages	DONT hospitalisés
		A
Nombre total de passages aux urgences dans l'année	<b>28</b>	

UHCD	Nombre de lits installés au 31/12	Nombre de journées-lits exploitables	Nombre de séjours	dont séjours de 0 jour	Nombre de journées
			A	B	C
Unité d'hospitalisation de courte durée	<b>29</b>		PMSI	PMSI	PMSI

### Personnels affectés à la structure d'urgence, contribuant à l'activité décrite (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

	code SAE	ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	Dans le cas où l'établissement gère aussi un SMUR, ce personnel est-il commun avec le SMUR ?	Si oui, personnel adjoint, conjoint, les deux (1) ?	Si oui, personnel adjoint, conjoint, les deux (1) ?	Si oui, personnel adjoint, conjoint, les deux (1) ?
<b>Médecins (hors internes)</b>	<b>M1000 M2000 M3020</b>	30		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Adjoint conjoint les deux		<input type="radio"/> Adjoint <input type="radio"/> conjoint <input type="radio"/> les deux
dont pédiatres	<b>M1140</b>	31		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Adjoint conjoint les deux		<input type="radio"/> Adjoint <input type="radio"/> conjoint <input type="radio"/> les deux
dont psychiatres	<b>M3020</b>	32					
<b>Personnel non médical</b>	<b>N9999</b>	33					
Dont cadres de santé	<b>N2120</b>	34		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Adjoint conjoint les deux		<input type="radio"/> Adjoint <input type="radio"/> conjoint <input type="radio"/> les deux
Dont infirmiers DE avec ou sans spécialisation (exemples : IDE, puéricultrices, IADE) mais hors encadrement	<b>N2200 N2300</b>	35		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Adjoint conjoint les deux		<input type="radio"/> Adjoint <input type="radio"/> conjoint <input type="radio"/> les deux
Dont aides-soignants	<b>N2510 N2530</b>	36					
Dont brancardiers	<b>N2620</b>	37		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Adjoint conjoint les deux		<input type="radio"/> Adjoint <input type="radio"/> conjoint <input type="radio"/> les deux
Dont assistants de service social	<b>N3120</b>	38					
Dont secrétaires	<b>N1210</b>	39		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Adjoint conjoint les deux		<input type="radio"/> Adjoint <input type="radio"/> conjoint <input type="radio"/> les deux

## Structure des urgences

### PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce questionnaire porte sur l'organisation de la médecine d'urgence. Celle-ci se décline selon les trois modalités prévues pour l'autorisation (Article R6123-1 du Code de la Santé publique modifié par le décret n°2010-344 du 31 mars 2010 – art. 179) :

- 1° La régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L.6112-5 ;
- 2° La prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation, appelée SMUR, ou la structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons, appelée SMUR pédiatrique (activité qui fait l'objet du bordereau SMURSAMU) ;
- 3° La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences générales ou dans la structure des urgences pédiatriques.

Les objectifs de ce questionnement sont :

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

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

### QUI REMPLIT LE BORDEREAU

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

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A16 du bordereau FILTRE (structure autorisée des urgences).

### REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décrets n°2006-576 et 2006-577 relatifs à la médecine d'urgence et à ses conditions techniques de fonctionnement.

Circulaire DHOS/01 n°2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.

Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 – art.179.

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

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

Instruction N° DGOS/R1/R2/2017/286 du 2 octobre 2017 relative à la fiabilisation de l'enregistrement des structures des urgences dans les systèmes d'information FINISS et ARHGOS.

## TYPE D'AUTORISATION DÉTENU

**Cases A1 à A4 :** Données pré-remplies à partir des informations disponibles dans le système de gestion des autorisations des établissements de santé (Arhgos), renseigné par les ARS. Ces autorisations font référence aux conditions techniques de fonctionnement pour l'activité des urgences définies dans le décret 2006-577, de la qualification des médecins présents H24. Dans l'éventualité d'une information issue d'Arhgos incomplète ou erronée, ces cases sont modifiables.

Le type d'autorisation détermine le bloc activité à renseigner : urgences générales ou urgences pédiatriques. Si l'établissement n'est autorisé qu'en urgences générales, renseigner l'ensemble de l'activité (y compris les prises en charges des enfants) dans la partie « Structure des urgences générales ».

**Case A11 :** Compte tenu de la part non négligeable des personnes âgées dans les passages aux urgences et des problèmes spécifiques d'aval qu'elles posent, il s'agit d'abord d'identifier les structures qui bénéficient de l'intervention de compétences spécialisées sous la forme d'une équipe mobile de gériatrie, y compris venant d'un établissement différent.

## ACTIVITÉ DE LA STRUCTURE DES URGENCES GÉNÉRALES

Il s'agit ici de rassembler les données relatives à la structure d'urgences. Par contre, les admissions directes dans les services sans passage par les urgences ne sont pas concernées et ne doivent pas être incluses, du fait qu'il ne s'agit pas de passages mobilisant le personnel de la structure des urgences. Si l'établissement n'est autorisé qu'en urgences générales, renseigner l'ensemble de l'activité (y compris les prises en charge des enfants) dans cette partie.

**Cases A14 et A15 : Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année.** Il convient d'indiquer :

- pour les médecins, le temps clinique posté défini dans l'Instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 ;
- pour les infirmiers DE, avec ou sans spécialisation, le cumul annuel du nombre d'heures dédiées à l'activité d'accueil et de traitement des urgences (cette activité comprend l'UHCD).

Dans les deux cas, il faut comptabiliser le nombre d'heures postées par semaine, c'est-à-dire un multiple de  $24 \times 7 = 168$  heures. Ainsi, si vous avez x postes de médecins postés 24h/24 et 365 jours par an, il faut compter  $x \times 24 \times 7$  pour une semaine. Par exemple, si votre organisation repose sur deux médecins présents en permanence aux urgences 24 heures sur 24, et un médecin en renfort en journée toute la semaine, sur une période de 12h par jour, alors vous devez déclarer  $2 \times (24 \times 7) + 1 \times (12 \times 7) = 420$  heures hebdomadaires postées. Cette information peut ainsi être mise en relation avec l'activité de soins réalisée. Le temps de présence non clinique pourra être déduit à partir des données en équivalent temps plein de personnels affectés à la structure des urgences.

Le nombre d'heures de présence clinique dédiée à l'activité d'accueil et de traitement des urgences correspond au temps de travail dévolu à cette activité. Il s'agit soit, en cas d'activité exclusive aux urgences (équipe distincte, mutualisation adjointe), du temps de présence destiné aux soins, soit, en cas d'activité partagée entre les urgences et le SMUR (mutualisation conjointe), du temps consacré à la prise en charge des patients aux urgences. Dans cette seconde situation, le temps qui n'est pas consacré à l'activité d'accueil et de traitement des urgences doit être comptabilisé avec les heures postées réalisées au SMUR, à renseigner dans le bordereau SMURSAMU.

Le cumul annuel comprend l'ensemble du personnel médical et infirmier DE, avec ou sans spécialisation, ayant contribué à l'activité d'accueil et de traitement des urgences, que ces personnels soient affectés à la structure des urgences ou y exercent une part de leur activité. Pour les médecins, il s'agit des praticiens hospitaliers, des assistants, des attachés, des hospitalo-universitaires, de médecins libéraux, de médecins intérimaires ; les internes et étudiants en médecine ne sont pas compris dans ce décompte. Pour les infirmiers, il s'agit des infirmiers diplômés d'État et des infirmiers diplômés d'État intérimaires.

**Cases A16 et A17 : Soignant d'accueil et d'orientation (IAO et MAO).**

L'objectif est d'identifier si la fonction d'accueil et d'orientation lors de l'arrivée du patient dans la structure est assurée, toute ou partie de la journée, par un soignant, en plus de l'enregistrement administratif. Si oui, il est alors demandé si cette fonction est remplie par un médecin (MAO), par un infirmier DE (IAO), ou par un médecin et un infirmier DE, conjointement ou à tour de rôle (IAO et MAO).

### **Cases A18 à E20 : Passages (total et orientation des patients qui sont hospitalisés en dehors des urgences).**

Le nombre de passages aux urgences (**colonne A**) pour l'année inclut l'ensemble des arrivées ayant donné lieu à une mobilisation de ressources pour des soins (arrêté du 24 juillet 2013). Il inclut donc tous les passages aux urgences, y compris ceux ayant donné lieu à un séjour en UHCD.

Si le dossier d'un patient a seulement été enregistré, sans suites (le patient est reparti avant d'être vu, ou encore a été immédiatement dirigé vers une autre unité de soins), il ne faut pas le comptabiliser. Sont exclues également les prises en charge dans des structures non autorisées pour les urgences générales ou pédiatriques, ou spécialisées dans la prise en charge en urgence de certaines pathologies uniquement (mains, ophtalmologie, dentaire, etc.).

Pour les patients hospitalisés en dehors des urgences à la suite de leur passage aux urgences, il est demandé de répartir leur nombre selon le type de service d'hospitalisation :

- **Colonne B** lorsque le patient est hospitalisé en MCO, dans la même entité juridique, hors UHCD seules, c'est-à-dire avec retour à domicile au décours ;
- **Colonne C** lorsque le patient est hospitalisé en SSR, psychiatrie ou USLD, dans la même entité juridique ;
- **Colonne E** lorsque le patient est hospitalisé en HAD, dans la même entité juridique ;
- **Colonne D** lorsque le patient est hospitalisé dans une autre entité juridique.

En pratique, ces informations peuvent être estimées à partir du système d'information de l'établissement, notamment le RPU et le PMSI :

- La colonne B peut être approchée par les modes de sortie et destinations <6><1>, en retirant les passages en UHCD avec retour à domicile au décours, ou ayant conduit à une hospitalisation en SSR, psychiatrie, USLD ou HAD dans la même entité juridique, ou à une hospitalisation dans une autre entité juridique ;
- La colonne C peut être approchée par les modes de sortie et destinations <6><2>, <6><4> et <6><3> ; la colonne E par le mode de sortie et destination <8><6> ; la colonne D par le mode de sortie <7> quel que soit le code pour la destination. Pour chacune de ces 3 colonnes, il faut ajouter le nombre de passages ayant transité par l'UHCD.

Les admissions en UHCD avec retour à domicile au décours ne sont pas comptabilisées en colonne B. En revanche, l'admission en UHCD suivie d'une hospitalisation en MCO dans la même entité juridique doit être comptabilisée en colonne B. Il en est de même en colonne C (ou respectivement colonne E ou D) pour les hospitalisations en psychiatrie, SSR ou USLD (ou respectivement en HAD ou dans une autre entité juridique) après une admission en UHCD.

Les mêmes questions sont posées (total des passages et orientation des patients hospitalisés) pour les patients âgés de plus de 80 ans (ATTENTION, l'âge seuil a changé par rapport aux années précédant la refonte en 2013, où étaient demandées les données pour les plus de 75 ans) et les enfants et adolescents de moins de 18 ans.

**Case A21 : Nombre de lits dans l'unité d'hospitalisation de courte durée.** Ne doivent pas être comptés les boxes destinés aux examens et aux soins (cf. organisation des locaux des urgences, décrite à article D.6124-22 du code de la santé publique (décret 2006-577)).

### **Case B21 : Nombre de journées-lits exploitables.**

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

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

- Les indisponibilités pour travaux ou désinfection : un lit qui ne peut recevoir de patient pour cette raison ne peut plus être comptabilisé dans les « journées-lits exploitables » pendant toute la durée d'indisponibilité. Ainsi, un lit dont l'exploitation aura été suspendue pour cause de travaux pendant 45 jours ne fournira que 320 (ou 321) « journées-lits exploitables » dans l'année.
- Le cas particulier de patients qui ont besoin d'isolement (patient contagieux par exemple) : lorsque l'isolement d'un patient induit la transformation d'une chambre double en chambre simple, le lit ainsi inutilisé n'est plus compté dans les « journées-lits exploitables ».



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

**Cases C21 à E21** : Séjours avec au moins un passage dans l'unité médicale '07A'. Le nombre de journées correspond à celles effectuées au sein de l'unité médicale '07A'.

**Case A22 : Suivi des temps d'attente et de passage**, par exemple à partir du système d'information du service des urgences.

**Case A23 : Revue de mortalité et morbidité (RMM)**. Indiquer si de telles réunions sont organisées par l'équipe médicale du service des urgences. Il s'agit d'indicateurs de qualité des pratiques organisationnelles mises en place dans les services.

## ACTIVITÉ DE LA STRUCTURE DES URGENCES PÉDIATRIQUES

Les informations demandées sont globalement identiques à celles des urgences générales, cette fois pour les établissements autorisés en urgences pédiatriques. L'unité médicale prise en compte est typée en '07B' dans le recueil PMSI. Ne renseigner cette partie que si l'établissement a une autorisation en urgences pédiatriques.

**Cases A24 et A25 : Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année**. Les mêmes règles que pour les cases A14 et A15 s'appliquent dans le service de pédiatrie. Les consultations de pédiatrie ou encore l'activité réalisée en maternité ne doivent pas être prises en considération dans le présent décompte.

**Case A27 : Soignant d'accueil et d'orientation (IAO et MAO)**. Les mêmes règles que pour la case A17 s'appliquent pour l'accueil aux urgences pédiatriques.

## PERSONNEL DE LA STRUCTURE DES URGENCES

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 équivalents temps plein travaillés (ETP\_T) du personnel salarié et les effectifs des libéraux sont ceux ayant contribué à l'activité (passages et UHCD), 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 la structure des urgences, 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.

Pour les médecins et le personnel non médical qui partagent leur temps entre la structure d'urgence et d'autres activités (SMUR, SAMU ou autres), compter en ETP\_T la fraction de leur temps (valeur estimée) consacrée à la structure d'urgence et répondre OUI dans la **colonne D**.

**Ligne 34** : Isoler les personnels d'encadrement. Lorsque ceux-ci sont des infirmiers DE, avec ou sans spécialisation, pour ne pas avoir de double compte, ne pas les compter dans le total de la ligne suivante.

**Cases D30 à D39** : On parle de mutualisation des équipes et des compétences si tout ou partie du personnel partage son activité entre SU et SAMU et/ou SMUR. Elle peut prendre diverses formes. Ici les questions concernent le partage entre le SU (y compris l'UHCD) et le SMUR.

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

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

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

**Cases E30 à E39** : Mutualisation adjointe et/ou conjointe. Mutualisation adjointe : activité d'un professionnel (exemple : régulateur AMU, SMUR, urgentiste) partagée entre la structure d'urgences et le SAMU et/ou le SMUR alternativement (par exemple, un jour sur un poste, l'autre jour sur un autre poste, les différentes activités étant donc sur des plages horaires différentes).

Mutualisation conjointe : activité d'un professionnel (exemple : SMUR, urgentiste) partagée entre la structure d'urgences et le SAMU et/ou le SMUR simultanément pendant la même plage horaire.

Les deux : si l'activité des professionnels se distribue entre mutualisation adjointe et conjointe.

## SMUR ET SAMU (1/2)

### Sur le site géographique, disposez-vous d'une implantation de SMUR ?

Si oui, s'agit-il d'une autorisation de SMUR général ?

Saisonnier ?

Si oui, s'agit-il d'une autorisation de SMUR pédiatrique ?

Si oui, avez-vous une autorisation d'antenne SMUR ?

Saisonniers ?

A1	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A2	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A3	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A4	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A5	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A6	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A7	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Si oui, FINESS de l'entité juridique détentrice de l'autorisation de SMUR :

B5

Numéro FINESS

Disposez-vous au sein de votre établissement d'un SAMU ?

### Activité du SMUR (en prenant en compte adultes et enfants)

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année :

Médecins :

IDE (infirmier diplômé d'état) avec ou sans spécialisation :

Ambulancier (ou faisant fonction) :

A8	
A9	
A10	

Moyens de transports dont le SMUR est propriétaire ou mis à disposition pour l'activité de SMUR		Nombre
Ambulances	B8	
Véhicules légers	B9	
Moyens aériens	B10	
Moyens maritimes	B11	

### Ensemble des sorties des U.M.H. (Unité Mobile Hospitalière) - SMUR

			Nombre
Sorties terrestres	Sorties terrestres primaires	A11	
	Sorties terrestres secondaires	A12	
	Sorties terrestres dans le cadre de transports infirmiers inter-hospitalier	A13	
Sorties aériennes	Sorties aériennes primaires	A14	
	Sorties aériennes secondaires	A15	
Sorties maritimes		A16	
<b>Nombre total de sorties dans l'année</b>			<b>A17</b>

### Sorties primaires (y compris maritimes)

			Nombre
Sorties primaires non suivies de transport médicalisé par le SMUR	<b>Total des sorties primaires non suivies de transport médicalisé</b>	A18	
	Patients décédés	A19	
	Patients laissés sur place (refus d'évacuation)	A20	
	Patients traités sur place	A21	
	Patients transportés à l'hôpital par un moyen non médicalisé	A22	
Répartition des patients transportés dans le cadre de sorties primaires	<b>Total des patients transportés par le SMUR vers un établissement de soins (quel que soit le véhicule)</b>	A23	
	dont patients de moins de 18 ans	A24	
	dont patients de plus de 80 ans	A25	
	dont patients transportés vers l'établissement siège du SMUR	A26	
	dont patients transportés d'emblée vers un autre établissement	A27	

### Régulation et activité du SAMU

#### Nombre d'appels :

présentés

non décrochés, mais raccrochés par l'appelant en moins de 15 secondes

décrochés

décrochés en moins d'une minute

A28	
A55	
A29	
A30	

#### Nombre de Dossiers de Régulation :

Dont nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM) :

Dont nombre de DRM effectués par des médecins libéraux rémunérés par l'assurance maladie :

A31	
A32	
A33	

#### Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année pour la régulation :

- Médecins régulateurs (hors internes)

- dont médecins régulateurs hospitaliers participant à l'AMU

- dont médecins régulateurs libéraux rémunérés par l'assurance maladie

- ARM (Assistant de régulation médicale)

A34	
A35	
A36	
A37	

#### Organisation du SAMU

Numéro spécifique pour la médecine libérale ?

Nombre de médecins correspondants de SAMU (MCS) libéraux :

Nombre de médecins correspondants de SAMU (MCS) salariés :

A39	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A40	
A54	

Nombre de carences ambulancières :

A41	
-----	--

Plateforme commune SAMU-SDIS (unité de lieu) :

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

**SMUR ET SAMU (2/2)**

**Personnels affectés au SMUR et au SAMU, contribuant à l'activité décrite (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)**

	code SAE		SMUR			SAMU	
			ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	Ce personnel est-il commun avec celui de la structure d'urgences ?	ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12
			H	I	D	J	K
<b>Médecins (hors internes)</b>	<b>M1000</b>	<b>43</b>			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
Dont médecins régulateurs		<b>44</b>			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
Dont pédiatres	<b>M1140</b>	<b>45</b>			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
<b>Personnel non médical</b>	<b>N9999</b>	<b>46</b>			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
Dont cadres de santé	<b>N2120</b>	<b>47</b>			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
Dont infirmiers DE avec ou sans spécialisation (exemples : IDE, puéricultrices, IADE) mais hors encadrement	<b>N2200</b> <b>N2300</b>	<b>48</b>			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
Dont aides-soignants	<b>N2500</b>	<b>49</b>					
Dont assistants de régulation médicale (ARM)	<b>N1210</b>	<b>56</b>			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
Dont secrétaires	<b>N1210</b>	<b>57</b>			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
Dont ambulanciers	<b>N5140</b>	<b>53</b>			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		

# SMUR-SAMU

## PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce questionnaire porte sur l'organisation et l'activité de deux modalités de la médecine d'urgence, le SAMU et le SMUR. Les antennes SMUR sont également concernées par ce bordereau.

## QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques qui ont une activité autorisée de SMUR ou de SAMU. Les antennes SMUR répondent pour elles-mêmes.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A17 du bordereau FILTRE (SAMU ou SMUR ou antenne SMUR).

## REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décrets n°2006-576 et 2006-577 relatifs à la médecine d'urgence et à ses conditions techniques de fonctionnement.

Circulaire DHOS/01 n°2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.

Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 – art.179.

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

## NOUVEAUTES SAE 2022

Dans le personnel concourant à l'activité (PCA), les assistants de régulation médicale (ARM) sont désormais distingués des secrétaires.

## STRUCTURE MOBILE D'URGENCE ET DE RÉANIMATION (SMUR)

**Les premières questions concernent le type d'autorisation détenue.**

**Cases A1 à A6 :** Précisez s'il s'agit d'une autorisation générale ou pédiatrique et si elle est saisonnière ou non. Dans le cas d'une antenne SMUR (**case A5**), c'est l'antenne elle-même qui doit déclarer l'activité. En général, un établissement géographique dispose soit de l'autorisation de SMUR général et/ou pédiatrique, soit de l'autorisation d'antenne SMUR, pas les deux à la fois.

**Case B5 :** Dans le cas d'une antenne SMUR (réponse 'OUI' à la case A5), indiquer le numéro FINESS de l'entité juridique détentrice de l'autorisation de médecine d'urgence (article R. 6123-1 du CSP).

**Les questions sur l'activité prennent en compte, sans les distinguer, l'activité des SMUR générale et spécialisée (pédiatrique) et des antennes SMUR.**

**Cases A8, A9 et A10 :** Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année.

Il convient d'indiquer :

- pour les médecins, le temps clinique posté défini dans l'Instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 ;
- pour les infirmiers DE, avec ou sans spécialisation et les ambulanciers, le cumul annuel du nombre d'heures dédiées à l'activité de SMUR.

Dans les deux cas, il faut comptabiliser le nombre d'heures postées par semaine, c'est-à-dire un multiple de  $24 \times 7 = 168$  heures. Ainsi, si vous avez x postes de médecins postés 24h/24 et 365 jours par an, il faut compter  $x \times 24 \times 7$  pour une semaine. Par exemple, si votre organisation repose sur deux médecins présents en permanence au SMUR 24 heures sur 24, et un médecin en renfort en journée toute la semaine, sur une période de 12h par jour, alors vous devez déclarer  $2 \times (24 \times 7) + 1 \times (12 \times 7) = 420$  heures hebdomadaires postées. Cette information peut ainsi être mise en relation avec l'activité de soins réalisée. Le temps de présence non clinique pourra être déduit à partir des données en équivalent temps plein de personnels affectés au SMUR.

Le nombre d'heures de présence clinique dédiée à l'activité de SMUR correspond au temps de travail dévolu à cette activité. Il s'agit du temps de présence destiné aux soins exclusivement réalisés au SMUR, que ce soit en cas d'activité exclusive au SMUR (équipe distincte, mutualisation adjointe) ou en cas d'activité partagée entre le SMUR et les urgences (mutualisation conjointe). Dans la seconde situation, le temps qui est consacré à l'activité d'accueil et de traitement des urgences doit être comptabilisé avec les heures postées réalisées aux urgences, à renseigner dans le bordereau URGENCES. Le reste du temps, consacré à l'activité du SMUR, doit être comptabilisé avec les heures postées réalisées au SMUR.

Le cumul annuel comprend l'ensemble du personnel médical, infirmier DE avec ou sans spécialisation, ambulancier, ayant contribué à l'activité de SMUR, que ces personnels soient affectés au SMUR ou y exercent une part de leur activité. Pour les médecins, il s'agit des praticiens hospitaliers, des assistants, des attachés, des hospitalo-universitaires, de médecins libéraux, de médecins intérimaires ; les internes et étudiants en médecine ne sont pas compris dans ce décompte. Pour les infirmiers, il s'agit des infirmiers diplômés d'État et des infirmiers DE intérimaires. Pour les ambulanciers, sont aussi décomptés ceux qui font fonction. Les ambulanciers mis à disposition par le SDIS (service départemental d'incendie et de secours) doivent être comptabilisés si ceux-ci sont entièrement dédiés à l'activité du SMUR.

Rappelons qu'une équipe d'intervention du SMUR comprend, en principe, au moins un médecin, un infirmier DE et un conducteur ou pilote.

**Cases B8 à B11 :** Moyens de transport terrestres, maritimes ou aériens qui sont utilisés dans le cadre de l'activité du SMUR de l'établissement. Ces moyens de transport peuvent appartenir en propre à l'établissement ou peuvent être mis à disposition de l'établissement par voie de convention passée avec un organisme public ou privé (par exemple grâce à la location d'un hélicoptère à l'année). Les hélicoptères partagés entre deux établissements doivent être comptés sans doublon. Il est préférable, dans ce cas, de déclarer l'hélicoptère sur le site où l'activité est la plus importante.

Les véhicules, et les ambulanciers, mis à disposition par le SDIS (service départemental d'incendie et de secours) doivent être comptabilisés si ceux-ci sont entièrement dédiés à l'activité du SMUR.

En revanche, les billets d'avion pour rapatrier un malade ne doivent pas être comptabilisés, même s'ils permettent une contrepartie financière.

**Cases A11 à A17 : Ensemble des sorties.** On recense ici l'activité des établissements SMUR ou des antennes SMUR séparément. Comme pour les cases A5 et B5, dans le cas d'une antenne SMUR c'est l'antenne elle-même qui doit déclarer l'activité.

Dans le cadre de l'aide médicale urgente, les équipes d'interventions SMUR sont des équipes hospitalières médicalisées (présence d'un médecin au sein de l'équipe) qui sont mobilisées sur régulation du service d'aide médicale urgente (SAMU).

La structure mobile d'urgence et de réanimation a pour mission :

- d'assurer en permanence, « en tous lieux » et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, le transport de ce patient vers un établissement de santé, jugé adapté à leur état, après régulation par le SAMU ;
- d'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet.

Les différents types de sorties sont définis ainsi :

- Sortie SMUR : mobilisation d'une équipe d'intervention SMUR pour l'exercice de ses missions, déclenchée et coordonnée par le SAMU. Il peut s'agir d'une intervention SMUR terrestre, aérienne ou maritime selon le mode de transport utilisé ;
- Sortie primaire (cases A11 et A14) : mobilisation d'une équipe d'intervention SMUR pour la prise en charge, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé, d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation et ne se trouvant pas déjà admis au sein d'un établissement de santé (domicile, lieu de travail, métro, etc.) ;
- Sortie secondaire (cases A12 et A15) : mobilisation d'une équipe d'intervention SMUR en vue du transfert entre deux établissements de santé (au sens d'établissements géographiques différents) d'un patient déjà admis au sein d'un établissement de santé et nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet. Les transferts réalisés entre deux établissements géographiques différents de la même entité juridique doivent également être comptabilisés comme des sorties secondaires.

Concernant la mobilisation du SMUR pour une prise en charge au sein de l'établissement où le SMUR est implanté :

- Si la personne prise en charge requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et si elle n'est pas déjà admise dans l'établissement (visiteur, professionnel...), il s'agit d'une sortie primaire, qui doit être comptabilisée comme telle ;
- Si la personne prise en charge est un patient déjà admis dans l'établissement (même établissement géographique que le SMUR), cette prise en charge est réalisée dans le cadre de la continuité des soins. Cette intervention ne doit pas être comptabilisée dans l'activité SMUR.

Pour l'exercice de leurs missions, les équipes d'intervention SMUR peuvent utiliser un moyen de transport terrestre, maritime ou aérien. Les sorties de SMUR utilisant, au moins pour partie, un hélicoptère ou un avion sont décomptées dans les sorties aériennes. Les sorties de SMUR utilisant un bateau sont décomptées dans les sorties maritimes.

Les interventions annulées en cours de route et interventions sans transport SMUR de patients doivent être comptées.

**Case A13 :** Les transferts infirmiers inter-hospitaliers (TIH) n'entrent pas dans le cadre de l'activité de SMUR (car absence d'un médecin au sein de l'équipe). Néanmoins, certains services de SMUR mettent à disposition leurs moyens humains (ex : infirmier, ambulancier) ou matériels (ex : véhicules) pour l'activité de TIH. N'étant pas une activité de SMUR, le nombre d'interventions TIH en A13 ne doit pas être comptabilisé en A12.

**Cases A18 à A27 : Sorties primaires.** Sont distinguées les sorties primaires sans transport de patients de celles avec transport de patients vers un établissement de santé.

**Cases A18 à A22 : Total des sorties primaires non suivies de transport SMUR** vers un établissement de soins (quelle que soit la raison de l'absence de transport SMUR). Ces sorties peuvent concerner plusieurs patients. Le total n'est donc pas nécessairement égal à la somme des patients détaillée ensuite. Les sorties blanches, interventions annulées en cours de route, sont à comptabiliser. La raison pour laquelle la sortie primaire n'a pas été suivie d'un transport médicalisé doit être renseignée, en décomptant les cas où :

- les patients sont décédés ;
- les patients ont été laissés sur place car ils ont refusé d'être évacués ;
- les patients ont été traités sur place (ils ont bénéficié de soins sur place) et il n'était pas nécessaire de les emmener vers un établissement de soins (absence d'indication médicale au transport) ;
- les patients ont été transportés vers un établissement de soins par un moyen autre que le SMUR (secouristes, sapeurs-pompiers, véhicule particulier, taxi, ambulance privée).

**Cases A23 à A27 : Nombre total de patients transportés par le SMUR** vers un établissement de soins à l'issue d'une intervention SMUR primaire, quel que soit le type de véhicule utilisé par l'équipe du SMUR (terrestre, maritime ou aérien). Ce nombre doit être réparti d'une part selon l'âge (**cases A24 et A25**), d'autre part selon l'établissement de destination (siège du SMUR ou autre, **cases A26 et A27**).

Dans le cas de blessés multiples avec sorties conjointes de SMUR de différents établissements, seuls sont comptés les patients transportés par le SMUR enquêté.

## SERVICE D'AIDE MÉDICALE URGENTE - RÉGULATION DES APPELS (SAMU)

**Case A7 : Présence d'un SAMU au sein de l'établissement**

**Cases A28, A55, A29 et A30 : Nombre d'appels présentés et décrochés.** Nombre d'appels dans l'année, qu'ils soient enregistrés ou non. La précision suivante est demandée :

- **Appels présentés :** Appels entrants en mesure d'être pris en charge par le Samu-Centre 15. Ils peuvent être décrochés par un ARM (assistant de régulation médicale) ou traités automatiquement par un serveur vocal interactif. Les appels présentés comprennent les appels pour bilan et les appels non décrochés.
- **Appels présentés, non décrochés, mais raccrochés par l'appelant en moins de 15 secondes :** Parmi les appels présentés, ne compter que les appels qui n'ont pas été pris en charge et qui ont été raccrochés par l'appelant en moins de 15 secondes.
- **Appels décrochés :** Appels présentés qui ont été pris en charge par une personne physique (essentiellement ARM).
- **Appels décrochés en moins de 1 minute.**

**Case A31 : Nombre de dossiers de régulation.** Tout appel décroché doit conduire à l'ouverture d'un dossier. Parmi l'ensemble des dossiers créés, est qualifié de « dossier de régulation » (DR) celui qui regroupe l'ensemble des informations collectées, des mesures prises et du suivi assuré, suite à une information à caractère médical, médico-social ou sanitaire, portée à la connaissance du centre de réception et de régulation des appels (exemples : recherche d'une pharmacie de garde suite à une prescription médicale, trouble du sommeil, problème social réorienté vers le 115, recherche du dentiste de garde, information du centre de traitement de l'alerte CTA/Codis sans problème de santé). Ne sont pas comptabilisés les appels et situations qui ne sont pas en rapport avec un problème médical, médico-social ou sanitaire (faux appels, appels administratifs, appels raccrochés sans réponse, tonalité de fax, malveillance, canulars, erreurs de numéro, erreurs d'acheminement, appels personnels, plus ceux non liés à une demande d'assistance).

**Case A32 : Nombre de dossiers de régulation médicale (DRM) ouverts dans l'année.** Tout appel concernant un patient reçu au centre de régulation médicale conduit à l'ouverture d'un dossier de régulation médicale, dès lors que le dossier de régulation (DR) a bénéficié d'un acte de régulation médicale par application des règles spécifiées dans le règlement intérieur du SAMU. Tout dossier pour lequel le médecin régulateur a été informé à un moment de son traitement est considéré comme ayant bénéficié d'un acte de régulation médicale. Un seul dossier est ouvert pour chaque patient, même en cas d'appels multiples. Le nombre de DRM est donc inférieur au nombre de DR.

**Case A33 : Nombre de dossiers de régulation médicale (DRM) réalisés par des médecins libéraux rémunérés par l'Assurance Maladie.** Nombre de DRM traités par les médecins libéraux quand ils sont rémunérés par l'Assurance Maladie dans le cadre de la régulation libérale. Sont donc exclus les DRM traités par les médecins hospitaliers ainsi que ceux traités par des médecins libéraux employés par l'établissement (en tant qu'attaché par exemple) sans versement de forfait de régulation par l'Assurance Maladie.

**Cases A34 à A37 : Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année pour la régulation.** Nombre d'heures de présence, en moyenne sur une semaine, soit le cumul annuel du nombre d'heures de présence en régulation, pour les médecins comme pour les assistants de régulation médicale, rapporté par semaine. Il faut comptabiliser le nombre d'heures postées par semaine, c'est-à-dire un multiple de  $24 \times 7 = 168$  heures. Par exemple, si deux médecins (ou ARM) sont présents 24 heures sur 24 toute la semaine, il faut renseigner  $2 \times (24 \times 7) = 336$  heures postées hebdomadaires. Ce nombre d'heures est demandé :

- pour l'ensemble des médecins régulateurs, en distinguant ceux qui participent à l'aide médicale urgente (AMU) des médecins libéraux rémunérés par l'Assurance Maladie ;
- pour les assistants de régulation médicale (ARM).

Pour les médecins régulateurs hospitaliers participant à l'AMU (case A35), le nombre d'heures postées peut être comptabilisé comme le temps clinique posté défini dans l'Instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015.

**Case A39 :** Existence d'un numéro spécifique pour la médecine libérale.

**Cases A40 et A54 : Nombre de médecins correspondants du SAMU (MCS) libéraux et salariés.** Nombre de médecins libéraux et salariés formés à l'urgence et reconnus par les ARS. Les médecins correspondants du SAMU (MCS) sont des professionnels médicaux, formés à l'urgence vitale. Ils ont signé un contrat avec le SAMU et agissent sur demande de régulation médicale. Pour plus de détail, se reporter au guide : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_MCS\\_31-07-13.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf).

**Case A41 : Nombre de carences ambulancières.** Les carences ambulancières sont définies par le nombre d'interventions par les SDIS (sapeurs-pompiers) à la demande de la régulation médicale du Centre 15, lorsqu'elle constate le défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés. Cette prise en charge est à la charge de l'hôpital (article 124 de la Loi 2002-276 du 27 février 2002 (14) complète l'article L.1424-42 du Code Général des Collectivités Territoriales).



## PERSONNEL DU SMUR ET DU SAMU AYANT CONCOURU À L'ACTIVITÉ DÉCRITE

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 équivalents temps plein travaillés (ETP\_T) du personnel salarié et les effectifs des libéraux sont ceux ayant contribué à l'activité (sorties, réponses aux appels et régulations), 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, qu'ils soient ou non affectés au SAMU ou au SMUR.

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

Pour les médecins **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 H et J** : ETP travaillés (ETP\_T) des personnels **salariés**, en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de SMUR et de SAMU, 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 et K** : Effectifs physiques des **libéraux** présents au 31 décembre, quel que soit le temps passé à travailler dans l'établissement.

Pour les médecins et le personnel non médical qui partagent leur temps entre le SMUR et la structure d'urgence (voire le SAMU), compter en ETP\_T leur fraction de temps estimée consacrée au SMUR et répondre OUI dans la **colonne D**.

**Ligne 47** : Isoler les personnels d'encadrement. Lorsque ceux-ci sont des infirmiers DE, avec ou sans spécialisation, pour ne pas avoir de double compte, ne pas les compter dans le total de la ligne suivante.

**Lignes 56** : Isoler les assistants de régulation médicale (ARM).

**Ligne 57** : Isoler les secrétaires.

**Cases D43 à D53** : La mutualisation des équipes et des compétences consiste à ce qu'un même professionnel puisse partager son temps en alternance entre SU, SAMU et SMUR. Elle peut prendre diverses formes. Ici, les questions concernent le partage entre le SU (y compris l'UHCD) et le SMUR.

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

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

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

## RÉANIMATION, SURVEILLANCE CONTINUE ET SOINS INTENSIFS

(yc réa, USIC, SC dédiés de chirurgie cardiaque, SI de l'UNV MAIS HORS néonatalogie et grands brûlés)

### Equipement et activité

		Unités de réanimation ADULTES	Unités de réanimation ENFANTS (hors néonatalogie)
		A	B
Nombre de lits installés au 31/12	1		
Journées lits-exploitable	2		
Nombre de séjours	3	PMSI	PMSI
Nombre de passages	4	PMSI	PMSI
dont nombre de passages de 0 jour	5	PMSI	PMSI
Nombre de journées	6	PMSI	PMSI
% entrées en provenance d'autres entités juridiques	7	PMSI	PMSI
IGS 2 médian	8	PMSI	
Nombre de séjours de patients âgés de 80 ans et plus	9	PMSI	

		SOINS INTENSIFS (quel que soit l'âge hors néonatalogie)			TOTAL Soins intensifs (hors néonatalogie) (calculé)
		USIC	SI de l'UNV	Autres SI	
		A	B	C	
Nombre de lits installés au 31/12	10				
dont nombre de lits à proximité de la réanimation (unités accolées ou intégrées)	36				
Journées lits-exploitable	11				
Nombre de séjours	12	PMSI	PMSI	PMSI	
Nombre de journées	13	PMSI	PMSI	PMSI	

		SURVEILLANCE CONTINUE ADULTES	SURVEILLANCE CONTINUE ENFANTS
		A	B
Nombre de lits installés au 31/12	14		
dont nombre de lits à proximité de la réanimation (unités accolées ou intégrées)	37		
Journées lits-exploitable	15		
Nombre de séjours	16	PMSI	PMSI
Nombre de journées	17	PMSI	PMSI

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

Si le personnel est mutualisé entre unités et SI, faire une règle de trois en fonction du temps passé

			Unités de réanimation		SOINS INTENSIFS (quel que soit l'âge, hors néonatalogie)			Surveillance continue	
			Adultes	Enfants (hors néonatalogie)	USIC	SI de l'UNV	Autres SI	Adultes	Enfants
			A	B	C	D	E	F	G
<b>Médecins (hors internes) :</b> réanimateurs, pédiatres réanimateurs, anesthésistes réanimateurs, cardiologues pour les USIC, neurologues pour les SI-UNV, Autres médecins ... (M1000)	ETP annuels moyens des salariés	38							
	Effectifs des libéraux au 31/12	39							
<b>Infirmiers DE avec spécialisation et personnels d'encadrement infirmiers</b> (code SAE : N2120, N2300)	ETP annuels moyens des salariés	40							
	Effectifs des libéraux au 31/12	41							
<b>Infirmiers DE sans spécialisation</b> (code SAE : N2200)	ETP annuels moyens des salariés	42							
	Effectifs des libéraux au 31/12	43							
<b>Aides-soignants</b> (code SAE : N2500)	ETP annuels moyens des salariés	44							
	Effectifs des libéraux au 31/12	45							
<b>Masseurs kinésithérapeutes</b> (code SAE : N2130, N2410)	ETP annuels moyens des salariés	46							
	Effectifs des libéraux au 31/12	47							
<b>Autre personnel non médical</b>	ETP annuels moyens des salariés	46							
	Effectifs des libéraux au 31/12	47							

## **Réanimation, surveillance continue et soins intensifs**

**(y compris réa,USIC, SC dédiés de chirurgie cardiaque, SI de l'UNV  
MAIS HORS néonatalogie et grands brûlés)**

### **PRINCIPES DU BORDEREAU**

Ce bordereau concerne la description des unités de réanimation adultes et enfants, de réanimation pédiatrique spécialisée, des unités de soins intensifs adultes (pour la plupart spécialisées) et des unités de surveillance continue adultes et enfants, obéissant aux textes réglementaires de 2006.

Les soins intensifs de cardiologie et ceux des unités neuro-vasculaires, soumis aux mêmes conditions générales de fonctionnement, doivent en faire partie en raison de leurs liens étroits avec des activités de soins complémentaires.

N'en sont exclus que la réanimation et les soins intensifs de néonatalogie qui, faisant partie intégrante de l'autorisation octroyée en périnatalité, est à ce titre décrite dans le bordereau correspondant, et celle des grands brûlés, également indissociable de l'autorisation d'activité et par conséquent décrite dans le bordereau particulier dédié à cette prise en charge.

Les objectifs de ce bordereau sont :

- Disposer d'une vision plus fine de l'offre de soins (par rapport à celle précédant la refonte de l'enquête pour les données 2013), en particulier de la diversité des soins intensifs (pour la plupart spécialisés) et de la répartition des réanimations pédiatriques spécialisées.
- Mieux décrire l'organisation graduée des trois niveaux de soins et préciser la place qu'occupe chaque établissement dans le dispositif, en identifiant notamment les transferts entre établissements.
- Disposer d'informations sur le personnel, en précisant les qualifications médicales impliquées.

Les données d'activité sont obtenues à partir des données du PMSI, sur la base d'unités médicales spécifiques à cette activité.

### **QUI REMPLIT LE BORDEREAU**

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques qui ont une activité autorisée de réanimation, soins intensifs ou surveillance continue.

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

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question du bordereau FILTRE dans le bloc A : A31 (réanimation, soins intensifs et surveillance continue).

### **REFERENCES REGLEMENTAIRES**

Décrets n°2002-465 et 466 du 5 avril 2002 (modifié par le décret n°2007-133 du 30 janvier 2007) et la circulaire d'application n°DHOS/SDO/2003/413 du 27 août 2003, relatifs à la réanimation, aux soins intensifs et à la surveillance continue.

Décret n°2006-72 du 24 janvier 2006 relatifs à la réanimation pédiatrique et sa circulaire d'application n°DHOS/O/2006/396 du 8 septembre 2006.

## ÉQUIPEMENT ET ACTIVITÉ

Les établissements titulaires d'une autorisation de réanimation et disposant d'une ou plusieurs unités de surveillance continue (USC) et/ou d'une ou plusieurs unités de soins intensifs (SI) sur leur site peuvent disposer de lits d'USC et/ou de lits de SI « à proximité immédiate » de l'unité de réanimation, qui sont désormais à distinguer de ceux qui en sont « à distance ». La notion de « proximité immédiate » s'entend comme suit : dans le même bâtiment que l'unité de réanimation (au même niveau ou à un autre niveau) ou le cas échéant dans un bâtiment très voisin.

### **Lignes 1, 10 et 14 : Nombre de lits**

Pour chaque catégorie d'unités dont dispose l'établissement (voir les définitions réglementaires ci-dessous), décrire le nombre de lits au 31 décembre en état d'accueillir des malades. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes.

Lorsque la fermeture de lits est de très courte durée (quelques jours), ces lits peuvent être comptabilisés, mais uniquement en cas de travaux ou désinfection.

Le nombre de lits ne doit pas comprendre les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

**Ligne 36** : Nombre de lits installés au 31 décembre en unité de soins Intensifs (SI) et qui sont « à proximité immédiate » de l'unité de réanimation (voir définition ci-dessus).

**Ligne 37** : Nombre de lits installés au 31 décembre en unité de surveillance continue (USC) et qui sont « à proximité immédiate » de l'unité de réanimation (voir définition ci-dessus).

### **Lignes 2, 11 et 15 : Nombre de journées-lits exploitables**

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

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

- Les indisponibilités pour travaux ou désinfection : un lit qui ne peut recevoir de patient pour cette raison ne peut plus être comptabilisé dans les « journées-lits exploitables » pendant toute la durée d'indisponibilité. Ainsi, un lit dont l'exploitation aura été suspendue pour cause de travaux pendant 5 jours ne fournira que 360 (ou 361) « journées-lits exploitables » dans l'année.
- Le cas particulier de patients qui ont besoin d'isolement (patient contagieux par exemple) : lorsque l'isolement d'un patient induit la transformation d'une chambre double en chambre simple, le lit ainsi inutilisé n'est plus compté dans les « journées-lits exploitables ».

### **Définitions réglementaires :**

« Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance. » (article R6123-33 du CSP)

Les réanimations ne peuvent être autorisées que si l'établissement possède par ailleurs une unité de surveillance continue, elle aussi polyvalente.

« La réanimation pédiatrique a pour mission le traitement des détresses vitales les plus fréquentes des nourrissons, enfants et adolescents de moins de 18 ans ; elle assure également la réanimation postopératoire des enfants de la chirurgie pédiatrique et, le cas échéant, de la chirurgie néonatale. » (article R6123-38-3 du CSP)

Les unités de réanimation « enfants », conformément à la définition réglementaire, correspondent aux unités accueillant des nourrissons, enfants et adolescents de moins de 18 ans.

« La surveillance continue (article D.6124-117 du CSP) est pratiquée dans les établissements de santé comprenant une ou (exceptionnellement) plusieurs unités (si la taille de l'établissement le justifie) organisées pour prendre en charge des malades qui nécessitent, en raison de leur état ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique. Ces unités ne sont pas soumises à autorisation mais font, elles aussi, l'objet d'une reconnaissance contractuelle inscrite dans le CPOM. »

« La surveillance continue pédiatrique a pour mission de prendre en charge les nourrissons, enfants et adolescents qui nécessitent une surveillance rapprochée ou continue en raison d'un risque de défaillance d'un ou de plusieurs organes ne nécessitant pas la mise en œuvre de méthode de suppléance. La surveillance continue pédiatrique est médicale et chirurgicale. » (article R6123-38-7)

« Les soins intensifs (article D.6124-104 du CSP) sont pratiqués dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées pour prendre en charge des patients qui présentent ou qui sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance. Ils doivent être encadrés par des spécialistes de la discipline correspondant à l'organe (exemple :USIC encadrée par des cardiologues, SI-UNV par des neurologues, USIP par des pneumologues, etc.). Ils ne sont pas soumis à autorisation mais font l'objet d'une reconnaissance contractuelle inscrite dans le CPOM. »

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

**Lignes 3, 4, 5 et 6** : Est décrite l'activité en unités de réanimation adultes (code unité médicale (UM) dans le PMSI 01A) et enfants (UM 13A). Les nombres de séjours et journées correspondants sont calculés lignes 3 et 6. Le nombre de journées associées est égal à la somme des durées de séjour partiel dans ces unités de réanimation (retenir uniquement les journées que le patient passe dans cette UM). On s'intéresse également au nombre de passages, dont les passages de 0 jour (lignes 4 et 5). En effet, il peut y avoir plusieurs passages dans ces unités par séjour (*i.e.* réadmission) et l'hospitalisation des patients dans ces unités ne représente le plus souvent pas la totalité du séjour hospitalier.

Ces données sont complétées par d'autres éléments cherchant à caractériser les flux et les caractéristiques des patients accueillis.

**Ligne 7** : Pour les unités de réanimation adultes et pédiatrique, il s'agit de connaître le pourcentage d'entrées en provenance d'autres entités juridiques (un pourcentage élevé de transferts témoignant d'un rôle de recours).

**Lignes 8 : IGS2 médian (indice de gravité simplifié) observé sur l'ensemble des séjours**

Pour les réanimations adultes, ce score, dont les paramètres sont colligés dans les 24 heures suivant l'admission, témoigne de la gravité de l'état d'un patient et de la charge de travail en rapport avec celle-ci. Enregistré dans le RUM (résumé d'unité médicale), il permet de valoriser l'activité de réanimation (au-dessus de 15, il donne lieu à un forfait réanimation). L'ensemble des valeurs attribuées à chaque passage dans l'UM permet de calculer l'IGS2 médian (rappel : la valeur médiane est la valeur qui partage cette distribution en deux parties égales). Cette donnée est pré-remplie à partir des données du PMSI.

**Ligne 9** : Est calculé le nombre de séjours de patients de 80 ans et plus ayant séjourné dans ces unités de réanimation adulte. L'âge est en effet un élément qui influence plusieurs données comme la DMS (durée moyenne de séjour) ou l'IGS (indice de gravité simplifié).

**Lignes 12 et 13** : Il s'agit ici de comptabiliser le nombre de séjours et le nombre de journées associées, avec au moins un passage en unités médicales de soins intensifs en cardiologie (USIC, codée 02A), soins intensifs en UNV (codée 18) et autres unités de soins intensifs (codée 02B et 16). Si plusieurs passages dans ces unités ont lieu au cours d'un même séjour, un seul séjour est compté. Ici encore, la durée du séjour (c'est-à-dire le nombre de journées associées) est égale à la somme des durées de séjour partiel dans ces unités de soins intensifs.

**Lignes 16 et 17** : Sont comptabilisés les séjours et nombre de journées associées en unité de surveillance continue enfants (14A) et adultes (03A). Si plusieurs passages dans ces unités ont lieu au cours d'un même séjour, un seul séjour est compté et le nombre de journées est égal à la somme des durées de séjour partiel dans ces unités de surveillance continue.

## PERSONNEL

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins pendant les séjours dans ces unités médicales, 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 équivalents temps plein travaillés (ETP\_T) du personnel salarié et les effectifs des libéraux 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.

**Lignes 38-40-42-44-46-48** : ETP travaillés (ETP\_T) des personnels **salariés**, en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue, 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.

**Lignes 39-41-43-45-47-49** : Effectifs physiques des **libéraux** présents au 31 décembre, quel que soit le temps passé à travailler dans l'établissement.

Le remplissage se fait verticalement, dans la (les) colonne(s) correspondant au(x) type(s) d'unité(s) dont dispose l'établissement ; en cas d'unités multiples de même nature (par exemple deux réanimations adultes), cumuler les personnels.

#### **Lignes 38 et 39 : Médecins (hors internes)**

Pour les unités de réanimations adultes (**colonne A**), ne compter, en ETP\_T salarié ou en effectifs de libéraux, que les médecins seniors (hors internes) spécialistes en anesthésie-réanimation et/ou en réanimation médicale (titulaires du DES, ou reconnus par la commission de qualification). Compter également d'une part les assistants chefs de clinique ou les assistants spécialistes inscrits en DESC de réanimation médicale et médecine intensive, d'autre part les spécialistes de médecine interne ayant un diplôme complémentaire en réanimation.

Pour les unités de réanimations enfants (**colonne B**), ne compter, en ETP\_T salarié ou en effectifs de libéraux, que les médecins seniors (hors internes) spécialistes en anesthésie-réanimation (avec une expérience en anesthésie réanimation pédiatrique), en pédiatrie ou en chirurgie pédiatrique. Compter également les assistants chefs de clinique ou les assistants spécialistes inscrits en DESC de réanimation médicale et médecine intensive.

Les soins intensifs spécialisés doivent être encadrés par des spécialistes de la discipline correspondant à l'organe (exemple : USIC encadrée par des cardiologues, SI-UNV par des neurologues, USIP par des pneumologues, etc.).

**Colonne C** : Correspond aux soins intensifs cardiologiques (SIC). Ne compter dans cette colonne que les médecins seniors (hors internes) qualifiés de spécialistes en cardiologie.

**Colonne D** : Correspond aux soins intensifs (SI) de l'unité neurovasculaire (UNV). Ne compter dans cette colonne que les médecins seniors (hors internes) qualifiés de spécialistes en neurologie.

**Colonne E** : « Autres SI » rassemble des unités d'autres spécialités (exemple : pneumologie, gastroentérologie, néphrologie, greffés, infectiologie, etc.). Le principe reste le même : compter les spécialistes correspondant à la discipline.

**Colonnes F et G** : « Surveillance continue », cumuler tous les médecins seniors (hors internes) intervenant, quelle que soit leur spécialité (pour les adultes et les enfants séparément).