

Sites opératoires et salles d'intervention

PRINCIPES DU BORDEREAU

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

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

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

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

CONCEPTS IMPORTANTS

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

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

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

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

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du bordereau FILTRE A2 (chirurgie ambulatoire ou non), A18 (activités de bloc opératoire), A22 (salles dédiées à d'autres activités avec ou sans anesthésie), A40 (salles dédiées aux activités interventionnelles avec guidage par imagerie, avec ou sans anesthésie réalisées au bloc opératoire), A30 (activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie), A32 (chirurgie oncologique), A33 (neurochirurgie), A34 (activités interventionnelles sous imagerie médicale en neuroradiologie), A35 (transplantations d'organes et greffes de moelle osseuse) ou A37 (chirurgie cardiaque).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

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

Article L6122-1 relatif aux autorisations.

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

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

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

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

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

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

DESCRIPTION DES SALLES

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

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

Lignes 2 à 6 et colonnes A à B :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ACTIVITÉ

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

Lignes 10 à 15 :

Les données des colonnes A, B et D (sur patients en hospitalisation) sont pré-remplies à partir du PMSI et sont à valider (ou corriger si besoin) par l'établissement. Les listes d'actes sont référencées dans le document « spécifications d'imports des données PMSI », sur le site FAQ-SAE ou dans la partie « Aide » du site de collecte.

Les données peuvent être modifiées par l'établissement, notamment pour soustraire des prestations inter-établissement réalisées à l'extérieur (voir ci-dessous).

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

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

Sont compris des :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERSONNEL

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

Les effectifs et équivalents temps plein travaillés (ETP_T) du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité de production des actes réalisés dans les sites opératoires décrits, que les patients soient hospitalisés ou consultants dans la structure, ou qu'ils soient adressés pour ces actes par un autre établissement où ils sont hospitalisés, au moment de la réalisation de l'intervention, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs. À partir de la SAE 2022, le décompte des ETP travaillés (ETP_T) concerne uniquement les salariés, le calcul d'ETP_T s'étant avéré compliqué pour les libéraux. Pour ces derniers, seul un décompte des effectifs physiques présents au 31 décembre est demandé.

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

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

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

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

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

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

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

Colonne G : Effectifs physiques des **libéraux** présents au 31 décembre, quel que soit le temps passé à travailler dans l'établissement, approchés en comptant les libéraux qui sont intervenus dans l'établissement géographique au mois de décembre, pour éviter d'avoir un biais lié aux congés de fin d'année.

Colonnes D et E : Préciser par OUI ou NON s'il existe une garde et/ou une astreinte sénior (toujours hors interne) sur le mode 24h/24h.

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

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