

ID1 - IDENTIFICATION DE L'ENTITE INTERROGEE

Identification de l'entité interrogée Téléphone : A0

A1 N° FINESS de l'entité interrogée : N° Siren ou N° Siret : N° FINESS de l'Entité juridique :

Entité juridique B1 C1 D1
 Etablissement

Raison sociale de l'entité interrogée : A2

Complément de raison sociale : A3

Complément de distribution : A4

Adresse

N° Voie Type voie Nom de la voie :

A5 B5 C5

Lieu-dit ou Boîte Postale : A6

Code postal : A7 Libellé commune : B7

Commune INSEE A8 B8

Département A9 B9

Région A10 B10

Statut juridique A12 B12

Catégorie A13 B13

L'entité juridique de rattachement de l'établissement a-t-elle changé par rapport à la précédente enquête ? A14 oui non

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

Réservé aux établissements privés

L'entité juridique de rattachement de l'établissement interrogé est-elle filiale d'un groupe ? A16 oui non

Si oui, Numéro SIREN de la tête de groupe : A17

Raison sociale : A18

A19

Qualité d'ESPIC
(Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif)

ESPIC (non lucratif)

non ESPIC (non lucratif)

non concerné

A20

Mode de fixation de tarif

DG ou ex-DG

OQN ou ex-OQN

Tarif d'autorité

Autres

A21

Convention collective de rattachement des personnels non médicaux

31 octobre 1951 (FEHAP)

29 juin 1998 (FNCLCC)

Croix-Rouge (1986)

8 février 1957 (UCANSS)

18 avril 2002 (FHP)

26 février 1987 (MGEN)

12 juin 1975 (FNEMEA)

Autres

Sans

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

A19B

Qualité d'ESPIC
(Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif)

ESPIC (non lucratif)

non ESPIC (non lucratif)

non concerné

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

A20B

Mode de fixation de tarif (hors MCO)

DG ou ex-DG

OQN ou ex-OQN

Tarif d'autorité

Autres

ID1 – Identification de l'entité interrogée

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau est pré-rempli à partir des informations recueillies dans le répertoire Finess. Pour les modifications intervenues dans l'établissement, porter les corrections dans les cases ouvertes à la saisie.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques.

Identification de l'entité interrogée

Case A0 : Numéro de téléphone

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

Case D1 : Numéro Finess de l'entité juridique

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

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

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

Cadre réservé aux établissements privés :

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

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

Case A18 : Raison sociale

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

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

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

Cases A19 et A19B : Qualité d'ESPIC (Établissement d'hospitalisation de Santé Privé d'Intérêt Collectif) (articles L.6161-5 et L.6161-8, articles D.6161-2 à D.6161-4 du code de la santé publique).

La catégorie des ESPIC est une catégorie créée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, dite « loi HPST ». Seuls les établissements privés non lucratifs peuvent bénéficier du statut ESPIC. Les centres de lutte contre le cancer (CLCC) sont de fait des ESPIC. Les établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à date de publication de la loi ont pris la qualification d'ESPIC, sauf opposition expresse de leur part. Les établissements privés sans but lucratif non PSPH au moment de la promulgation de la loi HPST ont pu faire une procédure de déclaration de la qualité d'ESPIC auprès de l'agence régionale de santé (ARS).

Cases A20 et A20B : Mode de fixation des tarifs

Tarifification à l'activité

La tarification à l'activité est le mode de financement des disciplines MCO pour tous les établissements de santé visés par l'article L.162-22-6 du code de la Sécurité sociale. Ne sont pas concernés les hôpitaux locaux, le service de santé des armées, etc. La case A20 est initialisée dans le bordereau ID1 avec le mode de financement présent dans le répertoire Finess.

OQN : Objectif quantifié national

ID2 - COMPLEMENT D'IDENTIFICATION

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

(N° FINESS à renseigner s'il existe)

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

Responsable SAE

A8 M. Mme

Nom B8

n° téléphone : A9 N° de poste : B9

e_mail : A11

Modification de l'entité juridique

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

A12 oui non

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

création A13

fusion A14

scission A15

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

pour une fusion A16 B10 C5

pour une scission A17 B11 C6

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

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

N° Siren : C1

N° Siret : C2

N° Siret : C3

N° Siret : C4

Avez-vous utilisé plus de 3 numéros Siret? D1 oui non

ID2 – Complément d'identification

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques.

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

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

Par contre, les médecins libéraux et le personnel de ces structures ne doivent être recensés dans aucun des bordereaux (ni dans les bordereaux relatifs au plateau technique, ni dans les bordereaux Q20 à Q24).

Remarque concernant les établissements organisés en GIP : Les établissements de santé qui gèrent un équipement installé sur leur site dans le cadre d'un GIP inscrivent ici le numéro Finess du GIP et la raison sociale de celui-ci.

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

La DREES est en charge de la collecte d'informations sur les responsables de la SAE en établissement. Les informations recueillies sont : la civilité, le nom, le prénom, les numéros de téléphone et e-mail professionnels. Ces informations sont destinées à faciliter les contacts dans les établissements de santé (orientation des courriers et colis d'enquête) et de partager ces coordonnées entre gestionnaires de l'enquête. Les destinataires des données sont les gestionnaires de l'enquête (à la DREES, dans les ARS concernées).

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

- **Modification de l'entité juridique**

La question concerne les modifications de l'entité juridique liées à des opérations de fusion, de création, de scission. Elle est destinée à permettre de suivre d'une année à l'autre l'historique des entités interrogées. Il peut exister des modifications de la structure interrogée qui ne sont pas uniquement liées à des modifications juridiques, par exemple le transfert d'activité entre établissements de l'entité juridique. Ces modifications pourront être notées en commentaire sur le site de collecte.

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

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

Pour la rubrique « scission », indiquer le numéro Finess de l'établissement d'origine en premier (A17), en prenant soin de conserver le numéro utilisé dans l'exercice précédent, puis dans les deuxième et troisième cases (B11, C6), les numéros des autres établissements (en dehors de l'entité répondant) créés à l'occasion de cette scission.

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

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

La SAE est destinée à rendre compte de la situation de l'offre de soins des établissements en fin d'année d'exercice, en ce qui concerne les capacités. Dans la mesure du possible, la SAE sera remplie par les entités intervenant dans la fusion ou dans la scission de plusieurs établissements, pour être le plus fidèle possible à la réalité. Cependant, en cas de fusion de deux établissements, lorsque la fusion a eu lieu en début d'année (dans le courant du premier trimestre), la SAE sera remplie par l'entité résultant de celle-ci et les données résulteront de la consolidation de la fusion sur l'année. De même, dans le cas d'une scission ayant eu lieu en début d'année, la situation de chacun des établissements issus de la scission sera à établir dans des questionnaires distincts. Pour un établissement fermé définitivement en cours d'année, les questionnaires relatifs à l'activité réalisée avant la fermeture doivent être transmis.

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

Pour permettre une meilleure cohérence d'ensemble des systèmes d'informations sur les établissements de santé, il vous est demandé de renseigner le numéro Siren et les numéros Siret (Siren + Nic) utilisés pour les DADS ou la DSN 2020. Attention, les numéros Siret des établissements médico-sociaux (maison de retraite, EPHAD, etc.) rattachés aux entités sanitaires interrogées ne doivent pas être renseignés. Veuillez inscrire le numéro Siret ou Siren (le cas échéant) utilisé lors de la déclaration des DADS ou de la DSN 2020.

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

Etablissement (ou entité juridique)

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

Observations

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

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

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

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau, en « consultation » sur le site internet ou pré-rempli dans sa version papier du questionnaire, indique la liste de tous les établissements pour lesquels l’entité interrogée doit répondre, ceux-ci n’étant pas directement interrogés dans la SAE.

N° Finess de l’établissement (ou de l’entité juridique) interrogé(e) **(A1)** et raison sociale **(B1)** :

C’est l’identification de l’entité interrogée qu’il s’agisse d’un établissement géographique ou d’une entité juridique. Elle est identique à celle figurant dans le bordereau ID1.

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

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

1. Interrogation d’un établissement de santé mentale

Un établissement principal est désigné pour répondre pour un ensemble de structures de santé mentale. Le bordereau STB fournit la liste des structures pour lesquelles il répond. L’établissement répond donc pour lui-même et pour les établissements qui lui sont rattachés.

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

2. Interrogation d’une entité juridique privée de santé mentale

Les entités juridiques privées dont dépendent plusieurs établissements de santé mentale, tous situés dans le même département, répondent pour l’ensemble de leurs établissements. Le bordereau STB fournit la liste des structures pour lesquelles l’entité est interrogée. Un seul questionnaire est rempli pour l’ensemble de ces structures.

3. Interrogation des USLD publiques et privées

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

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

ORG - ORGANISATION ET COOPERATION

1. Organisation

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

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

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

Votre établissement est-il membre d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ?

A25 oui non

L'établissement met-il en œuvre ou participe-t-il à un dispositif de gestion des lits ?

A26 oui non



Si oui, ce dispositif est-il ?

A27 Interne à l'établissement
 Territorial

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

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

A17 oui non



Si oui, combien ?

A18

Indiquez les cinq premiers GHT auxquels vous appartenez :

A19

A20

A21

A22

A23

ORG – Organisation et coopération

PRINCIPES DU BORDEREAU

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

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques.

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

NOUVEAUTES SAE 2023

Deux questions ont été ajoutées : la première sur la participation à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) et la seconde sur l'existence d'un dispositif de gestion des lits.

1. Votre établissement participe-t-il à :

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

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

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

(1) : Liste des thèmes :

Code	Libellé
A	Gestion d'activités administratives et/ou de support logistique
B	Gestion d'activités informatiques
C	Gestion d'activités de soins (dont Prestations médicales croisées, équipes communes, permanence des soins hospitalière, permanence des soins, pôle inter-établissements)
D	Gestion d'activités médico-techniques (gestion des plateaux techniques, équipements matériels lourds dont imagerie, ainsi que les activités de pharmacie à usage intérieur (PUI) et de laboratoires d'analyses médicales)
E	Gestion d'activité d'enseignement et recherche (doit être utilisé dans le cadre de projets de coopération entre établissements de santé et autres d'acteurs, comme par exemple la constitution d'équipes de recherche communes sur un projet partagé)
F	Gestion / porteur d'un investissement immobilier
G	Porteur d'un réseau de santé (L.6321-2 du CSP)

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

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

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

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

GIP : Le groupement d'intérêt public

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

GIE : Le groupement d'intérêt économique

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

FMIH : La fédération médicale inter-hospitalière

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

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

Convention

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

Un établissement de santé est amené à signer de très nombreuses conventions de coopération avec d'autres établissements de santé (tous secteurs confondus) et/ou d'autres acteurs tels que les professionnels libéraux, centres de santé, maisons de santé, établissements sociaux et médico-sociaux, réseaux de santé, etc. L'objectif de ce bordereau n'est pas de recenser l'intégralité de ces conventions mais de dénombrer les conventions qui ont un impact réel sur l'organisation des soins de l'établissement, c'est-à-dire lorsque les soins délivrés par l'établissement ne peuvent être assurés qu'avec le concours d'autres acteurs partenaires. Ainsi, l'établissement doit saisir le nombre de conventions de coopération à caractère médical, et/ou portant sur la mutualisation médico-technique et/ou logistique (thèmes A à E).

Il s'agit par exemple :

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

Sont exclues du périmètre de la ligne 10 :

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

Autre (hors GHT)

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

Case A25 : Indiquer si l'établissement interrogé est membre d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

Cases A26 et A27 : Indiquer si l'établissement interrogé met en œuvre ou participe à un dispositif de gestion des lits et préciser, le cas échéant, si ce dispositif est interne à l'établissement ou territorial.

Un dispositif de gestion des lits est un dispositif qui permet l'actualisation sans délai des informations sur les lits, avec comme finalité pour les établissements la gestion de leurs capacités d'hospitalisation. L'alimentation du Répertoire national de l'Offre et des Ressources en santé et accompagnement social et médico-social (ROR) ne suffit pas à caractériser l'existence d'un dispositif de gestion des lits.

Le dispositif de gestion des lits est « territorial » s'il est partagé par plusieurs entités juridiques (et sur plusieurs établissements géographiques).

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

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

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

SUIVI DES POLITIQUES NATIONALES ET MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

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

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

Personnel non médical (en ETP) :

Médecins et Pharmaciens hors internes (en ETP) :

A1	
A2	

2 - Prise en charge des personnes en situation de précarité

Avez-vous une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement ?

Si oui, Nombre d'ETP dédiés à la (les) PASS :

Nombre de personnes différentes reçues au moins une fois dans l'année (file active) par la (les) PASS :

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

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

Existence d'une équipe mobile psychiatrie-précarité :

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

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

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

Si oui, Si vous faites appel à un autre établissement géographique, pour réaliser une partie de l'activité, indiquer son Finess

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

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

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

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

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

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

Si l'établissement hospitalier a, dans un service de soins somatiques, une ou des chambres sécurisées pour l'hospitalisation des personnes détenues, **indiquer ici leur nombre**

L'établissement hospitalier a-t-il une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) ?

Si oui, Nombre de séjours en UHSI :

Nombre de journées en UHSI :

A9	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A74	
A11	
A12	
A13	
A75	
A14	
A15	
A16	
A17	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A18	PMSI
A19	PMSI

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

Avez-vous un centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR) ?

Si oui, File active (nombre de patients différents vus au moins une fois dans l'année) pour l'activité de recours :

Dont nombre de nouveaux patients pour l'activité de recours :

Avez-vous une consultation mémoire (CM) dans votre ou vos établissements ?

Si oui, Combien avez-vous d'unités de consultations mémoire ?

La consultation est-elle labellisée ?

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

Dont nombre de nouveaux patients :

Existe-t-il un groupe de parole destiné aux aidants ?

Délai moyen d'obtention d'un premier rendez-vous (= nombre de jours ouvrés séparant la demande et le premier rendez-vous proposé), observé sur les demandes formulées au mois d'octobre (entre le 1er et 31) :

A20	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A21	
A22	
A23	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A24	
A25	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A26	
A27	
A28	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A29	

Date labellisation* :

B25

* format (jj/mm/aaaa)

Personnel des centres (CMRR) et des consultations mémoire	Code SAE		Effectifs temps plein		ETP moyens annuels
			A	B	
Personnel médical (hors internes)	M1000, M2000, M3020	30			
	dont gériatres	M1320	31		
	dont neurologues	M1120	32		
Personnel non médical	N9999	33			
	dont psychologues	N2700	34		

Disposez-vous d'une unité de réhabilitation cognitivo-comportementale (UCC) identifiée en SSR ?

Si oui, Nombre de lits identifiés :
 Nombre d'admissions :
 Nombre de journées réalisées :

A35	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A36	
A37	
A38	

Disposez-vous d'une unité d'hébergement renforcé (UHR) identifiée en USLD ?

Si oui, Nombre de lits identifiés :
 Nombre d'admissions :
 Nombre de journées réalisées :

A39	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A40	
A41	
A42	

5 - Prise en charge des personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel (EVC-EPR)

L'établissement dispose-t-il d'une unité de soins dédiée pour personnes en EVC-EPR ?

Si oui, Nombre de lits de l'unité :
 Nombre de nouveaux patients entrés dans l'unité, dans l'année :
 Cette unité est-elle adossée à un service de SSR ?

A43	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A44	
A45	
A46	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

6 - Existence de consultations CeGIDD

Si oui, Nombre d'heures d'ouverture dans la semaine :
 Nombre de consultations réalisées dans l'année :

A47	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A48	
A49	

7 - Prise en charge des pathologies cancéreuses

Existence d'une équipe dédiée au centre de coordination en cancérologie (3C) ?

Si oui, Nombre d'ETP annuel (hors internes) :

A50	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A51	

8 - Existence d'une équipe de liaison en addictologie

Si oui, Nombre d'ETP annuel (hors internes) :
 Nombre de patients pour lesquels l'équipe a été sollicitée dans l'année (en nombre de séjours) :
 Dont nombre de patients vus aux urgences :

A53	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A54	
A55	
A56	

9 - Existence de consultations d'addictologie

Si oui, Nombre de consultations individuelles réalisées dans l'année :
 Nombre de personnes différentes reçues au moins une fois dans l'année (file active) :
 Délai d'obtention d'un premier rendez-vous (= nombre de jours ouvrés séparant la demande et le premier rendez-vous proposé), observé sur les demandes formulées au mois d'octobre (entre le 1er et 31) :
 Nombre d'ETP (annuel) dédiés à ces consultations (hors internes) :

A57	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A58	
A59	
A60	
A61	

10 - Existence de consultations de génétique

Si oui, Nombre de consultations réalisées dans l'année :
 Dont nombre de consultations avancées (réalisées dans un autre établissement) :
 Nombre d'ETP (annuel) participant à ces consultations (hors internes) :
 Dont ETP (annuel) de généticiens (hors internes) :

A62	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A63	
A64	
A65	
A66	

Suivi des politiques nationales et des missions de service public

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau vise à retracer les missions de service public ayant trait à des prises en charge de populations particulières, de manière à rendre compte du degré de couverture des besoins sur un territoire (« inventaire » prévu dans le cadre du SRS (ex-SROS)). C'est le cas par exemple de la lutte contre l'exclusion, de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (existence d'unités et de moyens dédiés), des soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire ou en milieu hospitalier, etc. Des activités assurées par certains établissements sont éligibles à une dotation au titre des missions d'intérêt général (MIG).

Les points communs de ces diverses missions sont, d'une part d'être inscrits dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements concernés, d'autre part la difficulté ou l'impossibilité de les financer par des tarifs dans le cadre du modèle de tarification actuel.

N'ont été retenues que les missions relatives aux soins hospitaliers concernant un nombre significatif d'établissements et/ou correspondant à une activité complémentaire d'une autorisation décrite par ailleurs.

Enfin, ce bordereau n'est pas le seul dans la SAE à rendre compte de missions de service public assurées par l'établissement. Ainsi, les gardes et astreintes effectuées dans le cadre de la permanence des soins en établissements de santé font l'objet de questions dans de nombreux bordereaux. Les soins palliatifs et le traitement de la douleur chronique sont traités dans deux bordereaux spécifiques (en alternance une année sur deux). Enfin, d'autres informations sont réparties dans les bordereaux thématiques (par exemple l'existence d'un centre périnatal de proximité ou de lactariums, des interrogations sur la télémédecine, ou sur les équipes spécialisées en psychiatrie).

Les objectifs du bordereau sont :

- Faciliter l'inventaire des établissements assurant les missions de service public, et l'évaluation des besoins couverts, au sein des territoires.
- Documenter les moyens qui leur sont spécifiquement dédiés et leur activité.
- Faciliter le suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens relatifs à ces missions.
- Mais aussi, pour chaque mission décrite, permettre des comparaisons de situations entre régions.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques.

Compte tenu de l'absence de système d'information de ces activités en lien avec la tarification, l'ensemble des informations attendues dans ce bordereau nécessite la collaboration avec les équipes chargées d'assurer ces missions et l'équipe administrative gestionnaire de la SAE.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Article L.6112 du Code de la santé publique.

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

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

Cases A1 et A2 : Désormais, le recueil des principales données d'activité et de résultats des établissements en matière de lutte contre les infections nosocomiales, fait l'objet de recueils spécifiques. Le questionnaire SAE se centre sur les seuls moyens en personnel de l'établissement spécifiquement dédiés à la lutte contre les infections nosocomiales et identifiés clairement au sein de l'équipe d'hygiène hospitalière, exprimés en équivalents temps plein (ETP).

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

Sont à distinguer le personnel non médical (personnel infirmier DE avec ou sans spécialisation, cadres de santé, secrétaires et techniciens bio hygiénistes), des médecins et pharmaciens (hors internes).

Les ETP sont calculés en moyenne annuelle. Pour les personnels éventuellement partagés avec d'autres services (comme les infirmiers DE avec ou sans spécialisation ou les pharmaciens), l'ETP sera calculé en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de l'équipe dédiée à la lutte contre les infections nosocomiales. On compte ici le temps travaillé et non le temps rémunéré.

2. LUTTE CONTRE L'EXCLUSION SOCIALE ET PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SITUATION PRÉCAIRE (POUR TOUS LES ÉTABLISSEMENTS)

Case A4 : Les permanences d'accès aux soins de santé comprennent des permanences « adaptées aux personnes en situation de précarité, visent à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits », en application de l'article L.6112-6 du code de la santé publique.

Case A5 : Comme pour toutes les missions de service public, un établissement n'est considéré comme assurant la mission que s'il est doté de moyens et d'une organisation le permettant, c'est pourquoi il est demandé le nombre d'ETP dédiés au fonctionnement de la PASS.

Les ETP sont calculés en moyenne annuelle. Pour les personnels éventuellement partagés avec d'autres services (comme les infirmiers DE avec ou sans spécialisation ou les assistantes de service social), l'ETP sera calculé en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de la PASS. Ce qui importe ici, c'est le temps travaillé et non le temps rémunéré.

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

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

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

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

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

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

L'USMP (ex-UCSA) est constituée par une équipe hospitalière pluridisciplinaire et comporte des équipements médicaux et non médicaux mis en place par l'établissement de santé. Elle est installée, en détention, à l'intérieur de locaux spécifiques aménagés par l'administration pénitentiaire, qui en assure la maintenance. Des consultations spécialisées sont organisées au sein de l'établissement pénitentiaire. L'objectif est d'assurer sur place le maximum de consultations spécialisées, afin de limiter les difficultés inhérentes aux déplacements des personnes détenues à l'extérieur, du fait notamment de la nécessité de mobiliser des personnels pour assurer la sécurité.

Pour répondre OUI, l'établissement ne doit pas seulement participer au fonctionnement de l'USMP d'un autre centre hospitalier, mais être lui-même celui qui en assure le fonctionnement, et dont la gestion lui a été confiée par l'ARS.

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

Cases A11 à A15 et A75 : Sont demandées le nombre de consultations médicales effectuées au cours de l'année écoulée, selon les spécialités (médecine générale, autres spécialités hormis la psychiatrie, et psychiatrie), le nombre d'actes de psychiatrie, le nombre de consultations dentaires ainsi que le nombre de patients différents vus au moins une fois en consultation au cours de l'année (file active).

Case A16 : Nombre de chambres sécurisées : « L'hospitalisation de courte durée prévisionnelle ou en urgence des personnes détenues s'opère en principe au sein de l'établissement de santé de rattachement de l'USMP. Cette hospitalisation est réalisée dans une chambre sécurisée et à la condition que l'état de santé de la personne détenue ne requiert pas une hospitalisation dans un service spécialisé (réanimation par exemple). Les chambres sécurisées répondent à un cahier des charges fixé en annexe de la circulaire du 13 mars 2006 ».

Case A17 : Existence ou non d'une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) : « Les hospitalisations excédant la très courte durée ou réclamant un plateau technique très spécialisé sont réalisées dans des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) définies par l'arrêté du 24 août 2000. ».

Cases A18 et A19 : Nombre de séjours et journées en UHSI : Cellules pré-remplies par les données PMSI (séjours identifiés dans les unités médicales typées en 26).

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

Une des mesures du plan de santé publique 2008-2012 consacré à ces pathologies a été de parachever le maillage territorial des consultations mémoire (CM) et des centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR), destinés à améliorer l'accès au diagnostic précoce. D'autres dispositifs sont prévus pour améliorer l'accueil en établissement de santé (création d'unités de réhabilitation cognitivo-comportementale en SSR et unités d'hébergement renforcé en USLD).

Case A20 : Existence d'un centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR)

Les CMRR ont un rôle de recours pour les diagnostics complexes, une activité de recherche clinique, de formation et de réflexion éthique, assurent les missions d'une consultation mémoire pour le secteur géographique et animent le dispositif régional et interrégional en partenariat avec les consultations mémoire (voir annexe 5 de la circulaire du 30 mars 2005 relative à l'application du plan. Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007). La labellisation de ces centres est effectuée par les ARS.

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

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

Case A23 : Existence d'une consultation mémoire (CM) dans l'établissement (dispositif)

Les consultations mémoire créées par le premier plan Alzheimer 2001-2004 sont des consultations pluridisciplinaires dont les missions principales consistent à diagnostiquer le trouble amnésique, diagnostiquer avec fiabilité un syndrome démentiel et le type de démence et proposer un suivi aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Leurs missions sont décrites dans un cahier des charges annexé à la circulaire de 2011.

Si l'établissement n'a qu'une CMRR, sans autre consultation mémoire, répondre non.

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

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

Case A25 : La consultation mémoire est-elle labellisée ?

Pour être labellisée par l'ARS, une consultation mémoire doit disposer d'une équipe pluridisciplinaire composée de neurologue ou gériatre, de psychologue ou orthophoniste et d'un temps de secrétariat. En outre, les ARS considèrent qu'une prise en charge de qualité est conditionnée par le volume d'activité des consultations mémoire : avec une cible à atteindre de 150 nouveaux patients par an (voir annexe circulaire relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer du 20 octobre 2011).

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

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

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

Case A28 : Existence d'un groupe de parole destiné aux aidants

Il peut s'agir d'initiatives conduites avec l'aide d'associations concernées (type France Alzheimer), comportant des cycles de formation et des échanges.

Case A29 : Délai moyen d'obtention d'un premier rendez-vous, mesuré sur les demandes formulées au mois d'octobre

Le délai d'obtention du premier rendez-vous conditionne l'accès des patients à un diagnostic précoce au sein d'un territoire ou d'une région. Son allongement peut témoigner d'une « offre » insuffisante (nombre de plages de consultations, ressources humaines). Il s'agit ici de compter, pour chaque première consultation demandée entre le 1^{er} et le 30 octobre, le nombre de jours ouvrés séparant la date de la demande formulée par le patient, sa famille ou son médecin, de celle du premier rendez-vous proposé. Calculer ensuite la moyenne obtenue sur le total des consultations demandées sur cette même période.

Cases A30 à C34 : Personnels des centres et des consultations mémoire

Les effectifs sont ceux sous contrat au 31 décembre. Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle.

Les salariés éventuellement partagés avec d'autres services (comme les psychologues) sont à compter dans les effectifs, comme ceux qui sont propres aux centres ou aux consultations ; par contre, leurs ETP seront calculés en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité des CMRR et CM. Pour les ETP, on comptera ici le temps travaillé et non le temps rémunéré.

Cases A35 à A38 : Existence d'une Unité cognitivo-comportementale en Soins de Suite et Réadaptation (SSR), sa capacité en lits et son activité en nombre d'admissions et de journées.

Les unités cognitivo-comportementales sont identifiées dans des services existants de SSR et comportent entre 10 et 12 lits. Elles doivent être identifiées sous forme d'unité fonctionnelle et d'unité médicale (voir circulaire DHOS/O1/O2/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012).

Cases A39 à A42 : Existence d'une unité d'hébergement renforcée identifiée en USLD, sa capacité en lits et son activité en nombre d'admissions et de journées.

L'unité d'hébergement renforcée (UHR), d'une capacité de 12 à 14 patients en USLD, est un lieu de vie et de soins qui fonctionne nuit et jour. Il propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des patients ayant des troubles du comportement sévère.

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

Cases A43 à A46 : Existence de petites unités d'accueil au long cours des personnes en EVC ou en EPR, de 6 à 8 lits. (Voir la circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS n°2002-288 du 3 mai 2002 relative à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel).

6. EXISTENCE DE CONSULTATIONS DANS LES CENTRES GRATUITS D'INFORMATION, DE DÉPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC (CeGIDD)

Case A47 : Les consultations dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) font partie intégrante du dispositif de lutte contre le VIH et les hépatites virales. Ces centres résultent de la fusion des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) au 1^{er} janvier 2016. Dans chaque département, le représentant de l'État agréé au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés. Ces consultations peuvent également être habilitées par le représentant de l'État à participer dans les mêmes conditions à la lutte contre les hépatites virales C et B. L'habilitation est accordée pour trois ans et le renouvellement est accordé pour une durée de cinq ans. Toutes les prestations sont gratuites et anonymes.

Ces CeGIDD reprennent à la fois les missions des CDAG et des CIDDIST. Ils assurent ainsi principalement les fonctions suivantes : accueil et information, évaluation des risques d'exposition, examen clinique et biologique de dépistage, conseil personnalisé, accompagnement vers une prise en charge médicale, psychologique et sociale adaptée, vaccination contre les virus des hépatites A et B, du papillomavirus, conseil auprès des professionnels locaux. (Voir l'instruction N°DGS/RI2/2015/195 du 3 juillet 2015 relative à la mise en place des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles).

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

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

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

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

Case A50 : Les « 3C », qui doivent être labellisés par l'ARS, ont pour missions :

- de mettre à disposition des médecins et des soignants les référentiels, thésaurus et protocoles validés actualisés par le réseau régional ou l'INCa et de mettre en place l'audit interne de leur utilisation,
- de mettre en œuvre la pluridisciplinarité (Réunions de Concertation Pluridisciplinaires),
- de s'assurer de la mise en place du dispositif d'annonce au sein des établissements autorisés en matière de traitement du cancer et de la remise à chaque patient du programme personnalisé de soins,
- d'informer et d'orienter les patients,
- de produire des informations sur les activités cancérologiques.

Case A51 : Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle. Les ETP des salariés éventuellement partagés avec d'autres services (comme les secrétaires) seront calculés en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité du centre de coordination en cancérologie. On comptera ici le temps travaillé et non le temps rémunéré.

8. EXISTENCE D'UNE ÉQUIPE DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE (ELSA ou ECIMUD à l'AP-HP)

Case A53 : Les établissements de santé doivent s'organiser pour mieux prendre en charge la problématique des personnes présentant une conduite d'usage nocif d'une ou de plusieurs drogues, se présentant aux urgences ou en hospitalisation, notamment les jeunes et les femmes enceintes, et à ce titre développer les activités de liaison au sein de leur structure.

Le travail de liaison repose sur le principe de rapprochement des équipes dotées de compétences d'alcoologie, de toxicomanie, et de tabacologie, troubles des conduites alimentaires, addictions sans produit.

Les équipes de liaison en addictologie ont pour mission de former et assister les personnels soignants, élaborer les protocoles de soins et de prise en charge, intervenir aux urgences et auprès des personnes hospitalisées en fonction de la demande du service, développer le lien avec le dispositif de prise en charge permettant un suivi médico-psycho-social des patients, mener des actions de prévention, d'information et de sensibilisation au sein de l'établissement, participer au recueil d'information et à la mise en place d'indicateurs.

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

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

Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle. Les ETP des salariés éventuellement partagés avec d'autres services (comme les psychologues) seront calculés en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de l'ELSA. On comptera ici le temps travaillé et non le temps rémunéré.

9. EXISTENCE DE CONSULTATIONS EN ADDICTOLOGIE

Cases A57 à A59 : Il s'agit de rendre compte de l'activité de consultation sur rendez-vous de patients non hospitalisés, par l'équipe soignante en addictologie. Si, en fonction du bassin de population et de la taille de l'hôpital, cette équipe soignante peut ne pas être séparée de l'équipe d'addictologie de liaison, l'activité de liaison, elle, ne comprend pas de consultations externes (cf. les missions spécifiques citées plus haut). Il conviendra donc de la distinguer et de répartir les ETP entre les deux missions.

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

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

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

Case A60 : Délai moyen d'obtention d'un premier rendez-vous, mesuré sur les demandes formulées au mois d'octobre

Le délai d'obtention du premier rendez-vous conditionne l'accès des patients à une prise en charge précoce. Son allongement peut témoigner d'une « offre » insuffisante (nombre de plages de consultations, ressources humaines). Il s'agit donc de compter, pour chaque première consultation demandée entre le 1^{er} et le 31 octobre, le nombre de jours ouvrés séparant la date de la demande formulée par le patient, sa famille ou son médecin, de celle du premier rendez-vous proposé. Calculer ensuite la moyenne obtenue sur le total des consultations demandées sur cette même période.

Case A61 : Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle. Les ETP des salariés éventuellement partagés avec d'autres services (comme les psychologues) ou avec l'ELSA seront calculés en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de consultation externe.

10. EXISTENCE DE CONSULTATIONS DE GÉNÉTIQUE

Case A62 : La génétique médicale est une spécialité clinique récente (à ne pas confondre avec les biologistes spécialisés en génétique moléculaire) encore peu présente au sein des établissements de santé. Cependant la demande est croissante, en particulier pour le diagnostic et la prise en charge précoce de maladies génétiques (notamment oncogénétique).

Aussi, l'accent est mis sur le développement de consultations hospitalières de génétique. Il s'agit de consultations médicales externes spécialisées qui ont pour objet l'accompagnement des parents et l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré et post natale d'une maladie ou d'une malformation. Pour améliorer l'accès à cette prestation, l'équipe d'un établissement peut effectuer « des consultations avancées (dans d'autres établissements) ».

Les indicateurs demandés ont trait au nombre total de consultations médicales effectuées (**case A63**), en indiquant, le cas échéant, le nombre de celles qui ont été effectuées dans un autre établissement (**case A64**), et au nombre total d'ETP participant à ces consultations **case A65** (des psychologues et des secrétaires sont généralement impliqués), dont ceux de médecins généticiens **case A66**.

Les ETP correspondent au temps de travail effectif pour l'activité, sur une mesure en moyenne annuelle. Les ETP des salariés éventuellement partagés avec d'autres services (comme les psychologues) seront calculés en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de consultation hospitalière de génétique. On comptera ici le temps travaillé et non le temps rémunéré.