

Ministère du Travail et des Solidarités
Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes
handicapées
Ministère de l'Action et des Comptes publics

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES
BUREAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

BES/26/02

janvier 2026



Statistique annuelle des établissements de santé

SAE 2025

Aide au remplissage

Définitions – Consignes

Ouverture du site : 29 janvier 2026

Retour attendu :

- **12 mars 2026 (vague 1)**
- **02 avril 2026 (vague 2)**

Accès internet sur le site de collecte :
<https://www.sae-collecte.sante.gouv.fr>

lien « Informations ou aide au remplissage de la SAE »

ou par simple clic au niveau de chaque bordereau
au moment du remplissage en ligne

Table des matières

Présentation générale	5
Comment la collecte de la SAE s'adapte-t-elle à la réforme des autorisations de soins ?	7
Nouveautés de la collecte SAE 2025	9
Le pré-remplissage	12
Mode d'interrogation	13
 Identification et organisation ; filtre	
ID1 : Identification de l'entité interrogée	15
ID2 : Complément d'identification	17
STB : Structure de l'interrogation en psychiatrie et en USLD	20
ORG : Organisation et coopération	22
PN : Suivi de politiques nationales et missions de service public	26
FILTRE : Filtre déclenchant la suite du questionnaire	34
 Synthèse des activités de soins par discipline	
Personnel concourant à l'activité	39
MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique	42
PSY : Psychiatrie	54
SMR : Soins médicaux et de réadaptation	66
USLD : Unités de soins de longue durée	75
HAD : hospitalisation à domicile	79
 Équipement et plateaux techniques	
BLOCS : Sites opératoires et salles d'intervention	84
IMAGES : Imagerie médicale	91
MEDNUC : Médecine Nucléaire	98
BIOLOGIE : Biologie médicale et Anatomo-cytopathologie	104
TELEMED : Télémédecine	108
INFOMED : Information médicale	112
 Activités de soins soumises à autorisation	
PERINAT : Périnatalité	115
NEUROCHIR : Activité interventionnelle en neuroradiologie et neurochirurgie	121
CHIRCAR : Activité interventionnelle en cardiologie et chirurgie cardiaque	126
BRULES : Traitement des grands brûlés	131
PALLIA : Soins palliatifs	135
DIALYSE : Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale	140
CANCERO : Traitement du cancer	145
URGENCES : Structure des urgences	154
SMUR-SAMU : SMUR et SAMU	164
PCAMEDURG : Personnel concourant à la médecine d'urgence	169
REA : Soins critiques (réanimation et soins intensifs)	175
 Effectifs et équivalent temps plein des personnels médicaux et non médicaux ; fin	
Q20 : Personnels médicaux (hors interne) des établissements sanitaires par spécialité exercée : Effectifs et ETP moyens annuels rémunérés	183
Q21 : Personnels médicaux des établissements sanitaires par groupes de disciplines d'équipement : ETP moyens annuels rémunérés des salariés et des internes et effectifs des libéraux	190
Q22 : Internes et faisant fonction d'internes : Effectifs	195
Q23 : Sages-femmes et personnels non médicaux salariés des établissements sanitaires : Effectifs et ETP moyen annuels rémunérés	198
Q24 : Sages-femmes et personnels non médicaux salariés des établissements sanitaires par groupes de disciplines d'équipement : ETP moyen annuels rémunérés	204
FIN : Fin du questionnaire : temps de réponse à l'enquête et remarques	208

Pour les regroupements de disciplines et de grades de personnels, voir le document Nomenclatures de la SAE.

Présentation générale

La Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE) est une enquête administrative et obligatoire réalisée auprès de tous les établissements de santé publics et privés installés en France (y compris dans les départements et régions d'outre-mer [DROM]). La SAE recueille pour chaque établissement des données sur sa structure, ses capacités, ses équipements, son activité et ses personnels.

L'enquête est réalisée par la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Les modalités de l'enquête sont définies dans l'arrêté du 9 septembre 2010, publié au Bulletin Officiel du ministère de la Santé du 15 octobre 2010.

La Statistique Annuelle des Établissements de santé : un recensement des établissements et de leurs facteurs de production

Actualisée tous les ans depuis 1974, elle recueille, pour chaque établissement de santé, des données sur les facteurs de production qu'il met en œuvre pour réaliser son activité : les structures (maternités, urgences, etc.), les capacités (lits et places), les équipements (plateaux techniques), le personnel (praticiens salariés et libéraux par spécialité exercée).

Elle vise également à décrire l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, séjours en hospitalisation partielle, séances, etc.), lorsque celle-ci n'est pas déjà documentée dans le PMSI, soit en long séjour et en psychiatrie. Dans une logique de « subsidiarité » des sources, le PMSI est la source de référence pour les disciplines de court et moyen séjour. Combinés, la SAE et le PMSI permettent de calculer des taux d'occupation pour chaque discipline.

La Statistique Annuelle des Établissements de santé : une alimentation de nombreux indicateurs et tableaux de bord

L'enquête SAE fournit des éléments de cadrage indispensables et un panorama complet de l'offre de soins existante pour l'ensemble du secteur sanitaire, toutes disciplines confondues.

Elle produit ainsi des indicateurs pour le suivi des politiques nationales (plans urgence, Alzheimer) et régionales, alimente de nombreux tableaux de bord et recueils (tableaux de bord des infections nosocomiales, de contractualisation État / UNICAM, CPOM ARS, indicateurs PQE, [Hospidiag](#), [Score-santé](#), [Qualiscope](#), [Observatoire SIRSé](#), etc.), est mobilisée pour des publications sur l'offre de soins ([Panorama des établissements de santé](#), [Atlas de la santé mentale en France](#), [Atlas des soins palliatifs et de la Fin de Vie en France](#), etc.) ainsi que pour des recherches en santé publique ou en économie de la santé .

Elle permet de rendre compte des transformations des établissements et de l'organisation des soins.

- Le site internet de collecte**

L'adresse du site internet de collecte est la suivante : <https://www.sae-collecte.sante.gouv.fr/>

La navigation sur le site de collecte ainsi que les fonctionnalités d'aides et de contrôles en ligne sont décrites dans le manuel utilisateur qui est disponible sur le site de collecte.

L'aide au remplissage est accessible à tous sur internet, mais aussi en ligne au niveau de chaque bordereau pour les personnes qui ont accès au site sécurisé de collecte.

- Diffusion des données collectées**

Les données de votre établissement, une fois validées, sont usuellement mises à disposition **courant août** via le site Internet de diffusion : <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/>.

Ces données sont également disponibles **dès juillet** sous forme de base de données (fichiers csv, parquet ou SAS) sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter l'équipe dédiée à la SAE à la Drees :
Mél : drees-sae@sante.gouv.fr

Les publications de la Drees issues de la SAE sont listées en ligne sur la page décrivant l'enquête (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/00-la-statistique-annuelle-des-etablissements-sae>).

Comment la collecte de la SAE s'adapte-t-elle à la réforme des autorisations de soins ?

L'année 2024 a été la première année d'application d'une **réforme d'ampleur des autorisations de soins** (AS), pilotée par la DGOS qui a publié de décembre 2021 à décembre 2023 de nombreux décrets. Ces derniers sont relatifs aux conditions d'implantation des AS d'une part et à leurs conditions techniques de fonctionnement d'autre part, complétés selon les cas par un arrêté de fixation d'activité minimale. Dans l'ordre chronologique, elle concerne **quatorze chantiers d'autorisations de soins** : la médecine nucléaire, l'hospitalisation à domicile (HAD), la neuroradiologie interventionnelle (NRI), les soins médicaux et de réadaptation (SMR), la cardiologie interventionnelle, les soins critiques, le traitement du cancer, la médecine, la radiologie diagnostique et interventionnelle (RDI), la psychiatrie, la chirurgie, la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque et la médecine d'urgence. Sa mise en œuvre s'est poursuivie en 2025.

• Les bordereaux

Cette réforme impliquait donc notamment **une refonte de nombreux bordereaux de la SAE** à partir de la collecte de la SAE 2024, en 2025. Pour cela, un travail de concertation important a été mis en œuvre par la Drees avec l'appui de la DGOS dès l'année 2023 avec l'ensemble des parties prenantes en groupes de travail ou en Comités de pilotage SAE (regroupant aussi des représentants des ARS, des fédérations hospitalières, d'autres directions du Ministère, etc.).

L'implémentation des nouvelles autorisations étant progressive sur les années 2024 et 2025, **la refonte du questionnaire a aussi été étalée entre les millésimes de la SAE**. Par exemple, si le bordereau « MCO » rénové a bien été présenté dès la SAE 2024, le bordereau « SSR » sur le modèle de la SAE 2023 a pour sa part été conservé pour la SAE 2024 : le bordereau « SMR » rénové n'est présenté qu'à partir de la SAE 2025 (ce choix a été réalisé en anticipant un faible nombre d'autorisations de « SMR » dès l'année 2024, au vu des fenêtres d'autorisation des ARS).

Il a été décidé de n'avoir qu'un seul bordereau présenté aux établissements, qui est le même que les établissements soient en anciennes autorisations ou en nouvelles autorisations : **c'est par exemple le même bordereau SMR (rénové par rapport à la SAE 2024) qui est présenté à tous les établissements disposant d'une autorisation de médecine, que cette dernière relève de l'ancien ou du nouveau régime d'autorisations.**

Les bordereaux refondus à l'occasion de la SAE 2025 suite à la réforme des autorisations sont les suivants :

- Bordereau « BLOCS » : Sites opératoires et salles d'intervention
- Bordereau « IMAGES » : Imagerie médicale
- Bordereau « MEDNUC » : Médecine Nucléaire
- Bordereau « CANCERO » : Traitement du cancer
- Bordereau « SMR » : Soins médicaux et de réadaptation

La section « **Nouveautés de la collecte SAE 2025** » présente les principaux changements de chaque bordereau.

• Les questions portant sur les autorisations

Le caractère progressif d'application de la réforme des autorisations implique aussi une coexistence, parfois même pour un même établissement, d'anciennes autorisations (en triplet Activité-Modalité-Forme, dit « AMF ») et de nouvelles autorisations (en quintuplet Activité-Modalité-Mention-Pratiques thérapeutiques spécifiques-Déclaration, dit « AMM »). Dans les cas où des questions d'un bordereau portent sur les autorisations détenues, l'un des deux régimes d'autorisation n'est pas tout à fait adapté au bordereau de la SAE 2025.

Par exemple, dans le bordereau « SMR », c'est le cas pour les établissements qui seraient encore soumis à l'ancien régime d'autorisations de soins au 31 décembre de l'année, puisque le bordereau « SMR » ne fait plus référence à la formulation de certaines anciennes autorisations, en pédiatrie notamment.

- ➔ Dans cet exemple, il est alors demandé au répondant disposant d'une ancienne autorisation de SSR de préciser la ou les autorisations (dans la nouvelle formulation) qui correspondent le plus à l'autorisation qu'il détient au 31 décembre.
- ➔ L'Aide au Remplissage de chaque bordereau concerné précise les correspondances proposées et la chronologie de l'autorisation visée (autorisation au 31 décembre de l'année, ou toute autorisation avec une activité au moins un jour sur l'année).

- **Les unités médicales**

Le passage à une nouvelle autorisation s'est parfois accompagné d'un changement dans le typage au sein du PMSI des unités médicales (UM) associées.

Par exemple, à l'occasion de la délivrance d'une nouvelle autorisation de soins critiques, quand une unité de soins intensifs polyvalents adultes (USIP adulte) est constituée à partir de ce qui était une unité de soins de surveillance continue adulte hors grands brûlés dans l'ancien régime d'autorisation, l'activité de l'unité médicale n'est plus typée de la même manière : cette activité était dans l'ancien régime typée dans le PMSI avec le code UM '03A' pour « Soins surveillance continue adulte hors grands brûlés » ; à partir de la délivrance de l'autorisation, cette activité est par exemple typée avec le code '02C' puis '24C' depuis le 01/03/2025 pour « Soins intensifs polyvalents adultes ». Dans la SAE 2025, l'activité sur l'année et le nombre de lits au 31/12 de l'UM 03A est alors suivie dans le bordereau MCO, tandis que l'activité sur l'année et le nombre de lits au 31/12 de l'UM 02C/24C est suivie dans le bordereau Soins critiques (bordereau 'REA'). Cet exemple est donc précisé respectivement dans l'aide au remplissage du bordereau MCO, et dans celui du bordereau REA.

Nouveautés de la collecte SAE 2025

Comme chaque année, certains bordereaux sont interrogés alternativement afin de contribuer à l'allègement de la charge de collecte. Pour la SAE 2025 :

- le bordereau **PALIA** sera collecté au lieu du bordereau **DOULEUR**,
- le bordereau **BIO** sera collecté au lieu du bordereau **PHARMA**.

Mais le questionnaire de l'enquête évolue fortement à l'occasion de la SAE 2025. Les principaux changements spécifiques à chaque bordereau sont recensés ci-dessous :

- Dans le bordereau **PN**, il était précisé de longue date dans l'aide au remplissage que les consultations de génétique collectées en A63 et A64 étaient les consultations médicales de génétique : cela est précisé également dans le questionnaire pour la SAE 2025.

- Dans le bordereau **MCO**, Le libellé de la ligne 6 indique désormais explicitement d'exclure les postes de radiothérapie des places au 31/12 considérées en hospitalisation partielle ou chirurgie ambulatoire.

L'aide au remplissage des SAE précédentes précisait déjà que sont collectées en cases A37 et A38 les évaluations médicales au sein des unités gériatriques ; cela est désormais aussi précisé sur le questionnaire dans le libellé de ces cases.

- Dans le bordereau **PSY**, le titre du tableau sur la psychiatrie périnatale devient « Zoom sur la psychiatrie périnatale », afin de mettre en évidence que cette mention est déjà prise en compte dans les autres tableaux généraux du bordereau. L'aide au remplissage précise les modalités de cette prise en compte dans les autres tableaux généraux du bordereau.

Suite à l'arrêté du 4 juillet 2025, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTG) sont renommés en centres d'activité thérapeutique et de temps de groupe (CATTG), les centres de post-cure en centres de soins post aigus (CeSPA) et les unités de consultation deviennent des centres de consultation.

- Dans le bordereau **SMR**, le tableau décrivant les capacités et l'activité comporte la catégorisation des SMR pour adulte en 9 mentions proches de ce qui existaient en ancien régime d'autorisation en SSR dont une mention « Polyvalent », la création d'une nouvelle modalité « Cancers » comportant deux mentions exclusives, « Oncologie » et « Oncologie et hématologie » : dans une logique de gradation des soins pour la prise en charge adulte ; la création d'une nouvelle modalité « Pédiatrie » comportant deux mentions « Enfants et adolescents (4 ans et +) » et « Jeunes enfants, enfants et adolescents (0-3 ans et 4 ans et +) », sans distinction par type d'affection, contrairement aux adultes.

Est ajoutée une question pour les établissements ne disposant que d'un des deux modes d'hospitalisation (complète ou partielle) pour savoir s'il a signé une convention avec un autre pour réaliser la forme d'hospitalisation manquante ou s'il dispose d'une dérogation accordée par l'ARS.

Un nouveau bloc est inséré afin de décrire les activités d'expertise : présence d'une équipe mobile d'expertise en réadaptation (EMER) neuro-locomotrice (en parallèle, la question portant sur l'existence d'une équipe mobile de SSR disparaît), présence et nombre de lits au 31/12 d'activité d'expertise avec unité dédiée (SRPR ou ECA), présence d'activité d'expertise sans unité dédiée.

Au sein des équipements, en plus de nombreux changements de libellés en raison de la réforme, les modalités Balnéothérapie et Piscine, auparavant regroupées, sont désormais distinctes. Ne sont plus recensés les systèmes informatisés d'identification de la typologie du rachis hors radiologie. Sont désormais agrégés dans les plateaux de rééducation du retour à la conduite automobile à la fois les simulateurs de conduite automobile et les véhicules adaptés pour personne à mobilité réduite.

Enfin, une nouvelle catégorie de personnel est recueillie : les enseignants en activité physique adaptée (APA).

- Dans le bordereau **HAD**, La case E40 correspondant au nombre de libéraux, médecins praticiens d'HAD, intervenant sur une journée en moyenne sur décembre a été grisée car les médecins praticiens d'HAD sont nécessairement salariés de la structure.

- Dans le bordereau **BLOCS**, les actes d'interventions sous imagerie regroupent désormais tous les actes dédiés y compris les actes de cardiologie qui faisaient auparavant l'objet d'une ligne spécifique.

On distingue désormais les médecins spécialistes en radiologie interventionnelle des autres personnels médicaux. Parmi le personnel non médical, une ligne a été ajoutée pour isoler les physiciens médicaux.

- Dans le bordereau **IMAGES**, suivant les textes réglementaires du 16 septembre 2022 concernant les équipements matériels lourds (EML) d'imagerie et l'activité de soins en radiologie interventionnelle qui distinguent la radiologie diagnostique de l'interventionnelle, sont ajoutées une colonne permettant de dénombrer les équipements présents sur site et exploités par l'établissement relevant uniquement de la radiologie diagnostique (colonne J), une colonne pour ceux relevant uniquement de la radiologie interventionnelle (colonne K) ainsi que le nombre d'actes de radiologie interventionnelle relatifs aux équipements présents sur le site et exploités par l'établissement (colonne M).

Contrairement à la SAE 2024, pour les équipements présents sur site et exploités par l'établissement, l'activité réalisée pour les patients hospitalisés n'est désormais plus ventilée en fonction du lieu d'hospitalisation mais agrégée au sein d'une nouvelle colonne L (somme des ex-colonnes C, D et E).

Une distinction plus claire entre les équipements et les salles permet de rendre les tableaux de recueil de données plus lisibles.

Une nouvelle ligne permet de décrire les salles d'imagerie hors radiologie interventionnelle (ligne 17).

Les salles de radiologie conventionnelle hors radiologie vasculaire sont relibellées en salle de radiologie conventionnelle, hors radiologie interventionnelle (ligne 7).

Une nouvelle ligne permet de décrire les salles dédiées aux activités interventionnelles avec guidage par imagerie, qu'elles soient à visée diagnostique ou thérapeutique (ligne 8).

Une nouvelle colonne permet pour chacun de ces trois types de salles de recueillir le nombre de salles fonctionnant en continu.

Les équipements et personnel relevant de la médecine nucléaire sont déplacés dans le nouveau bordereau dédié. Dans la partie sur les personnels, sont ajoutées des lignes dédiées aux médecins anesthésistes réanimateurs et intensif réanimation, aux médecins spécialistes en radiologie interventionnelle (hors internes) ainsi qu'aux physiciens médicaux.

- A partir de la SAE 2025 est créé un nouveau bordereau **MEDNUC** dédié à la Médecine nucléaire conformément à la réforme des autorisations de soins qui en fait une discipline de soins à part entière.

- Dans le bordereau **TELEMED**, sont ajoutées des questions sur la téléconsultation pour des patients en SMR ou pour des patients détenus ainsi que sur la téléexpertise dans le cadre de la prise en charge de l'AVC (téléAVC) ou pour des patients détenus.

Sont agrégées les questions permettant de savoir si l'établissement de santé est requis ou requérant pour de la télésurveillance médicale via une nouvelle question demandant si l'établissement est impliqué pour de la télésurveillance médicale.

Par ailleurs, sont supprimées les lignes concernant la télésurveillance médicale relative au suivi de maladies chroniques hors gériatrie ou au suivi du traitement du cancer ou la téléassistance médicale. En revanche, une nouvelle question est ajoutée pour suivre l'existence de télésurveillance hors indications prises en charge par l'Assurance Maladie.

Enfin, sont supprimés les items portant sur certains équipements de télémédecine (salle, station, chariot, valise, ordinateur et webcam en poste fixe).

- Dans le bordereau **INFOMED**, sont supprimées les questions portant sur le caractère décentralisé ou non de la gestion des données PMSI ou RIM-P. Est ajoutée, pour chaque recueil PMSI ou RIM-P (en distinguant sa version hospitalière dite RPS de sa version ambulatoire dite RAA), une question sur la proportion du codage des diagnostics des résumés PMSI/RIM-P réalisée par des codeurs professionnels (via quatre modalités possibles allant de « nulle à assez faible » à « très importante à totale » ainsi qu'une modalité pour distinguer les établissements qui ne sont pas concernés par un recueil donné).

Par ailleurs, il est précisé pour les cases A38 et A39 (anciennes cases A26 et A27) que la question porte sur le fait que l'établissement dispose d'outils d'aide au codage concernant les diagnostics CIM-10 pour le PMSI.

- Dans le bordereau **PALIA**, Il est désormais précisé pour toutes les questions sur les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) de répondre hors équipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) alors que l'aide au remplissage précisait jusqu'à la SAE 2023 d'inclure les ERRSPP dans les réponses concernant les EMSP. Trois nouvelles questions sont ajoutées pour recueillir l'existence d'une ERRSPP au sein de l'établissement et si oui, le nombre d'interventions physiques de cette ERRSPP au sein et en dehors de l'établissement.

Sont supprimées les questions portant respectivement sur le nombre de demi-journées de temps bénévole d'accompagnement en octobre au sein des USP (Unités de Soins Palliatifs) ou au sein des EMSP (Équipe Mobile de Soins Palliatifs) au profit de l'ajout d'une nouvelle question portant sur l'existence d'une convention avec une association agréée proposant du bénévolat d'accompagnement de la fin de vie.

Enfin, sont ajoutées deux questions portant sur l'existence et le nombre de places au 31/12 d'un hôpital de jour en médecine palliative au sein de l'établissement.

- Dans le bordereau **CANCERO**, le périmètre des questions portant auparavant sur la chimiothérapie devient plus large et englobe désormais l'ensemble des traitements médicamenteux systémiques du cancer dont la chimiothérapie.

Suite à la réforme, l'activité de traitement du cancer en SMR est aussi repérée au sein du tableau global initial (lignes 4, 5, 6) et du tableau mesurant l'activité de traitement du cancer par TMSC (lignes 9 et 10).

La curiethérapie est désormais recueillie en propre (nombre de lits protégés pour curiethérapie, de séances et de séjours) et donc désormais dissociée de l'irathérapie qui se trouve, elle, collectée au sein du nouveau bordereau MEDNUC.

Les médecins anesthésistes réanimateurs et intensif réanimation sont introduits au sein des personnels concourant à l'activité de radiothérapie.

Au sein des personnels concourant aux unités d'hospitalisation individualisées de cancérologie, sont désormais distingués des autres médecins habilités en cancérologie les pédiatres, les hématologues ainsi que les oncologues médicaux en chimiothérapie. Par ailleurs, les personnels d'encadrement infirmiers (code SAE 2120) n'y sont plus à recueillir avec les infirmiers DE avec ou sans spécialisation, mais avec les autres personnels non médicaux des services médicaux.

- Dans le bordereau **URGENCES**, une question sur l'accessibilité du temps d'attente actualisé en temps réel pour les patients, par exemple via son affichage en salle d'attente ou sur Internet, est ajoutée pour les structures d'urgences générales autorisées ainsi que pour les antennes de médecine d'urgence.

- Dans le bordereau **SMURSAMU**, il est précisé que les sorties primaires mentionnées au sein du questionnaire correspondent toujours aux sorties primaires du SMUR et est ajouté le nombre d'appels décrochés en moins de 30 secondes.

- Dans le bordereau **PCAMEDURG**, est supprimée dans le tableau des personnels affectés à la médecine d'urgence la possibilité de dénombrer des médecins régulateurs hors du SAMU. De même, est retirée de ce tableau la ligne dédiée aux OSNP car il est hors filière ambulatoire SAS/PDSA (et ne concerne donc pas les OSNP).

Concernant les médecins participant à la régulation médicale de la filière ambulatoire PDSA/SAS, ceux participant à la fois à la PDSA et au SAS doivent désormais être comptés à la fois en A22 et en A23 (contrairement à la consigne donnée lors de la SAE 2024).

- ➔ Toutes les modifications, du questionnaire et des concepts, sont reportées dans l'aide au remplissage de chaque bordereau concerné.
- ➔ Les bordereaux affectés par une révision, même de faible ampleur, sont : PN, MCO, PSY, SMR, HAD, BLOCS, IMAGES, TELEMED, INFOMED, PALIA, CANCERO, URGENCES, SMURSAMU, PCAMEDURG.
A ces bordereaux s'ajoute un nouveau bordereau, le bordereau MEDNUC dédié à la médecine nucléaire.

Le Pré-remplissage

- **Un pré-remplissage des autorisations**

Toutes les questions sur les autorisations sont pré-remplies à partir du répertoire Finess (lui-même alimenté par SI-Autorisations) mais peuvent être modifiées si besoin.

- **Un pré-remplissage des principales données d'activité des PMSI MCO, HAD et SMR**

La SAE est pré-remplie par des données d'activité issues du PMSI, qui servent à contrôler d'autres variables du questionnaire

Note : **En amont de la SAE, le typage des Unités Médicales (UM) dans le PMSI est déterminant dans les imports PMSI réalisés pour la SAE, et par la suite pour la répartition des capacités entre disciplines.**

Par exemple, conformément à la nomenclature de disciplines d'équipement et à la nomenclature des unités médicales du PMSI-MCO, la chirurgie obstétrique est à classer en gynécologie-obstétrique. Mais si un établissement a fait le choix de rattacher tous ses séjours d'obstétrique (accouchements...) à une UM de chirurgie, les capacités d'accueil afférentes seront à déclarer dans la colonne « Chirurgie » du tableau de synthèse du bordereau MCO, en regard des données d'activité PMSI pré-remplies.

L'import est réalisé, en cours de collecte, par la Drees et l'ATIH dès que les fichiers PMSI du mois de décembre sont validés par l'ARS (cumul données PMSI de l'année N-1). Les imports sont réalisés entre fin février et fin mars par lot d'établissements.

En tant qu'établissement de santé, vous transmettrez vos fichiers PMSI comme à l'accoutumée, sans changement. Vous ne serez donc pas en charge de l'import, mais vos services devront s'assurer de la cohérence des données calculées via le PMSI. Pour vous y aider, vous disposerez du détail des spécifications permettant le calcul des variables, disponible sur le site de collecte (voir www.sae.drees-faq.sante.gouv.fr/import donnees PMSI).

Dans le questionnaire SAE, ces données sont usuellement de deux statuts différents :

- **Données non modifiables.** Une erreur flagrante (ex : répartition MCO non faite sur l'ensemble de l'année 2025, un problème d'identification en HAD) sera à signaler à la Hotline (hotlinesae@enquetes-drees.fr)
- **Données modifiables par l'établissement sur le site de collecte**, en raison d'un problème de couverture du champ (dialyse, radiothérapie) ou d'une mauvaise répartition par autorisation (SMR). Les données calculées à partir des actes peuvent également être modifiées par l'établissement, notamment pour enlever les prestations inter-établissement non réalisées dans l'établissement, mais présentes dans le PMSI dans le séjour du patient hospitalisé et qui n'ont pas été retirées automatiquement lors des imports PMSI.

Légende code couleur :

Pré-remplissage de données PMSI – modifiable par l'établissement



Pré-remplissage de données PMSI - non modifiable



➔ En raison de la refonte de la SAE, toutes les cases PMSI seront modifiables par les établissements lors de la SAE 2025. Toute case modifiée devra être accompagnée d'un commentaire justifiant la modification et, si besoin, d'un détail de la démarche adoptée.

Mode d'interrogation

A. CHAMP

La SAE concerne tous les établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et DROM), y compris les structures qui ne font qu'un seul type d'hospitalisation (exemple : hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile, etc.) ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins. Sont également inclus, les services pénitentiaires des établissements de santé et le service de santé des armées.

Définition du champ :

Entrent dans le champ tous les établissements suivants, publics ou privés, ayant eu une activité au cours de l'année d'exercice :

- Établissements de l'agrégat de catégorie niveau 2 égal à 1100 (Établissements hospitaliers)
- Établissements de l'agrégat de catégorie niveau 2 égal à 1200 (Autres établissements relevant de la loi hospitalière), sauf catégorie 126 (Établissement thermal)
- Établissements de catégorie égale à 433 (Établissement sanitaire des prisons), 114 (Hôpital des armées) ou 115 (Établissement de soins du service de santé des armées)
- Établissements de catégorie 426 (Syndicat Inter Hospitalier (SIH)), 698 (Autre Établissement Loi Hospitalière), 699 (Entité ayant autorisation et établissements publics) : à condition qu'ils aient une autorisation pour les activités de soins en médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique et néonatalogie et réanimation néonatale, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée et activités spécifiques de court séjour soumises à autorisation (dont traitement du cancer, accueil et traitement des urgences, dialyse...)

L'année d'exercice N concerne **tous les établissements du champ ayant eu une activité au cours de l'année N, y compris ceux créés ou fermés au cours de l'année.**

B. ENTITE INTERROGEE

La nature de l'entité interrogée (établissement géographique ou entité juridique) dépend du statut et de la catégorie de l'établissement. Sont ainsi distingués 10 groupes d'entités interrogées, et 5 groupes d'entités qui ne sont pas interrogées directement.

- SECTEUR PUBLIC (statut juridique < 40)

Principe général : Les établissements géographiques sont interrogés.

Les établissements se répartissent en 5 groupes :

Groupe 03 : Établissements des trois AP (entités juridiques 750712184 : APHP, 690781810 : HCL et 130786049 : APHM)

Groupe 13 : Établissements du Service de santé des armées (EJ 750821092)

Groupe 04 : Autres établissements publics des EJ

Groupe 10 : Établissements sanitaires publics non rattachés à une entité juridique publique sanitaire

Groupe 14 : Établissements de santé mentale publics

Les **ET de santé mentale** font l'objet d'une interrogation groupée. Chacun des établissements « principaux » (hors structures ambulatoires, CMP et CATTP) est interrogé (en groupe 03, 04 ou 14) et répond alors pour l'ensemble des structures listées et situées dans son département. Le bordereau STB fournit la liste des structures pour lesquelles répond chaque établissement principal. Les établissements pour lesquels répondent les ET constituent un groupe informatif différent, le **groupe 24**.

Les **USLD publiques se situant dans les mêmes locaux qu'un autre établissement interrogé**, ne remplissent pas de questionnaire SAE propre. Ces ET non interrogés constituent le **groupe 34** « ET USLD situés à la même adresse qu'un ET public » (rattachés à un ET de groupe 04).

- SECTEUR PRIVE (code statut juridique >= 40)

1. Principe général

L'entité interrogée est l'établissement géographique (un questionnaire par numéro FINESS). Les établissements privés interrogés directement, hors cas particuliers décrits ci-dessous, constituent le **groupe 09**.

2. Cas particuliers

a. Radiothérapie

C'est l'établissement géographique dans lequel est implanté l'équipement qui répond directement pour son activité de radiothérapie.

S'il n'a qu'une activité de radiothérapie ou est un centre de lutte contre le cancer, il fait partie du **groupe 18**.

S'il a une autre activité décrite dans la SAE, il fait alors partie du **groupe 09**.

Remarque :

Un même établissement géographique ne peut pas figurer dans plusieurs groupes.

b. Établissements privés de santé mentale

Il s'agit des établissements privés de l'agrégat de catégorie 1111 (catégories 156, 161, 366, 412, 415, 425, 430, 444) ou de la catégorie 292.

Est interrogé :

- L'EJ, lorsqu'elle a plusieurs établissements de santé mentale, tous situés dans le même département. Elle remplit un seul questionnaire pour l'ensemble de ses établissements de santé mentale. Ces EJ constituent le **groupe 05**.

Le bordereau STB indique pour chaque EJ de santé mentale (groupe 05), la liste des établissements pour lesquels elle est interrogée. Ces établissements pour lesquels répondent les EJ du groupe 05 constituent un groupe informatif, le **groupe 25**.

- L'ET, lorsque l'EJ n'a qu'un seul établissement de santé mentale. Il fait partie du **groupe 15**.

- Un ET principal par département, lorsque l'EJ a plusieurs établissements de santé mentale, qui ne sont pas tous situés dans le même département. L'établissement principal interrogé fait partie du **groupe 15**.

Chacun des établissements « principaux » répond alors pour l'ensemble des structures situées dans son département. Le bordereau STB fournit la liste des structures pour lesquelles répond chaque établissement principal. Les établissements pour lesquels répondent les ET du groupe 15 constituent un groupe informatif différent, le **groupe 35**.

c. Épuration extra-rénale (EER) communément appelé dialyse

Les établissements de dialyse sont interrogés (catégories 141, 146 ou 422 avec une autorisation de l'agrégat de discipline d'équipement 0311).

Chaque centre de dialyse remplit un questionnaire sous son propre numéro FINESS. Les centres de dialyse constituent le **groupe 07**.

d. USLD

Comme pour les USLD du secteur public, les USLD privées situées à la même adresse qu'un autre établissement interrogé sont classées en **groupe 39** « ET USLD situés à la même adresse qu'un ET privé » (rattachés à un ET de groupe 09), et ne sont pas interrogées elles-mêmes.

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 :
<input type="radio"/> Entité juridique B1 <input type="text"/>		C1 <input type="text"/>	D1 <input type="text"/>
<input type="radio"/> Etablissement			
Raison sociale de l'entité interrogée :		A2 <input type="text"/>	
Complément de raison sociale :		A3 <input type="text"/>	
Complément de distribution :		A4 <input type="text"/>	

Adresse

N° Voie	Type voie	Nom de la voie :
A5 <input type="text"/>	B5 <input type="text"/>	C5 <input type="text"/>
Lieu-dit ou Boîte Postale :		
A6 <input type="text"/>		
Code postal :	Libellé commune :	
A7 <input type="text"/>	B7 <input type="text"/>	

Commune INSEE	A8 <input type="text"/>	B8 <input type="text"/>
Département	A9 <input type="text"/>	B9 <input type="text"/>
Région	A10 <input type="text"/>	B10 <input type="text"/>
Statut juridique	A12 <input type="text"/>	B12 <input type="text"/>
Catégorie	A13 <input type="text"/>	B13 <input type="text"/>

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

Réserve aux établissements privés

L'entité juridique de rattachement de l'établissement interrogé est-elle filiale d'un groupe ?		A16	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui, Numéro SIREN de la tête de groupe :		A17 <input type="text"/>		
Raison sociale : A18		<input type="text"/>		

<p>A19</p> <p>Qualité d'ESPIC (Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif)</p> <p><input type="radio"/> ESPIC (non lucratif) <input type="radio"/> non ESPIC (non lucratif) <input type="radio"/> non concerné</p>	<p>A20</p> <p>Mode de fixation de tarif</p> <p><input type="radio"/> DG ou ex-DG <input type="radio"/> OQN ou ex-OQN <input type="radio"/> Tarif d'autorité <input type="radio"/> Autres</p>	<p>A21</p> <p>Convention collective de rattachement des personnels non médicaux</p> <p><input type="radio"/> 31 octobre 1951 (FEHAP) <input type="radio"/> 29 juin 1998 (FNCLCC) <input type="radio"/> Croix-Rouge (1986) <input type="radio"/> 8 février 1957 (UCANSS) <input type="radio"/> 18 avril 2002 (FHP) <input type="radio"/> 26 février 1987 (MGEN) <input type="radio"/> 12 juin 1975 (FNEMEA) <input type="radio"/> Autres <input type="radio"/> Sans</p>	
<p>Veuillez confirmer votre statut ESPIC dans la case ci-dessous :</p> <p>A19B</p> <p>Qualité d'ESPIC (Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif)</p> <p><input type="radio"/> ESPIC (non lucratif) <input type="radio"/> non ESPIC (non lucratif) <input type="radio"/> non concerné</p>		<p>Veuillez confirmer votre mode de fixation de tarif dans la case ci-dessous :</p> <p>A20B</p> <p>Mode de fixation de tarif (hors MCO)</p> <p><input type="radio"/> DG ou ex-DG <input type="radio"/> OQN ou ex-OQN <input type="radio"/> Tarif d'autorité <input type="radio"/> Autres</p>	

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 (à 9 chiffres, pour l'entreprise) pour les groupes 02 (EJ publiques), 05 (EJ privées de santé mentale), 06 (EJ privées de dialyse uniquement) ou 08 (EJ privées de radiothérapie uniquement ou centre de lutte contre le cancer) ou Siret (14 chiffres, pour l'établissement) pour les autres groupes : 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

Tarification 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. La case A20 est initialisée dans le bordereau ID1 avec le mode de financement présent dans le répertoire Finess.

OQN : Objectif quantifié national

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, lithotripteur, 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 courriels professionnels. Ces informations sont destinées à faciliter les contacts dans les établissements de santé (orientation des courriers et courriels de la collecte, échanges avec les gestionnaires de l'enquête, communication sur l'enquête). Les destinataires des données sont les gestionnaires de l'enquête (à la Drees et 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.

Plusieurs adresses électroniques peuvent être indiquées en A11, par exemple en les séparant par un espace (mais pas par un point-virgule « ; »).

- 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 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)**

Cases C1 à C4 : 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 (**à 9 chiffres**) et les numéros Siret (**à 14 chiffres** : Siren + Nic) utilisés pour les **DSN en 2025**.

Attention, les numéros Siret des établissements médico-sociaux (maison de retraite, EPHAD, etc.) rattachés aux entités sanitaires interrogées ne doivent pas être renseignés.

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 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 Unités de Soins de Longue Durée (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 la hotline SAE (hotlinesae@enquetes-drees.fr) afin qu'elle 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 ?

Si oui, ce dispositif est-il ?

A26 Oui Non

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 ?

Si oui, combien ?

Indiquez les cinq premiers GHT auxquels vous appartenez :

A17 Oui Non

A18

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 concernant le personnel médical que 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.

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'équipements matériels lourds (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, dérogatoire 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) :

A1	
A2	

Médecins et Pharmaciens hors internes (en ETP) :

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 (aux) PASS :

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

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 :

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

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

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 :

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, S'agit-il d'une consultation mémoire de territoire ?

S'agit-il d'une consultation mémoire de proximité ?

La consultation est-elle labellisée ?

Combien avez-vous d'unités de consultations mémoire ?

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 ?

A20	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A21	
A22	
A23	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A76	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A77	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A25	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A24	
A26	
A27	
A28	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Personnel des centres (CMRR) et des consultations mémoire	Code SAE		Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel	ETP moyens annuels
			A	B	C
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 SMR ?

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 SMR ?

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) :

Nombre d'ETP (annuel) dédiés à ces consultations (hors internes) :

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

10 - Existence de consultations de génétique

Si oui, Nombre de consultations médicales réalisées dans l'année :

Dont nombre de consultations médicales 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 schéma régional de santé [SRS]). 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.

Les points communs de ces diverses missions sont d'être inscrits dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements concernés.

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.

Les informations attendues dans ce bordereau nécessitent la collaboration entre les équipes chargées d'assurer ces missions et l'équipe administrative gestionnaire de la SAE.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

[Instruction interministérielle n°DGS/SP/DGOS/DSS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, livre 3](#)

NOUVEAUTES SAE 2025

Il était précisé de longue date dans l'Aide au remplissage que les consultations de génétique collectées en A63 et A64 étaient les consultations **médicales** de génétique : cela est précisé également dans le questionnaire pour la SAE 2025.

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

Cases A1 et A2 : Les principales données d'activité et de résultats des établissements en matière de lutte contre les infections nosocomiales faisant l'objet de recueils spécifiques, le questionnement 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 (PASS) 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 (EMPP). 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. [l'instruction n°DGOS/P3/2024/82 du 6 juin 2024 relative à la mise en œuvre d'une coordination régionale des équipes mobiles psychiatrie précarité \[EMPP\]](#) et [le cahier des charges associé](#)).

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 soient 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 [A11], autres spécialités hormis la psychiatrie [A12], et psychiatrie¹ [A13]), le nombre d'actes de psychiatrie [A75], le nombre de consultations dentaires [A14] ainsi que le nombre de patients différents vus au moins une fois en consultation au cours de l'année (file active) [A15].

Case A16 : Nombre de chambres sécurisées : « L'hospitalisation de courte durée prévisionnelle ou en urgence des personnes détenues se réalise en principe au sein de l'établissement de santé de rattachement de l'USMP. Cette hospitalisation a lieu dans une chambre sécurisée de cet établissement de rattachement, sauf si l'état de santé du patient nécessite le recours à un service très spécialisé ou à un plateau technique n'existant pas dans ledit établissement. Les chambres sécurisées répondent à un cahier des charges (...) annexé à 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

Dans le cadre des différents plans de santé publique consacrés à ces pathologies, a été mis en œuvre un maillage territorial de consultations mémoire (CM) et de 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 SMR 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'un CMRR, sans autre consultation mémoire, répondre non.

Cases A76 et A77 : L'instruction DGOS/R4/2022/217 du 10 octobre 2022 relative au nouveau cahier des charges des consultations mémoire et des centres mémoire ressources et recherche a renouvelé leur cahier des charges et identifie désormais deux catégories : **les consultations mémoires de territoire (CMT)**, labellisées par les ARS, qui exercent

¹ Le terme de consultation de psychiatrie est ici à entendre au sens d'Entretien (E) selon la logique de la grille EDGARX.

l'ensemble des missions renouvelées et possèdent les compétences nécessaires et un plateau technique complet, et **les consultations mémoires de proximité**, qui exercent des missions en fonction des besoins du territoire (sans posséder toutes les obligations des CMT), reconnues par les ARS et rattachées chacune à une CMT.

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 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 de 1 à 5 maximum), et non un nombre de consultations.

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.

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 Médicaux et de Réadaptation (SMR), 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 (UHR) 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. 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 (VIH) 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'alcoolologie, de toxicomanie, de tabacologie, troubles des conduites alimentaires et 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 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 (à ne pas confondre avec les biologistes spécialisés en génétique moléculaire) permet notamment 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**). Pour éviter de les compter deux fois, seul l'établissement dont dépend l'équipe de génétique médicale renseigne les consultations (et pas les éventuels autres établissements où cette équipe peut effectuer des consultations avancées).

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.

BORDEREAU FILTRE

L'objectif de ce bordereau est de caractériser précisément l'offre de soins disponible et accessible cette année dans votre établissement et de déterminer ainsi les parties de questionnaire qui vous concernent. Il s'agit de lister toutes les activités et tous les équipements disponibles sur le site de votre établissement, quelles que soient les organisations juridiques associées. Les activités et équipements présents dans l'année doivent être déclarés, même s'ils ont fermé en cours d'année.

Description globale de l'offre de soins de l'année

	Valeur modifiable	Filtres	Pour information, valeur initiale (preremplie via les autorisations)
Quelles activités cliniques sont présentes dans votre établissement ?			
Médecine	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui Bloc A + bordereau MCO	B1 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Chirurgie	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui Bloc A + bordereau MCO + bordereau secteur interventionnel (blocs et sites opératoires)	B2 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Périnatalité (Obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale, IVG)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui Bloc A + bordereau MCO + bordereau périnatalité	B3 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Psychiatrie	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau psychiatrie	B4 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Soins médicaux et de réadaptation	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau SMR	B5 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Soins de longue durée	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau USLD	B6 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Radiothérapie (radiothérapie externe ou curiethérapie)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau traitement du cancer	B9 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC), dont chimiothérapie (autorisé ou associé)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau traitement du cancer	B10 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Dialyse (techniques d'épuration extra-rénale)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Dialyse	B11 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
IVG ou AMP clinique ou lactarium	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau MCO + bordereau périnatalité	B12 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Centre périnatal de proximité	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau périnatalité	B13 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
HAD	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau HAD	B14 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Disposez-vous d'une structure des urgences autorisée (générales ou pédiatriques ou antenne de médecine d'urgence) au sein de votre établissement ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau MCO + bordereau urgences + bordereau PCAMEDURG	B16 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Disposez-vous d'un SAMU ou d'un SMUR (ou d'une antenne SMUR) au sein de votre établissement ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau SAMU/SMUR + bordereau PCAMEDURG	B17 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Disposez-vous d'un plateau technique au sein de votre établissement comprenant de façon spécifique...			
des activités de bloc opératoire ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau secteur interventionnel (blocs et sites opératoires)	B18 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
une activité d'imagerie (hors médecine nucléaire), que vous soyez propriétaires ou non des équipements sur site ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Répondre oui si des équipements (hors ceux de médecine nucléaire) sont présents sur site Si oui bordereau imagerie	B19 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
des salles dédiées aux activités interventionnelles avec guidage par imagerie, avec ou sans anesthésie ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau secteur interventionnel (blocs et sites opératoires) + bordereau Imagerie	B41 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
une activité de médecine nucléaire (équipements présents et exploités sur site) ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Répondre oui si des équipements sont présents et exploités sur site Si oui Médecine nucléaire	
une production de biologie médicale ou d'anatomopathologie ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau biologie médicale et anatomopathologie	
des salles dédiées à d'autres activités avec ou sans anesthésie réalisées au bloc opératoire ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau secteur interventionnel (blocs et sites opératoires)	
Prenez-vous en charge d'autres activités médico-techniques ?			
Organisation du circuit du médicament	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Le bordereau pharmacie n'est pas collecté cette année : il est en alternance avec le bordereau biologie médicale et anatomopathologie	B30 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Stérilisation des dispositifs médicaux	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Le bordereau pharmacie n'est pas collecté cette année : il est en alternance avec le bordereau biologie médicale et anatomopathologie	B31 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Information médicale	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau information médicale	
Développez-vous une activité de télémédecine, en lien avec d'autres établissements de santé, des professionnels de la médecine de ville ou des établissements médico-sociaux (que ce soit en tant que demandeur ou sollicité) ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau télémédecine	
Disposez-vous...			
d'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau soins palliatifs	
d'une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (centre ou consultation) ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Le bordereau douleur n'est pas collecté cette année : il est en alternance avec le bordereau soins palliatifs	
d'une activité de soins palliatifs (LISP, USP) soumise à autorisation ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau soins palliatifs	

Bloc A : description détaillée de certaines activités de médecine et chirurgie

Quelles activités de soins soumises à autorisation, précisément ?

Activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Chirurgie cardiaque + bordereau secteur interventionnel (blocs et sites opératoires)	B30 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Soins critiques (réanimation et soins intensifs)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Réanimation	B31 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Chirurgie oncologique	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau traitement du cancer + bordereau secteur interventionnel (blocs et sites opératoires)	B32 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Neurochirurgie	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Neurochirurgie + bordereau secteur interventionnel (blocs et sites opératoires)	B33 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Activités interventionnelles sous imagerie médicale en neuroradiologie	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Neurochirurgie + bordereau secteur interventionnel (blocs et sites opératoires)	B34 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Transplantations d'organes et greffes de moelle osseuse	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau secteur interventionnel (blocs et sites opératoires)	B35 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Traitement des grands brûlés	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Traitement des grands brûlés	B36 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Chirurgie cardiaque	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui bordereau Chirurgie cardiaque + bordereau secteur interventionnel (blocs et sites opératoires)	B37 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

FILTRE

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau est la première étape primordiale du remplissage du questionnaire. Le principe du bordereau FILTRE est de lister toutes les activités et tous les équipements disponibles sur le site de votre établissement, quelles que soient les organisations juridiques associées. Le bordereau FILTRE permet de simplifier la saisie de l'établissement, en adaptant la liste des bordereaux au cas de chaque établissement.

Avant de commencer le remplissage des bordereaux proprement dits, l'établissement doit vérifier et éventuellement compléter le FILTRE, selon le périmètre de ses activités : il doit le remplir et le valider pour déclencher l'ensemble du reste du questionnaire sur le site de collecte. En effet, grâce au FILTRE, la liste des bordereaux à remplir se réduit aux bordereaux pour lesquels il dispose d'une autorisation connue à l'ouverture de l'enquête.

- Pour les activités de soins soumises à autorisations, les questions sont pré-initialisées à partir des autorisations figurant à l'automne dans SI-Autorisations via Finess. **Si ces autorisations ne correspondent pas à l'activité qui est réalisée dans l'établissement**, vous pouvez corriger la valeur située en **colonne A**. La valeur initiale reste affichée en **colonne B**, pour information. Le cas échéant, vous devez contacter votre ARS pour faire mettre à jour le répertoire des autorisations.
- Pour les équipements et activités médico-techniques ou de plateau technique, vous devez renseigner si l'activité est présente ou non, celle-ci n'étant pas pré-remplie.

Toute activité ayant eu lieu dans l'année doit être déclarée, même si elle a fermé en cours d'année.

Le bloc A concerne des activités de soins soumises à autorisation. Le bloc s'ouvre dès que l'établissement a une activité de MCO (cases A1, A2 ou A3).

Deux types d'actions sont possibles sur le bordereau FILTRE : l'enregistrer ou le valider. Si on l'enregistre, on sauvegarde les cellules remplies, mais on ne déclenche pas le questionnaire avec l'ensemble des bordereaux à remplir ; seule la validation rend l'ensemble des bordereaux à remplir saisissables.

Au terme de sa vérification, l'établissement doit valider le FILTRE afin de fixer le contenu du questionnaire à remplir, et notamment afin de pouvoir accéder aux bordereaux qui étaient initialement grisés. Seuls les bordereaux pour lesquels les questions du FILTRE sont remplies à « oui » figurent dans la liste. Le FILTRE ne peut être validé que s'il ne comporte aucune erreur bloquante.

Vous pouvez modifier le bordereau FILTRE à tout moment de la collecte et revenir en arrière sur le FILTRE déjà validé. **Attention**, si vous enlevez un équipement ou une activité présente (en passant à « non » ou vide, une question préalablement à « oui », permettant l'accès à un bordereau), il faut savoir que les données préalablement saisies sur ce bordereau sont définitivement effacées.

Cases A10 et B10 : Alors que jusqu'à la SAE 2023, était demandé si l'établissement dispensait une activité clinique sans hébergement de chimiothérapie (autorisée ou associée), il est désormais plus généralement demandé, en phase avec le nouveau régime des autorisations, si l'établissement dispense des activités cliniques de Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC), dont chimiothérapie (autorisée ou associée). Les TMSC incluent, outre la chimiothérapie, les thérapies ciblées, l'immunothérapie, les médicaments de thérapie innovante (MTI).

Cases A41 et B41 : « Disposez-vous d'un plateau technique au sein de votre établissement comprenant de façon spécifique une activité de médecine nucléaire (équipements présents et exploités sur site) ? »

Attention, la case B41 est pré-remplie à oui ou non suivant que nous avions connaissance ou non de la détention d'une autorisation de médecine nucléaire sur 2025 (autorisation n'existant que dans le nouveau régime des autorisations). **Même en l'absence de détention d'une autorisation de médecine nucléaire en 2025, remplir A41 à oui si des équipements de médecine nucléaire sont présents et exploités sur site.**

Attention ! Vous pouvez être amené à revoir le FILTRE suite à l'import des données PMSI (MCO, SMR et HAD).

En effet, celles-ci peuvent alors ouvrir un bordereau non accessible jusque-là et les réponses au FILTRE peuvent être modifiées. Par exemple, des données de réanimation sont importées, alors que la case A31 correspondante du FILTRE est mise à « non ». Lors de l'import, les données du bordereau REA sont importées et la case A31 du FILTRE est « forcée » à « oui ».

Après l'import, il est donc nécessaire que vous re-contrôliez le FILTRE. Vous devez ensuite décider de garder ou non ce bordereau et revalider le FILTRE en conséquence.

Modalités de pré-remplissage du bordereau FILTRE

Case	Libellé	Pré-remplissage (ancien régime d'autorisation)	Pré-remplissage (nouveau régime d'autorisation)
A1	Médecine	Autorisation de médecine en hospitalisation partielle ou en hospitalisation complète	Autorisation de médecine, de structure des urgences, de soins critiques, d'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie ou de greffe de cellules hématopoïétiques
A2	Chirurgie	Autorisation de chirurgie en hospitalisation complète ou de chirurgie ambulatoire	Autorisation de chirurgie générale, oncologique, cardiaque, grands brûlés, neurochirurgie, activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie ou de greffe du cœur
A3	Périnatalité (Obstétrique, néonatalogie , réanimation néonatale, IVG)	Autorisation de périnatalité avec hébergement	Autorisation de périnatalité
A4	Psychiatrie	Autorisation de psychiatrie adulte, de l'enfant et de l'adolescent, en hospitalisation complète, en hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, ou avec une catégorie de maison de santé pour maladies mentales-161, appartement thérapeutique-412, ou de centre de crise ou d'accueil permanent-444, ou d'accueil familial thérapeutique, ou avec une catégorie de CMP-156, CHS-292, atelier thérapeutique-366, SMPR-415, CATTP-425 ou de centre de post-cure-430	Autorisation de psychiatrie adulte ou de l'enfant et de l'adolescent en hospitalisation complète ou périnatale ou soins sans consentement, en hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, ou avec une catégorie de maison de santé pour maladies mentales-161, appartement thérapeutique-412, ou de centre de crise ou d'accueil permanent-444, ou d'accueil familial thérapeutique, ou avec une catégorie de CMP-156, CHS-292, atelier thérapeutique-366, SMPR-415, CATTP/CATTG-425 ou de centre de post-cure/centre de soins post aigus-430
A5	Soins médicaux et de réadaptation	Autorisation de soins de suite et de réadaptation (avec ou sans hébergement)	Autorisation de soins médicaux et de réadaptation (avec ou sans hébergement)
A6	Soins de longue durée	Autorisation de soins de longue durée	Autorisation de soins de longue durée
A9	Radiothérapie	Autorisation de radiothérapie (radiothérapie externe et/ou curiethérapie)	Autorisation de traitement du cancer modalité Radiothérapie externe ou curiethérapie
A10	Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC), dont chimiothérapie	Autorisation de chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer ou établissement associé	Autorisation de traitement du cancer modalité Traitements médicamenteux systémiques du cancer
A11	Dialyse	Autorisation de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ou	Autorisation de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ou établissement de catégorie 141, 146 ou 422

		établissement de catégorie 141, 146 ou 422	
A12	IVG ou AMP clinique ou lactarium	Autorisation de gynécologie-obstétrique en hospitalisation à temps partiel	Autorisation de périnatalité
A13	Centre périnatal de proximité	Hors CPP seul, pas de pré-remplissage	Hors CPP seul, pas de pré-remplissage
A14	Hospitalisation à domicile	Autorisation de médecine, de gynécologie-obstétrique ou de SSR en hospitalisation à domicile	Autorisation d'hospitalisation à domicile
A16	Structure autorisée des urgences	Autorisation de structure des urgences (générales ou pédiatriques)	Autorisation de structure des urgences (générales ou pédiatriques ou SAMU ou SMUR ou antenne de médecine d'urgence)
A17	SAMU ou SMUR	Autorisation de SAMU ou de SMUR (y compris antennes SMUR et service d'accès aux soins)	Autorisation de SAMU ou de SMUR (y compris antennes SMUR et service d'accès aux soins)
A18	Activités de bloc opératoire	Pré alimenté si chirurgie (cf. A2)	Pré alimenté si chirurgie (cf. A2)
A19	Activités d'imagerie hors médecine nucléaire	Sans objet	Dans de prochaines SAE, cela sera pré-alimenté quand l'information sera disponible dans Finess
B41	Activités de médecine nucléaire	Sans objet	Autorisation de médecine nucléaire mais certains établissements peuvent disposer d'équipements présents et disponibles sur site et être encore dans l'attente de l'autorisation dédiée.
A30	Activités interventionnelles en cardiologie	Autorisation d'activités interventionnelles en cardiologie	Autorisation d'activités interventionnelles en cardiologie
A31	Soins critiques	Autorisation de soins critiques (réanimation et soins intensifs)	Autorisation de soins critiques (réanimation et soins intensifs)
A32	Chirurgie oncologique	Autorisation de chirurgie oncologique	Autorisation de chirurgie oncologique
A33	Neurochirurgie	Autorisation de neurochirurgie	Autorisation de neurochirurgie
A34	Activités interventionnelles en neuroradiologie	Autorisation d'activités interventionnelles en neuroradiologie	Autorisation d'activités interventionnelles en neuroradiologie
A35	Transplantation d'organes et greffes de moelle osseuse	Autorisation de greffe	Autorisation de greffe
A36	Traitement des grands brûlés	Autorisation de grands brûlés	Autorisation de grands brûlés
A37	Chirurgie cardiaque	Autorisation de chirurgie cardiaque	Autorisation de chirurgie cardiaque

PERSONNEL DANS LES BORDEREAUX D'ACTIVITES DE SOINS

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

Champ des personnels à inclure

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

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

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

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

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

Concept d'ETP_T

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

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

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

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

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

Définitions des principaux concepts mesurés

- **Effectif au 31 décembre**

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

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

À partir de la SAE 2022, les effectifs au 31/12 ne sont demandés que pour les libéraux.

- **ETP moyens annuels travaillés (ETP_T)**

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

Par exemple :

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

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

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

Par exemple :

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

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

Exemples

Cas 1 d'un personnel travaillant dans deux établissements géographiques

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

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

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

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

	ETP_T
Bordereau MCO	0,20
Bordereau SMR	0,80

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

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

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

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

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

Dans tous les cas de figure possible, les ETP_T comme les ETP_R seront toujours compris entre 0 et 1 pour chaque salarié, par convention et sans exception. Aucun salarié ne doit compter pour plus de 1 ETP dans les informations renseignées dans la SAE, qu'il s'agisse d'ETP_T ou d'ETP_R.

MEDECINE CHIRURGIE OBSTETRIQUE (1/2)
(hors HAD, psychiatrie, SMR et SLD)

Description des capacités et des activités

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

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

Focus sur certaines unités médicales (UM) spécifiques : pédiatrie, gériatrie, neurovasculaire, surveillance continue

A - UNITE PEDIATRIQUE

Existe-t-il une (ou plusieurs) unité(s) ou service(s) pédiatrique(s) dans l'établissement ?
(avec une UM typée dans le PMSI-MCO)^(*)
(*) : unité(s) ou service(s) à déclarer et décrire **uniquement** si une UM de pédiatrie a été typée dans le PMSI-MCO.

Si oui, description agrégée de ces unités ou services pédiatriques

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

A23

oui non

B – UNITE DE MEDECINE GERIATRIQUE

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

A36 oui non

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

A37

A38

A39

A40

Existe-t-il une (ou plusieurs) unité(s) ou service(s) de médecine gériatrique (ou plusieurs) dans l'établissement ?
(avec une UM typée dans le PMSI-MCO)^(*)
(*) : unité(s) ou service(s) à déclarer et décrire **uniquement** si une UM de gériatrie a été typée dans le PMSI-MCO.

A41 oui non

Si oui, description agrégée de ces unités ou services de médecine gériatrique

Nombre de lits installés/places au 31/12	Hospitalisation complète		Hospitalisation partielle	
	Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle	A	B
	F	G	D	E
42				
43	PMSI	PMSI		
44	PMSI			

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

MEDECINE CHIRURGIE OBSTETRIQUE (2/2)
(hors HAD, psychiatrie,SMR et SLD)

C - UNITE NEUROVASCULAIRE (Prise en charge des AVC)

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

(avec une UM typée dans le PMSI-MCO)^(*)

(*): unité(s) ou service(s) à déclarer et décrire uniquement si une UM neuro-vasculaire a été typée dans le PMSI-MCO.

A52	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

Si oui,

Nombre de lits de l'UNV (y compris ceux de soins intensifs neurovasculaires) au 31/12	A53	
Nombre de séjours	A54	PMSI
Nombre de journées	A55	PMSI

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

D - UNITE DE SURVEILLANCE CONTINUE (USC, hors grands brûlés)

Existe-t-il une unité de surveillance continue (USC), hors grands brûlés, dans l'établissement ?

(avec une UM typée dans le PMSI-MCO)^(*)

(*): unité(s) à déclarer et décrire uniquement si une UM de surveillance continue adulte et/ou pédiatrique, hors grands brûlés, a été typée dans le PMSI-MCO

A61	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

Si oui,

	SURVEILLANCE CONTINUE ADULTES	SURVEILLANCE CONTINUE PEDIATRIQUE	A	B
			A	B
Nombre de lits de l'USC au 31/12	62			
Journées lits-exploitables	63			
Nombre de séjours	64	PMSI	PMSI	
Nombre de journées	65	PMSI	PMSI	

Personnels concourant à l'activité (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)	Code SAE		ADULTE		PEDIATRIQUE	
			ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12
			A	B	C	D
Médecins (hors internes)	M1000	66				
Infirmiers DE avec spécialisation	N2300	67				
Infirmiers DE sans spécialisation	N2200	68				
Aides-soignants	N2500	69				
Kinésithérapeutes	N2130 N2410	70				
Autre personnel non médical		71				

Médecine, Chirurgie, Gynécologie-Obstétrique

et focus sur certaines unités médicales (UM) spécifiques (pédiatrie, gériatrie, neuro-vasculaire et surveillance continue)

PRINCIPES DU BORDEREAU

Le bordereau décrit les capacités d'accueil et l'activité de médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique et surveillance continue, selon les différentes modalités de prise en charge offertes par l'établissement, y compris les alternatives à l'hospitalisation. Ce bordereau ne prend toutefois pas en compte l'activité générée par les bébés restés auprès de leur mère, dont les séjours ne sont pas comptabilisés. L'HAD ne rentre également pas dans le champ de ce bordereau et fait l'objet d'un bordereau spécifique.

Le bordereau réalise un focus sur certaines unités médicales (UM) spécifiques à la prise en charge de populations ciblées selon l'âge ou la pathologie : les unités dédiées de pédiatrie, de médecine gériatrique, neuro-vasculaire et de surveillance continue.

Les objectifs du bordereau sont :

- Décrire l'offre de soins de médecine, en particulier celle dédiée aux enfants, aux personnes âgées, à la prise en charge initiale des accidents vasculaires cérébraux, y compris en termes de permanence des spécialistes impliqués, ainsi que celle dédiée à la surveillance continue (hors grands brûlés).

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

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

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

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

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions du bordereau FILTRE A1, A2, A3 (médecine, chirurgie et périnatalité), A12 (IVG, AMP clinique ou lactarium), et A16 (structure des urgences autorisée – urgences générales ou pédiatriques ou antenne de médecine d'urgence)).

DEFINITIONS REGLEMENTAIRES

« 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)

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décret n°2022-1046 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de médecine

Décret n°2022-1047 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de médecine.

Décret n° 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie.

Décret n° 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie.

Arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions chirurgicales mentionnées à l'article R. 6123-208 du code de la santé publique.

Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques.

Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques.

Arrêté du 26 avril 2022 modifiant l'arrêté du 4 août 2006 fixant l'activité minimale annuelle des unités de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique.

Instruction DGOS/R4/DGCS/3A/2021/233 du 19 novembre 2021 relative au déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie hospitalières sur les lieux de vie des personnes âgées.

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

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

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

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

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

NOUVEAUTES SAE 2025

Le libellé de la ligne 6 indique désormais explicitement d'exclure les postes de radiothérapie des places au 31/12 considérées en hospitalisation partielle ou chirurgie ambulatoire.

L'aide au remplissage des SAE précédentes précisait déjà que sont collectées en cases A37 et A38 les évaluations médicales au sein des unités gériatriques ; cela est désormais aussi précisé sur le questionnaire dans le libellé de ces cases.

Rappel : En cas de transformation en cours d'année 2025 de lits de surveillance continue en lits d'une Unité de Soins Intensifs Polyvalents (USIP), il est important de ne pas comptabiliser les lits basculés en USIP dans les cases A62 et B62 du bordereau MCO, comptant uniquement les lits de surveillance continue au 31 décembre 2025.

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

Conformément à la nomenclature de disciplines d'équipement et à la nomenclature des unités médicales du PMSI-MCO, la réanimation et la surveillance continue sont à classer en médecine, et la chirurgie obstétrique est à classer en gynécologie-obstétrique. Dans ce dernier cas, si un établissement a fait le choix de rattacher tous ses séjours d'obstétrique (accouchements...) à une UM de chirurgie, les capacités d'accueil afférentes seront à déclarer dans la colonne « Chirurgie » du tableau de synthèse du bordereau MCO, en regard des données d'activité PMSI pré-remplies.

DESCRIPTION DES CAPACITÉS ET DES ACTIVITÉS

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

- **Lits d'hospitalisation à temps complet selon la discipline (ligne 1)**

Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits (y compris berceaux, couveuses agréées) en état d'accueillir des malades. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes, sauf en cas de travaux ou désinfection occasionnant une fermeture de très courte durée (quelques jours).

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

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

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

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

- **Journées exploitables (ligne 2)**

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

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

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

En cas de modification du nombre de lits et places en cours d'année (déménagement, restructuration, etc.), il convient de décrire la réalité en découplant le calcul par période. Par exemple, pour un déménagement le 6 juillet : nombre de lits avant déménagement x 191 jours + nombre de lits après déménagement x 174 jours.

- **Places d'hospitalisation à temps partiel (lignes 6 et 8) ou chirurgie ambulatoire**

Le nombre de places installées au 31 décembre de l'année est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps. Sont exclus les postes de dialyse ou de radiothérapie, les fauteuils de chimiothérapie et les fauteuils de biothérapie.

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

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

Ligne 3 : Sont dénombrés les séjours en hospitalisation à temps complet dans les unités médicales de médecine, de chirurgie et de gynécologie obstétrique, c'est-à-dire ayant comporté, au cours du séjour, au moins un passage dans une unité en hospitalisation à temps complet (au sens Résumé d'Unité Médicale, RUM pour le PMSI) ou dans une unité « mixte » si la durée de séjour dans cette unité médicale est non nulle (au moins une nuit). La discipline (médecine, chirurgie ou gynécologie obstétrique) à laquelle est rattachée le séjour est définie par la discipline de l'unité dans laquelle

le passage est le plus long. La discipline correspond à la discipline de rattachement figurant dans le fichier des unités médicales. Elle reflète l'organisation et la structure de l'établissement et est donc volontairement différente de celle fondée sur le type de prise en charge (Activité de Soins [ASO] ou Catégories d'activité de soins [CAS]). Les disciplines d'urgences et la dialyse seront affectées en médecine.

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

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

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

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

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

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

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

FOCUS SUR CERTAINES UNITÉS MÉDICALES (UM) SPÉCIFIQUES (pédiatrie, gériatrie, neuro-vasculaire, surveillance continue)

A - UNITE PEDIATRIQUE

Seuls les établissements ayant typé une UM d'unité pédiatrique dans leur PMSI MCO peuvent et doivent remplir de l'activité et des capacités d'accueil pour cette partie du questionnaire. Les UM prises en compte sont les unités pédiatriques suivantes : '07B', '13A', '13B', '13G', '14A', '14B', '15C' devenu '25C', '15D' devenu '25D', '15E', '15G', '15H', '15I', '22', '52' ou '28'.

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

L'établissement répondra « oui » uniquement s'il a déclaré une UM de pédiatrie typée dans son PMSI MCO, appartenant à la liste suivante : UHCD des urgences pédiatriques, unités de réanimation pédiatrique, de soins intensifs pédiatriques, de soins de surveillance continue pédiatrique, d'hémodialyse en centre pour enfant, de chirurgie pédiatrique ou de médecine pédiatrique. Ces unités sont identifiées avec un code parmi la liste suivante : '07B', '13A', '13B', '13G', '14A', '14B', '15C' devenue '25C', '15D' devenue '25D', '15E', '15G', '15H', '15I', '22', '52' ou '28'.

Ligne 25 : Lits et places d'hospitalisation au 31/12. Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année de ces unités pour les disciplines de médecine (colonnes C et E) et de chirurgie (colonnes D et F) est égal à la somme du nombre de lits (y compris berceaux, couveuses agréées) en état d'accueillir des malades. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes, sauf en cas de travaux ou désinfection occasionnant une fermeture de très courte durée (quelques jours). Les berceaux des bébés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés (voir le paragraphe *Important* associé à la **Ligne 1** ci-dessus).

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

Ligne 26 : Sont comptabilisés les séjours ayant comporté une hospitalisation, à temps complet ou partielle, en pédiatrie (au sens Résumé d'Unité Médicale, RUM pour le PMSI) dans les unités médicales de médecine pédiatriques (UM de type '07B', '13A', '13B', '13G', '14A', '14B', '15C' devenue '25C', '15D' devenue '25D', '15E', '15G', '15H', '15I', '22' ou '28') et dans les unités médicales de chirurgie pédiatrique (UM de type '52'). Le nombre de séjours de 0 jour réalisés dans une UM typée en hospitalisation à temps complet est également à comptabiliser, en case C26 pour les UM de médecine pédiatrique et en case D26 pour les UM de chirurgie pédiatrique. En revanche, les séances sont exclues des séjours en hospitalisation partielle. Dans le cas où le séjour comporte à la fois un passage en UM de médecine pédiatrique et en UM de chirurgie pédiatrique, le pré-remplissage le classera dans la discipline où la durée de séjour est la plus longue.

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

Ligne 28 à ligne 35, et ligne 60 : Personnel ayant concouru à l'activité du service ou de l'unité pédiatrique

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

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

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

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

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

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

sur une mesure en moyenne annuelle.

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

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

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

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

B – UNITE DE MEDECINE GERIATRIQUE

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

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

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

Le nombre d'évaluations demandé en cases **A37** et **A38** concerne des évaluations médicales, même si une part importante de l'activité des équipes mobiles de gériatrie peut s'avérer non médicale.

Case A41 : Existence d'une (ou plusieurs) unité ou service de médecine gériatrique dans l'établissement. Dans le PMSI, ces unités sont typées avec le code '27'.

Si un établissement n'a pas « typé » d'UM de gériatrie dans son PMSI-MCO, les capacités d'accueil (cases A42 et B42) ne doivent pas être renseignées.

Ligne 42 : Lits et places d'hospitalisation au 31/12. Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes sauf en cas de travaux ou désinfection occasionnant une fermeture de très courte durée (quelques jours).

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

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

Ligne 44 : Nombre de journées de présence correspondant aux séjours d'hospitalisation à temps complet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C - UNITE NEUROVASCULAIRE (PRISE EN CHARGE DES AVC)

Seuls les établissements ayant typé une UM d'unité neurovasculaire dans leur PMSI MCO peuvent et doivent remplir de l'activité et des capacités d'accueil pour cette partie du questionnaire. Les UM prises en compte sont les unités de type '17', '18' et '02F'. Autrement dit, si un établissement n'a pas « typé » d'UM d'unité neurovasculaire dans son PMSI-MCO, les capacités d'accueil en unité neurovasculaire ne seront pas renseignées.

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

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

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

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

Lignes 54 et 55 : Sont comptabilisés les nombres de séjours, et journées de présence correspondantes, effectués en UNV (y compris soins intensifs). Elles correspondent ainsi aux séjours effectués dans les unités médicales « soins intensifs neurovasculaires (USINV) adultes » (UM 18 et 02F) et « UNV hors SI » (UM 17).

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

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

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

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

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

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

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

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

D - UNITE DE SURVEILLANCE CONTINUE (USC, HORS GRANDS BRULES)

Les unités de surveillance continue (USC) non soumises à autorisations mais faisant l'objet de reconnaissance contractuelle inscrite dans le CPOM sont incluses ici dans la comptabilisation des données.

Attention : au passage au nouveau régime d'autorisation de soins critiques, une partie des anciennes unités de surveillance continue (USC) (dans le cas général, celles localisées à proximité de réanimation) peut être absorbée dans les soins intensifs.

Prenant l'exemple simplifié d'un basculement intégral au 1^{er} juillet d'une unité de surveillance continue en unité de soins intensifs polyvalents (USIP), la déclaration doit être la suivante :

- Le nombre de lits déclarés (au 31/12) en ligne 62 de la partie D du bordereau MCO sera alors de 0 lit, quand bien même une activité est bien présente sur l'année (correspondant à l'activité de l'unité de surveillance continue au premier semestre, qui aura été typée dans le PMSI dans l'unité médicale '03A').
 - ➔ Les lits au 31/12 de la nouvelle USIP seront déclarés dans le bordereau Soins critiques (REA), avec l'activité au second semestre (qui aura été typée dans le PMSI dans une unité médicale de soins intensifs).
 - Le nombre de journées-lits exploitables en ligne 63 de la partie D du bordereau MCO correspondra de même à un nombre calculé sur le premier semestre uniquement.
 - ➔ Les journées-lits exploitables associées à la nouvelle USIP seront déclarées dans le bordereau Soins critiques (REA).
- ➔ Pour faciliter la validation des SAE 2024 et 2025, il est recommandé en cas de passage au nouveau régime d'autorisation de soins critiques de mentionner en commentaires de la partie D (sur le site de l'enquête) quand ce nouveau passage a eu lieu.

Attention : dans le cas de figure identifié ci-dessus, le **typage de l'Unité Médicale dans le PMSI** a dû être modifié au passage au nouveau régime d'autorisation de soins critiques (les séjours effectués dans l'USIP ne sont plus typés '03A', mais avec le code de l'USIP).

Si jamais il y a un délai dans le PMSI dans cette modification du typage PMSI des séjours de la nouvelle USIP (voire que le typage est resté '03A' jusqu'à la fin de l'année), l'import PMSI ne reflétera pas fidèlement la répartition de l'activité (sur le nombre de séjours et de journées) au cours de l'année entre ancienne et nouvelle UM.

➔ Dans ce cas de figure, merci d'indiquer en commentaire de la case associée à la nouvelle UM (sur le site de collecte), en ligne 64 : « DNR={la Date de passage au Nouveau Régime des autorisations, au format JJ/MM/2025}, DNT={la Date de passage au Nouveau Typage, sous format JJ/MM/2025 ou 2026 si jamais cette modification du typage n'est pas encore arrivée pendant l'année 2025.} »

Par exemple, dans le cas de figure d'un basculement intégral au 1^{er} juillet d'une unité de surveillance continue adulte en unité de soins intensifs polyvalents (USIP), mais d'un typage des séjours dans le PMSI en USIP réalisé seulement à partir du 1^{er} novembre (i.e. ils sont typés '03A' pour les mois jusqu'en octobre inclus, et dans l'USIP à partir du 1^{er} novembre), on intègrera en commentaire de la case A64 : DNR=01/07/2025, DNT=01/11/2025.

Dans le même cas de figure, si les données PMSI pour 2025 sont intégralement typées ‘03A’, on intégrera en commentaire de la case A64 : DNR=01/07/2025, DNT=2026.

Ligne 62 : Nombre de lits de l'USC au 31/12

Lits et places d'hospitalisation au 31/12. Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes sauf en cas de travaux ou désinfection occasionnant une fermeture de très courte durée (quelques jours). Le nombre de lits ne doit pas comprendre les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

Ligne 63 : 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 330 (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 ».

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

Lignes 64 et 65 : Sont comptabilisés les séjours et nombre de journées associées en unité de surveillance continue hors grands brûlés 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.

Ligne 66 à ligne 71 : Personnel ayant concouru à l'activité du service ou de l'unité de surveillance continue

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.

Colonnes A et C : ETP travaillés (ETP_T) des personnels salariés, en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité 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.

Colonnes B et D : 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) de surveillance continue (adulte ou pédiatrique) dont dispose l'établissement ; en cas d'unités multiples de même nature (par exemple deux USC adultes), cumuler les personnels.

PSYCHIATRIE (1/2)

Participation à la sectorisation psychiatrique :

A0	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
----	---

Si oui : Nombre de secteurs de psychiatrie générale :

A1

Nombre de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile :

A2

Nombre de dispositifs intersectoriels formalisés :

A3

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

A4	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
----	---

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

A43	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

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

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

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

B42

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

A44	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

L'établissement a-t-il une équipe spécialisée dans la prise en charge des patients agités ou difficiles (UMD, USIP) ?

A41	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

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

B41

Capacité d'accueil

	Prises en charge à temps complet						Prises en charge à temps partiel		
	Nombre de lits ou places installés au 31/12					Nombre de journées-lits exploitables	Nombre de places au 31/12		Nombre de structures au 31/12
	Hospitalisation à temps plein	Accueil familial thérapeutique	Accueil en appartement thérapeutique	Accueil en centre de post cure (5)	Accueil en centre de crise ⁽¹⁾ (2)		Hospitalisation à temps plein	Hospitalisation de jour	
	A	B	C	D	E	J	G	H	I
Psychiatrie de l'adulte	6								
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	7								
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	8								
Total psychiatrie (calculé)	9								

⁽¹⁾ renommé centre de soins post-agus (CeSPA) dans l'arrêté du 04/07/2025

⁽¹⁾ hors urgences générales (question A38)

⁽²⁾ incluant les centres d'accueil permanent et les centres d'accueil et de crise

Activité

	Prises en charge à temps complet						Prises en charge à temps partiel		
	Nombre de séjours	Nombre de journées					Nombre de venues (en équivalent journées)		
		Hospitalisation à temps plein ⁽³⁾	Hospitalisation à temps plein	Accueil familial thérapeutique	Accueil en appartement thérapeutique	Accueil en centre de post cure (5)	Accueil en centre de crise ⁽¹⁾ (2)	Hospitalisation de jour	Hospitalisation de nuit
	A	B	C	D	E	F	I	J	K
Psychiatrie de l'adulte	10								
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	11								
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	12								
Total psychiatrie (calculé)	13								

⁽¹⁾ hors urgences générales (question A38)

⁽³⁾ doivent être uniquement comptabilisés les séjours à temps plein et non l'ensemble des séjours à temps complet

⁽¹⁾ renommé centre de soins post-agus (CeSPA) dans l'arrêté du 04/07/2025

⁽²⁾ incluant les centres d'accueil permanent et les centres d'accueil et de crise

Prise en charge ambulatoire

	CAPACITES			ACTIVITE						
	Nombre de structures au 31/12			Nombre d'actes, soins et interventions						
	CMP	Unité de consultation des services de psychiatrie	CATTP (6)	CMP	Unité de consultation des services de psychiatrie	CATTP (6)	Soin à domicile ou en institution substitutive au domicile	en établissement social ou médico-social	en unité d'hospitalisation somatique et urgences psychiatriques ⁽⁴⁾	en établissement médico-éducatif/PMI/en milieu scolaire
	P	M	C	N	O	E	F	G	H	I
Psychiatrie de l'adulte	14									
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	15									
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	16									
Total psychiatrie (calculé)	17									

⁽⁴⁾ renommé CATG dans l'arrêté du 04/07/2025

⁽⁴⁾ urgences psychiatriques : psychiatrie de liaison aux urgences et unités d'accueil d'urgences psychiatriques

PSYCHIATRIE (2/2)

Modalités de prise en charge spécifique (mentions des nouvelles autorisations de soins de 2024)

Zoom sur la psychiatrie périnatale

Capacités d'accueil dédiées à la psychiatrie périnatale et activité	TEMPS COMPLET		TEMPS PARTIEL		AMBULATOIRE
	Nombre de lits installés au 31/12	Nombre de journées	Nombre de places au 31/12	Nombre de venues en équivalent journées	Nombre d'actes
	A	B	C	D	E
Accueil des parents ou futurs parents	45				
Accueil des enfants	46				

Mode légal de soins : soins libres et soins sans consentement

TEMPS COMPLET	TEMPS PARTIEL	AMBULATOIRE
Nombre de journées de prise en charge	Nombre de venues en équivalent journée	Nombre d'actes
C	D	E
Soins psychiatriques libres	22	
Soins psychiatriques sur décision de représentation de l'état	23	
Article 706-135 du CPP et article L3213-7 du CSP (personnes jugées pénalement irresponsable)	24	
Ordonnance Provisoire de Placement (OPP)	25	
Article L3214-1 du CSP (détenus)	26	
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, y compris en urgence	27	
Soins psychiatriques pour péril imminent	28	

Filié active

Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année	File active totale	File active exclusivement ambulatoire
	A	B
Psychiatrie de l'adulte	18	
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	19	
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	20	
Total filié active (sans double compte)	21	

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

<u>PERSONNEL MEDICAL (hors internes) (M9999)</u>								<u>PERSONNEL non MEDICAL - Personnel des SERVICES de SOINS, EDUCATIFS et SOCIAUX (N2000+N3000)</u>								
Psychiatres (M3020)				Autre personnel médical				Existence d'une garde senior 24h/24 ?	Existence d'une astreinte senior 24h/24 ?	ETP annuels moyens des salariés	dont ETP des Infirmiers DE et cadres (N2100, N2200, N2300)	dont ETP des Aides-soignants (N2500)	dont ETP des Psychologues (N2700)	dont ETP des Personnels de rééducation (N2400)	dont ETP des Personnels éducatifs et sociaux (N3000)	Effectifs des libéraux au 31/12
ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12													
R	S	T	U	G	H	V	L	M	N	P	Q	W				
Total personnel établissement																
Psychiatrie de l'adulte	29					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	30					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non									
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	31															
Total psychiatrie (calculé)	32															

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

A
38 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

B

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

--

L'établissement a-t-il une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA) intervenant à domicile ou en Ehpad ?

A
49 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

--

Si oui, nombre d'interventions individuelles dans l'année :

--

Psychiatrie

PRINCIPES DU BORDEREAU

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

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

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

L'activité ambulatoire réalisée en USMP (niveau 1) par des personnels de l'USMP est déclarée dans le bordereau PN par l'établissement qui s'est vu confié la gestion de l'USMP par l'ARS. En revanche, l'activité à temps partiel réalisée dans le cadre des USMP de niveau 2 est à inclure dans le bordereau PSY ainsi que l'activité ambulatoire en USMP **réalisée par des personnels hors USMP** (exemple : CMP, équipe mobile). L'activité des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) [niveau 1 ou 2] et des UHSA (unités hospitalières spécialement aménagées) [niveau 3] est également collectée dans le bordereau PSY.

Pour permettre d'avoir une vision globale de l'activité psychiatrique pénitentiaire, les bases diffusées par la Drees et SAE-diffusion réunissent au sein de SYGEN les informations afférentes issues des bordereaux PN et PSY.

NB : les questions sur la participation à la sectorisation continuent d'être collectées, notamment sur demande de plusieurs fédérations hospitalières. Pour autant, la Drees n'assure plus le suivi qualité de cette partie du questionnaire.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

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

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question du bordereau FILTRE A4 (psychiatrie).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

[Arrêté du 4 juillet 2025 relatif à la définition des modes de prise en charge en psychiatrie et à la liste de ces modes pouvant être déployés en dehors du site autorisé en application de l'article R. 6123-174 du code de la santé publique](#)

[Décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie](#)

[Décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie](#)

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

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

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

NOUVEAUTES SAE 2025

Dans le questionnaire de la SAE 2025, le titre du tableau sur la psychiatrie périnatale devient « **Zoom sur la psychiatrie périnatale** », afin de mettre en évidence que cette mention est déjà prise en compte dans les autres tableaux généraux du bordereau. L'aide au remplissage précise les modalités de cette prise en compte dans les autres tableaux généraux du bordereau.

Suite à l'arrêté du 4 juillet 2025, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) sont renommés en centres d'activité thérapeutique et de temps de groupe (CATTG), les centres de post-cure en centres de soins post aigus (CeSPA) et les unités de consultation deviennent des centres de consultation.

Pour la SAE 2025, l'accueil familial thérapeutique reste recueilli au sein du bordereau comme une modalité de

soin à temps complet même si la structure est devenue un CeSPA (et que les CeSPA sont reclassés par l'arrêté parmi les soins ambulatoires).

1 - PARTICIPATION A LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE

Case A0 : Il s'agit d'identifier ici les établissements participant à la sectorisation psychiatrique. La sectorisation psychiatrique repose sur des établissements hospitaliers publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH). Elle recouvre les secteurs de psychiatrie de l'adulte, les secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Les dispositifs intersectoriels qui assurent des missions dans le champ de la sectorisation pour le compte de plusieurs secteurs sont également inclus dans la psychiatrie sectorisée.

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

- Les secteurs de psychiatrie de l'adulte sont ceux qui prennent principalement en charge des patients de plus de 16 ans, et dont les numéros d'identification des secteurs sont composés comme suit : « Numéro de département » G « numéro d'ordre (en deux chiffres) unique dans le département ».

- Les secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont ceux qui prennent en charge les patients de 16 ans inclus ou moins et dont les numéros d'identification des secteurs sont composés ainsi : « Numéro de département » I « numéro d'ordre (en deux chiffres) unique dans le département ».

- Un dispositif intersectoriel formalisé assure des missions sectorielles, souvent complémentaires aux activités de secteur, pour le compte de plusieurs secteurs de psychiatrie de l'adulte ou de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Il peut comporter une ou plusieurs activités, un ou plusieurs types d'équipements, une ou plusieurs unités fonctionnelles. Il est créé par une délibération des instances de l'établissement (CA – CME). Le numéro d'identification des secteurs qui lui est attribué est composé ainsi : « Numéro Finess de l'établissement » Z « un numéro d'ordre (en deux chiffres) ».

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

2 - INFORMATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS DETENUS OU « AGITES OU DIFFICILES »

Case A4 : L'établissement doit préciser s'il intervient en milieu pénitentiaire, dans le cadre du SMPR ou via l'intervention d'équipe de psychiatrie de l'adulte au sein d'USMP (ex-UCSA).

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

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

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

Cases A41 et B41 :

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

- UMD : Unité pour Malades Difficiles ;
- USIP : Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie (ex UMAP, Unité pour Malades Agités et Perturbateurs et ex UPID, Unité Psychiatrique Intersectorielle Départementale)

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

3 - QUELQUES DEFINITIONS

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

- la psychiatrie de l'adulte, sectorisée ou non, prenant en charge les patients de 18 ans ou plus ;
- la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, sectorisée ou non, prenant en charge les enfants et adolescents ;
- la psychiatrie en milieu pénitentiaire, via les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire ou l'intervention des équipes de psychiatrie. Cette modalité de soins recense l'activité (pour la prise en charge à temps complet, partiel ou ambulatoire) des personnes qui résident en prison. Ces dernières sont considérées comme des personnes écrouées et détenues. Les personnes écrouées constituent un champ plus large, qui inclut des personnes non détenues, par exemple celles munies d'un bracelet électronique ou bien en semi-liberté (hébergées en prison mais libres la journée). Elles peuvent alors accéder aux soins prodigues au même titre qu'en population de l'adulte (ces individus font partie du régime général) et seront donc comptabilisées en psychiatrie de l'adulte. Les soins auprès des personnes détenues se structurent en trois niveaux : Niveau 1 (consultations, prestations et activités ambulatoires), niveau 2 (prise en charge à temps partiel) par les SMPR / USMP (ex-UCSA) et niveau 3 (prise en charge à temps complet en hospitalisation à temps plein) en UHSA.

NATURES DE PRISE EN CHARGE ET FORMES D'ACTIVITÉ

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

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

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

- l'hospitalisation à temps plein [A6 à A13 et B10 à B13]
- l'accueil familial thérapeutique¹ [B6-B7-B9 et C10 à C13]
- les prises en charge en appartement thérapeutique [C6-C9 et D10-D11-D13]
- les prises en charge en centre de postcure, renommés centre de soins post aigus par l'arrêté du 04/07/2025 [D6-D9 et E10-E13]
- les prises en charge en accueil en centre de crise [E6-E7-E9 et F10-F11--F13]

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

- l'hospitalisation à temps partiel de jour [G6 à G9 et I10 à I13]
- l'hospitalisation à temps partiel de nuit [H6 à H9 et J10 à J13, exceptés H8 et J12]
- les prises en charge en atelier thérapeutique [I6 à I9 et K10 à K13]

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

Principe général : Les capacités d'accueil et l'activité doivent être déclarées en fonction des autorisations détenues par l'établissement. En particulier, l'activité doit être comptabilisée dans l'unité où elle est réalisée. Par exemple, en l'absence d'une autorisation d'hospitalisation partielle de nuit, si les venues de nuit sont prises en charge dans les services de prise en charge à temps complet et si les patients sont accueillis dans des lits de ces unités, alors cette activité doit être comptée dans les services de prise en charge à temps complet. Il conviendra donc de ne pas déclarer de place en hospitalisation de nuit, puisque cela ne serait pas cohérent avec les autorisations détenues. Le tableau sur la psychiatrie périnatale constitué des lignes 45 et 46 est un zoom sur une nouvelle mention spécifique en psychiatrie au sein du régime des nouvelles autorisations de soins. Les capacités d'accueil (des parents et futurs parents), l'activité (concernant les futurs

¹ Pour la SAE 2025, l'accueil familial thérapeutique reste recueilli au sein du bordereau comme une modalité de soin à temps complet même si la structure est devenue un CeSPA (et que les CeSPA sont reclasés par l'arrêté parmi les soins ambulatoires).

parents, les parents - et les enfants en cas d'accueil conjoint), la prise en charge ambulatoire, la file active et les personnels concourant à l'activité pour la psychiatrie périnatale ne doivent pas être pour autant retranchés des tableaux globaux.

4 - CAPACITÉS D'ACCUEIL

Il convient d'inclure les capacités d'accueil de la psychiatrie périnatale, le cas échéant. Plus précisément, les berceaux permettant l'accueil conjoint parents-enfants en psychiatrie périnatale ne sont pas à prendre en compte ici (mais sont recueillis dans le Zoom sur la psychiatrie périnatale plus bas), seuls les lits et places des parents ou futurs parents doivent l'être.

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

Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes, sauf en cas de travaux ou désinfection occasionnant une fermeture de très courte durée (quelques jours).

Le nombre de lits en état d'accueillir des patients ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

Les accueils en centre de crise (cases E6 et E7) s'entendent « hors urgences de l'adulte ». Ils incluent les centres d'accueil permanent et les centres d'accueil et de crise.

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

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

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

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

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

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

Le nombre de places installées au 31 décembre de l'année en hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps.

Cases I6 à I9 : Nombre de structures

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

5 - ACTIVITÉ À TEMPS COMPLET

Il convient d'inclure l'activité à temps complet de la psychiatrie périnatale (à la fois pour les parents ou futurs parents ; mais aussi, dans le cas d'un accueil conjoint, pour les enfants – l'activité correspondant aux enfants est à inclure alors sur la ligne psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent).

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

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

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

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

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

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

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

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

Les accueils en centre de crise (**cases F10 et F11**) s'entendent « hors urgences générales ». Ils incluent les centres d'accueil permanent et les centres d'accueil et de crise.

6 - ACTIVITÉ À TEMPS PARTIEL

Il convient d'inclure l'activité à temps partiel de la psychiatrie périnatale (à la fois pour les parents ou futurs parents ; mais aussi, dans le cas d'un accueil conjoint, pour les enfants – l'activité correspondant aux enfants est à inclure alors sur la ligne psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent).

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

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

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

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

7 - PRISES EN CHARGE EN AMBULATOIRE – CONCERNENT TOUS LES ETABLISSEMENTS (PUBLICS ET PRIVES)

Il convient d'inclure les prises en charge en ambulatoire de la psychiatrie périnatale (à la fois pour les parents ou futurs parents ; mais aussi, dans le cas d'un accueil conjoint, pour les enfants – l'activité correspondant aux enfants est à inclure alors sur la ligne psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent).

Colonnes P, M et C, lignes 14 à 17 : Capacités

Le nombre de structures au 31 décembre de l'année correspond au nombre de centres médico-psychologiques (CMP) (lieu L01 dans le RIM-P), d'unités de consultations des secteurs ou services de psychiatrie (lieu L02 dans le RIM-P) et de centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) (lieu L11 dans le RIM-P) renommés centres d'activité thérapeutique et de temps de groupe (CATTG) par l'arrêté du 04/07/2025 ouvert au 31 décembre pour lesquels un nombre de lits ou places n'est pas défini. Rappelons les éléments de définition suivants :

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

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

Par exemple : si 1 CATTP/CATTG, 1 CMP et 1 unité² de consultation sont localisés géographiquement à une même adresse, il convient de les comptabiliser séparément et de dénombrer 3 structures distinctes dans le questionnaire, 1 pour chacun des trois types de structures de prise en charge ambulatoire.

Pour les CMP et les CATTP/CATTG qui accueillent des personnes écrouées mais non détenues (ex : bracelet électronique ou semi-liberté), l'activité sera comptabilisée en psychiatrie de l'adulte. Pour les personnes détenues, l'activité est comptabilisée en case F16.

Colonnes N, O, E et G à I, lignes 14 et 15 / Colonne F, lignes 14 à 17 : Activité

Dans la logique de la grille EDGARX (Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion, téléeXpertise), ne sont à comptabiliser dans la SAE que le nombre d'actes de type entretien (E) et groupe (G)³. Un acte de groupe sera compté autant de fois qu'il y a de patients dans le groupe.

Sont exclus de la SAE les actes liés aux démarches (D), à l'accompagnement (A), aux réunions cliniques pour un patient (R) et à la téléeexpertise (X). Ces actes sont comptabilisés uniquement dans le RIM-P.

Quels que soient le nombre et la catégorie professionnelle des intervenants (grille MIPARESXY)⁴, les actes sont décrits selon le lieu où se situe le patient au moment de la prise en charge :

Cases N14 et N15 : En CMP (lieu L01 dans le RIM-P). Pour rappel, les actes en CMP de personnes écrouées mais non détenues sont à mettre ici, en psychiatrie de l'adulte (case N14).

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

Cases E14 et E15 : En CATTP/CATTG (lieu L11 dans le RIM-P). Pour rappel, les actes en CATTP/CATTG de personnes écrouées mais non détenues sont à mettre ici, en psychiatrie de l'adulte (case E14).

³ Y compris les actes de groupe GP décrivant la prise en charge conjointe des parents-bébés en psychiatrie périnatale.

⁴ MIPARESXY : Médecins, Infirmiers, Psychologues, Aides sociaux, Rééducateurs, Éducateurs, autres Soignants, équipes pluridisciplinaires dont un médecin (X) et équipes pluridisciplinaires sans médecin (Y).

Cases F14 et F15 : Soins à domicile ou en institution substitutive au domicile, pour la psychiatrie de l'adulte et de l'enfant et de l'adolescent (lieu d'acte L07 dans le RIM-P), incluant les appartements protégés, les placements familiaux non sanitaires, et les visites à domicile pour les patients en HAD.

Case F16 : En institution substitutive au domicile, pour la psychiatrie en milieu pénitentiaire (lieu d'acte L06 dans le RIM-P). En particulier, il convient de comptabiliser l'ensemble des actes en ambulatoire prodigués dans les USMP par des personnels d'autres dispositifs (CMP, équipe mobile, ...). En revanche, les actes en ambulatoires prodigués par les personnels d'une USMP de niveau 1 sont déjà comptabilisés dans le bordereau PN et ne doivent pas être comptabilisés ici.

Cases G14 et G15 : En établissement social ou médico-social avec ou sans hébergement (lieux L03 et L08 dans le RIM-P), incluant les maisons de retraite et les EHPAD. Les prises en charge catégorisées dans le nouveau lieu L13 du RIM-P (« Autres Lieux d'accueil et structures de prises en charge », correspondant à des prises en charge en « centres de santé, Cabinets libéraux, Maison de santé pluridisciplinaire, pharmacies, etc. ») doivent aussi être comptées ici.

Cases H14 et H15 : En unité d'hospitalisation somatique et urgences psychiatriques (psychiatrie de liaison aux urgences et unités d'accueil d'urgences psychiatriques) (lieux L09, L10 et L12 dans le RIM-P). Il s'agit ici des actes ambulatoires de prise en charge de pathologies psychiatriques de patients hospitalisés en unités somatiques (L09, cardiologie, dermatologie, pneumologie, etc.), mais aussi des patients de la psychiatrie de liaison aux urgences (L10) et des patients des unités d'accueil d'urgences psychiatriques (L12).

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

8 – PSYCHIATRIE PERINATALE

La mention « Psychiatrie périnatale », qui organise les soins conjoints parents-bébés en cours de grossesse, et en période périnatale, ainsi que les soins du couple dans le cadre d'un projet de conception, est identifiée grâce à la réforme des autorisations de soins en psychiatrie (décret du 28/09/2022). Les cases A45 à E46 doivent être remplies dans le cas où l'établissement de santé est sous le nouveau régime d'autorisations de soins et titulaire d'une autorisation en « psychiatrie périnatale ». Si ces conditions ne sont pas remplies, ces cases doivent rester vides.

Les informations demandées en ligne 45 et 46 constituent un zoom sur la psychiatrie périnatale :

Le terme « accueil des parents ou futurs parents » fait référence à l'accueil de parents conjointement à leur enfant, ou de futurs parents puisque ces soins intègrent parfois la période antéconceptionnelle et la période pré-natale. Le terme « accueil des enfants » correspond à l'accueil des enfants conjointement à leurs parents dans le cadre des soins conjoints de la psychiatrie périnatale. Par exemple, en cas de prise en charge conjointe en psychiatrie périnatale d'un parent et d'un enfant dans une structure ambulatoire (autorisée en psychiatrie périnatale), il faut compter 1 acte en E45 et 1 acte en E46. En cas de prise en charge d'un parent uniquement (période antéconceptionnelle ou période pré-natale), il faut compter 1 acte en E45.

A - CAPACITE D'ACCUEIL ET ACTIVITÉ À TEMPS COMPLET

Colonne A, lignes 45 et 46 : Nombre de lits installés au 31/12

Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des patients parents ou futurs parents et/ou des patients enfants. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes, sauf en cas de travaux ou désinfection occasionnant une fermeture de très courte durée (quelques jours).

Le nombre de lits en état d'accueillir des patients ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

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

Colonne B, lignes 45 et 46 : Nombre de journées de prise en charge à temps complet

La définition du nombre de journées est la même qu'en paragraphe 5 ; à décliner par type d'accueil.

B - CAPACITE D'ACCUEIL ET ACTIVITÉ À TEMPS PARTIEL

Colonne C, lignes 45 et 46 : Nombre de places

Le nombre de places installées au 31 décembre de l'année en hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps.

Colonne D, lignes 45 et 46 : Nombre de venues en équivalent journée

La définition du nombre de venues en équivalent journée est le même qu'en paragraphe 6, à décliner par type d'accueil.

C - PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE

Colonne E, lignes 45 et 46 : Nombre d'actes

La définition du nombre d'actes est la même qu'en paragraphe 7, à décliner par type d'accueil.

9 - MODE LEGAL DE SOINS : SOINS LIBRES ET SOINS SANS CONSENTEMENT

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

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

- Soins psychiatriques libres (code 1 dans le RIM-P)
- Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (article L.3213-1 du code de la santé publique) (code 3 dans le RIM-P)
- Soins psychiatriques aux personnes jugées pénallement irresponsables (articles 706-135 du CPP et article L.3213-7 du CSP) (code 4 dans le RIM-P)
- Soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement (OPP) (code 5 dans le RIM-P)
- Soins psychiatriques aux détenus (Article L3214-1 du CSP) (code 6 dans le RIM-P)
- Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, y compris en urgence (code 7 dans le RIM-P)
- Soins psychiatriques pour péril imminent (code 8 dans le RIM-P)

La mention « Soins sans consentement » est identifiée grâce à la réforme des autorisations de soins en psychiatrie (décret du 28/09/2022).

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

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

Cases D22 à D28 : Nombre de venues en équivalent journée

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

Cases E22 à E28 : Nombre d'actes

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

Case A47 : L'établissement dispose-t-il d'espaces d'apaisement au 31/12 ? Répondre par OUI ou NON. Cette question porte sur l'existence d'espace d'apaisement⁵ qui est un lieu dont la porte n'est pas fermée à clé et conçu pour procurer un espace de faible stimulation afin de permettre une diminution de la tension interne d'un patient (définition issue des recommandations HAS sur l'isolement et la contention).

Case A48 : L'établissement dispose-t-il de chambres d'isolement individuelles au 31/12 ? Répondre par OUI ou NON. Cette question porte sur l'existence de chambre d'isolement⁶ qui est un espace dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural. Chaque chambre d'isolement dispose d'une luminosité naturelle, d'une aération, d'un dispositif d'appel accessible, de sanitaires respectant l'intimité du patient et sa dignité, d'un point d'eau, d'une horloge indiquant la date et l'heure et du mobilier adapté à l'état clinique du patient.

Case B47 : Nombre d'espaces d'apaisement. Le nombre d'espaces d'apaisement à renseigner par le titulaire de l'autorisation de la mention « Soins consentement » est celui du 31 décembre, en comptabilisant le nombre d'espaces

⁵ Référence : [Haute Autorité de Santé - Isolement et contention en psychiatrie générale \(has-sante.fr\)](http://has-sante.fr)

⁶ Référence : Recommandations HAS et [Décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie](http://www.legifrance.gouv.fr)

d'apaisement en état d'accueillir des malades et le nombre d'espaces d'apaisement fermés temporairement pour cause de travaux ou de désinfection.

Case B48 : Nombre de chambres d'isolement individuelles. Le nombre de chambres d'isolement individuelles à renseigner par le titulaire de l'autorisation de la mention « Soins consentement » est celui du 31 décembre, en comptabilisant le nombre de chambres d'isolement individuelles en état d'accueillir des malades et le nombre de chambres d'isolement individuelles fermées temporairement pour cause de travaux ou de désinfection.

10 - FILE ACTIVE

Il convient d'inclure la psychiatrie périnatale (à la fois pour les parents ou futurs parents ; mais aussi, dans le cas d'un accueil conjoint, pour les enfants – l'activité correspondant aux enfants est à inclure alors sur la ligne psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent).

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

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

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

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

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

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

Cases B18 à B21 : File active exclusivement ambulatoire

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

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

11 – PERSONNEL

Il convient d'inclure la psychiatrie périnatale, le cas échéant.

Attention : Le total des effectifs de libéraux est désormais calculé automatiquement, comme la somme des effectifs déclarés pour la psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent et pénitentiaire. Il convient donc de consolider les effectifs déclarés dans chacune des trois disciplines d'équipement, en éliminant les doublons : chaque personnel libéral sera affecté à une unique ligne (psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, pénitentiaire). Dans le cas d'un personnel libéral intervenant dans plusieurs disciplines pour un même établissement, il sera déclaré dans la discipline à laquelle il consacre la part la plus importante de son temps travaillé.

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

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

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

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

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

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

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

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

Colonnes S-U-W : Effectifs physiques des libéraux présents au 31 décembre, quel que soit le temps passé à travailler dans l'établissement. Dans le cas d'effectifs, la case « Total » est à saisir.

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

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

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

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

11 - AUTRES INFORMATIONS

Cases A38 et B38 : Il est fait référence dans ces questions au décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique.

Cases A49 et B49 : Il est fait référence dans ces questions à l'instruction n°DGOS/R4/2022/244 du 17 novembre 2022 relative aux équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA) intervenant à domicile ou en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION (SMR)

Capacités et activités

Mention	N° de ligne	Autorisation dans l'établissement		Nombre de lits installés au 31/12 (HC)	Nombre de journées-lits exploitables	Nombre de places au 31/12 (HP)	Nombre de séjours HC	Nombre de jours de présence HC	Nombre de jours de présence HP
		A	B						
Polyvalent (adulte)	2	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non						PMSI	PMSI
Gériatrie	11	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non						PMSI	PMSI
Locomoteur (adulte)	3	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non						PMSI	PMSI
Système nerveux (adulte)	4	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non						PMSI	PMSI
Cardio-vasculaire (adulte)	5	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non						PMSI	PMSI
Pneumologie (adulte)	6	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non						PMSI	PMSI
Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition (adulte)	7	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non						PMSI	PMSI
Brûlés (adulte)	9	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non						PMSI	PMSI
Conduites addictives (adulte)	10	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non						PMSI	PMSI
Modalité "Cancers"									
Oncologie (adulte)	93	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non						PMSI	PMSI
Oncologie et hématologie (adulte)	94	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non						PMSI	PMSI
Modalité "Pédiatrie"									
Enfants et adolescents (4 ans et + uniquement)	95	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non						PMSI	PMSI
Jeunes enfants, enfants et adolescents (0-3 ans et 4 ans et +)	96	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non						PMSI	PMSI
Total SMR	22						PMSI		

Pour les établissements ne disposant que d'un des deux modes d'hospitalisation (complète ou partielle), pour au moins une mention :

L'établissement a-t-il signé une convention avec un autre établissement géographique autorisé en SMR pour réaliser la forme d'hospitalisation manquante ?

Si non, l'établissement dispose-t-il d'une dérogation accordée par l'ARS (au titre du II de l'article R.6123-122) ?

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

Activité d'expertise

(libellés issus de l'arrêté du 15/05/2023)

Dispositif spécifique	Présence		
		A	B
Equipe mobile d'expertise en réadaptation (EMER) neuro-locomotrice	66	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

Activité d'expertise avec unité dédiée	Présence	Nombre de lits au 31/12		
			A	B
Service de réadaptation post-réanimation (SRPR)	67		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Unité de soins dédiée aux personnes en état de conscience altérée (ECA)	68		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

Activité d'expertise sans unité dédiée	Présence		
		A	B
Prise en charge en réadaptation neuro-orthopédique	69	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Neurologique (PREPAN)	70	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Respiratoire (PREPAR)	71	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Cardiologique (PREPAC)	72	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Prise en charge des troubles cognitifs et comportementaux des patients cérébro-lésés	73	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive	74	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Prise en charge des patients atteints de lésions médullaires	75	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Prise en charge des patients atteints d'obésité complexe	76	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Prise en charge des patients amputés, appareillés ou non	77	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Prise en charge des patients polyhandicapés en structure autorisée à la modalité pédiatrie	78	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Prise en charge des patients atteints de troubles du langage et des apprentissages en structure autorisée à la modalité pédiatrie	79	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

Equipement spécifique

Disposez-vous des équipements suivants ?

Équipements entrant dans le cadre du compartiment "Plateaux techniques spécialisés" du financement SMR (arrêté du 26/05/2023) :

		Non	Oui, sur place	Oui, dans un autre établissement (au sens EG*)
		C	A	B
Balnéothérapie	80	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isokinétisme	23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse quantifiée de la marche et du mouvement	24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plateau de rééducation assistée du membre supérieur	27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plateau de rééducation intensive des membres inférieurs	26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plateau de rééducation du retour à la conduite automobile	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* entité géographique

Autres équipements :

		Non	Oui, sur place	Oui, dans un autre établissement (au sens EG*)
		C	A	B
Équipements d'exploration de l'équilibre et de posture	25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plateau technique d'explorations urodynamiques (équipement minimal requis : cystomanomètre, uréthromanomètre et débitmètre)	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appartement d'autonomie (comportant, a minima, les pièces suivantes : chambre, salle de bain/toilettes, espace cuisine, salle à manger/salon)	31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locaux permettant la simulation d'espaces de vie	32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piscine	81	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salles interventionnelles pour réalisation de pansements complexes, parfois sous anesthésie générale	35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* entité géographique

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

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

<u>Personnel non médical</u>		Code SAE	ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12
			D	E
Personnels infirmiers DE avec ou sans spécialisation (y compris encadrement)	48	N2120, N2200 et N2300		
Kinésithérapeutes (y compris encadrement)	49	N2130, N2410		
Orthophonistes	50	N2430		
Diététiciens	51	N2450		
Ergothérapeutes	52	N2460		
Psychomotriciens	53	N2470		
Aides-soignants	54	N2500		
Psychologues	55	N2710		
Assistants de service social	56	N3120		
Personnels éducatifs	57	N3100 hors N3120 et non diplômés		
Enseignants en activité physique adaptée	82	N3131		
Autre personnel non médical	58			

Soins médicaux et de réadaptation

PRINCIPES DU BORDEREAU

L'activité de soins médicaux et de réadaptation (SMR), autrefois activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) connaît une importante évolution suite aux décrets du 11 janvier 2022 et des arrêtés des 15 et 26 mai 2023. En particulier, les prises en charge et les données d'activité sont déclinées selon neuf mentions correspondant à des types d'affections ou à la mention Polyvalent pour les adultes, deux mentions pour la modalité Cancers et deux mentions pour la modalité Pédiatrie.

Les données d'activité sont obtenues à partir d'extractions des données PMSI.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

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

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

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A5 du bordereau FILTRE (soins médicaux et de réadaptation).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

[Arrêté du 26 mai 2023 fixant la liste des plateaux techniques spécialisés mentionnée à l'article L. 162-23-7 du code de la sécurité sociale](#)

[Arrêté du 15 mai 2023 fixant la liste des prises en charge spécifiques en soins médicaux et de réadaptation pouvant faire l'objet d'une inscription dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionnée à l'article R. 6123-125-2 du code de la santé publique](#)

[Décret n°2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation.](#)

[Décret n°2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation](#)

NOUVEAUTÉS SAE 2025

Les principales évolutions du bordereau SMR faisant suite à la réforme des autorisations de soins en SMR sont les suivantes :

- la catégorisation des SMR pour adulte en 9 mentions proches de ce qui existait en ancien régime d'autorisation en SSR dont une mention « Polyvalent »

- la création d'une nouvelle modalité « Cancers » comportant deux mentions exclusives, « Oncologie » et « Oncologie et hématologie » : dans une logique de gradation des soins pour la prise en charge adulte ;

- la création d'une nouvelle modalité « Pédiatrie » comportant deux mentions « Enfants et adolescents (4 ans et +) » et « Jeunes enfants, enfants et adolescents (0-3 ans et 4 ans et +) », sans distinction par type d'affection, contrairement aux adultes.

Est ajoutée une question pour les établissements ne disposant que d'un des deux modes d'hospitalisation (complète ou partielle) pour savoir s'ils ont signé une convention avec un autre pour réaliser la forme d'hospitalisation manquante ou s'ils disposent d'une dérogation accordée par l'ARS.

Un nouveau bloc est inséré afin de décrire les activités d'expertise : présence d'une équipe mobile d'expertise en réadaptation (EMER) neuro-locomotrice (en parallèle, la question portant sur l'existence d'une équipe mobile de SSR disparaît), présence et nombre de lits au 31/12 d'activité d'expertise avec unité dédiée (SRPR ou ECA), présence d'activité d'expertise sans unité dédiée.

Au sein des équipements, en plus de nombreux changements de libellés en raison de la réforme, les modalités Balnéothérapie et Piscine, auparavant regroupées, sont désormais distinctes. Ne sont plus recensés les systèmes informatisés d'identification de la typologie du rachis hors radiologie. Sont désormais agrégés dans les plateaux de rééducation du retour à la conduite automobile à la fois les simulateurs de conduite automobile et les véhicules adaptés pour personne à mobilité réduite.

Enfin, une nouvelle catégorie de personnel est recueillie : les enseignants en activité physique adaptée (APA).

CAPACITÉ ET ACTIVITÉ

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

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

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

Les **lignes 2 à 11** concernent les SMR « Adulte » avec ses 9 mentions.

S'ensuit la modalité « Cancers » avec les **lignes 93 et 94** pour les deux mentions ad hoc (oncologie adulte et oncologie et hématologie adulte).

Les anciennes lignes 13 à 21 concernaient le SSR « Enfant », correspondant aux trois modalités « Enfants », « Juvénile » et « Pédiatrie ». À partir de la SAE 2025, elles sont remplacées par les **lignes 95 et 96** pour la modalité « Pédiatrie » qui regroupe les deux nouvelles mentions, la mention « Enfants et adolescents » (4 ans et + uniquement) et la mention « Jeunes enfants, enfants et adolescents » (0-3 ans et 4 ans et +). Un enfant n'a, en principe, vocation à être pris en charge que dans un service autorisé à la prise en charge des enfants/adolescents. Cependant, il est possible qu'une personne âgée de moins de 18 ans soit accueillie dans un service adulte. Si vous constatez que l'activité importée du PMSI n'est pas cohérente avec la modalité d'autorisation de soins (adulte/enfants), vous devez corriger l'activité et contacter votre service DIM.

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

En dehors des colonnes E (donnée fournie par le PMSI) et J (donnée collectée), la ligne 22 correspond aux totaux sur le champ SMR calculés de façon automatique.

Pour les établissements dont l'autorisation est détenue suivant l'ancien régime des autorisations, le tableau 1 ci-dessous précise les lignes à remplir **en SAE 2025** (ou pré-remplies par le PMSI) en fonction des autorisations détenues par l'établissement.

Tableau 1 : Correspondances entre anciennes autorisations de soins et lignes à remplir ou pré-remplies par les données PMSI

Autorisations de soins	Remplissage des lignes
Ancien régime : Activité 50 : SSR non spécialisés, Modalité 09 « Adultes »	Ligne 2 : Polyvalent (adulte)
Ancien régime : Activité 51 : Affections de l'appareil locomoteur, Modalité 09 « Adultes »	Ligne 3 : Locomoteur (adulte)
Ancien régime : Activité 52 : Affections du système nerveux,	Ligne 4 : Système nerveux (adulte)

Modalité 09 « Adultes »	
Ancien régime : Activité 53 : Affections cardio-vasculaires, Modalité 09 « Adultes »	Ligne 5 : Cardio-vasculaire (adulte)
Ancien régime : Activité 54 : Affections respiratoires, Modalité 09 « Adultes »	Ligne 6 : Pneumologie (adulte)
Ancien régime : Activité 55 : Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, Modalité 09 « Adultes »	Ligne 7 : Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition (adulte)
Ancien régime : Activité 57 : Affections des brûlés, Modalité 09 « Adultes »	Ligne 9 : Brûlés (adulte)
Ancien régime : Activité 58 : Affections liées aux conduites addictives, Modalité 09 « Adultes »	Ligne 10 : Conduites addictives (adultes)
Ancien régime : Activité 59 :: Affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance, Modalité 09 « Adultes »	Ligne 11 : Gériatrie
Ancien régime : Activité 56 : Affections onco-hématologiques Modalité 09 « Adultes »	Ligne 94 : Oncologie et hématologie (adulte)
Ancien régime : Activité 50 à 59 Modalité 77, 78 ou 79 (« Enfants », « Juvénile » ou « Pédiatrie ») reclassé en Mention 60 « Enfants et adolescents » courant 2025	Ligne 95 : Enfants et adolescents
Ancien régime : Activité 50 à 59 Modalité 77, 78 ou 79 (« Enfants », « Juvénile » ou « Pédiatrie ») reclassés en Mention 61 « Jeunes enfants, enfants et adolescents » courant 2025	Ligne 96 : Jeunes enfants, enfants et adolescents
Ancien régime : Activité 50 à 59 Modalité 77, 78 ou 79 (« Enfants », « Juvénile » ou « Pédiatrie ») non reclassé en Mention 60 ou 61 courant 2025	Ligne 96 : Jeunes enfants, enfants et adolescents

Colonne A : Autorisations. Il s'agit de préciser par OUI ou par NON les types d'autorisations détenues par l'établissement au 31 décembre. Les autorisations sont pré-remplies par celles figurant dans le SI-Autorisation, application de gestion des autorisations par les ARS. Les autorisations sont à valider ou à corriger si besoin par l'établissement. En cas d'autorisations détenues dans le cadre de l'ancien régime des autorisations, se reporter à la correspondance indiquée dans le Tableau 1 ci-dessus (pour faciliter la validation des données, il est recommandé d'indiquer en commentaires en marge des réponses quand s'est fait le passage au nouveau régime des autorisations pour l'activité de SSR/SMR de l'établissement).

Colonne B : Nombre de lits

Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes, sauf en cas de travaux ou désinfection occasionnant une fermeture de très courte durée (quelques jours). Le nombre de lits correspond aux lits intégrés au sein de services d'hospitalisation complète, y compris l'hospitalisation de semaine. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

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

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

Colonne J : Nombre de journées-lits exploitables

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

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

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

Depuis la SAE 2025, le nombre de journées-lits exploitables est à renseigner de façon globale sur tout le champ des SMR et non plus en distinguant chaque mention de SMR.

Colonne C : Nombre de places au 31/12

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

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

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

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

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

L'hospitalisation complète est sélectionnée via la modalité 1 de la variable « type d'hospitalisation » des RHS.

Seul le nombre total de séjours en hospitalisation complète sur le champ des SMR est désormais recueilli via un pré-remplissage issu du PMSI.

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

Les détails par service (« Adultes » et « Pédiatrie », i.e. hors « Adultes ») et type d'activité (autorisations) sont pré-remplis suivant les modalités de la variable « Type d'autorisation de l'UM » des RHS. Comme pour les séjours, le 3^{ème} caractère sert à discriminer entre « Adultes » et « Enfants » et avec la réforme, il comprend une 3^{ème} modalité (le code C pour Cancérologie). Pour les journées, les 2 premiers caractères de la variable (codes 50 à 59 ainsi que 56 et 62) permettent de connaître le champ des SMR Adultes et de la modalité Cancers. Tandis que, pour la modalité « Pédiatrie », les 2 premiers caractères de la variable permettent, quant à eux, de distinguer les 2 nouvelles mentions : la mention « Enfants et adolescents (4 ans et plus uniquement) codée en 60 et la mention « Jeunes enfants, enfants et adolescents » (0-3 ans et 4 ans et plus) codée en 61, suivis de P.

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

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

Cases A64 et A65 : il s'agit d'identifier les établissements qui ont signé une convention avec un autre établissement géographique autorisé en SMR pour réaliser la forme d'hospitalisation (complète ou partielle) manquante. En cas de réponse négative pour cet item, il est demandé d'indiquer si l'établissement dispose d'une dérogation accordée par l'ARS (au titre du II de l'article R.6123-122).

ACTIVITÉ D'EXPERTISE (AE)

Les activités d'expertise (AE) sont issues de l'[arrêté du 15 mai 2023](#).

Case A66 : Existence d'un dispositif spécifique dans l'établissement. L'établissement autorisé en SMR répondra « oui » uniquement s'il dispose d'une équipe mobile d'expertise en réadaptation (EMER) neuro-locomotrice.

Ligne 67 :Les services de réadaptation post-réanimation (SRPR) sont définis en [Annexe 9 de la Note d'information n°DGOS/R4/2023/173 du 3 novembre 2023](#) : Adossés à un SMR spécialisé et sur le même site géographique qu'un service de réanimation avec lequel il est conventionné, le SRPR constitue un maillon intermédiaire entre les services de soins critiques et les soins de réadaptation, permettant une prise en charge précoce en réadaptation de patients présentant des troubles de la conscience ou des troubles respiratoires ou une autre déficience viscérale sévère, susceptibles d'engager le pronostic vital et nécessitant un conditionnement particulier. La prise en charge en SRPR est

polyvalente, mais certains SRPR peuvent être notamment à orientation neurologique ou à orientation respiratoire. Les SRPR se caractérisent par un type d'unité spécifique dédiée dans le PMSI (code 11).

Ligne 68 : Les unités de soins dédiées aux personnes en état de conscience altérée (ECA) sont définies en [Annexe 2 de la Note d'information n°DGOS/R4/2023/173 du 3 novembre 2023](#). Elles permettent d'établir un projet de vie dans un lieu médicalisé avec un maintien de rééducation d'entretien et préventive aux personnes en état de conscience altérée (en sortie de coma), en différenciant les situations cliniques d'état d'éveil non-répondant (EENR) et d'état pauci-relationnel (EPR) [ou état de conscience minimale]. Elles établissent des conventions avec les services de réadaptation post-réanimation (SRPR) et les unités de réadaptation PREcoce Post-Aiguë Neurologique (PREPAN). Les unités de soins dédiées aux personnes en état de conscience altérée (ECA) se caractérisent par un type d'unité spécifique dédiée dans le PMSI (code 10).

Lignes 69 à 79 : Existence d'une activité d'expertise (AE) sans unité dédiée, ie sans modalité dédiée pour la variable type d'unité spécifique dans le PMSI, contrairement aux SRPR et aux unités de soins dédiées aux personnes en état de conscience altérée (ECA). Il s'agit de préciser l'existence d'une ou plusieurs prises en charge spécifiques parmi les 11 existantes. Celles-ci sont tirées de la liste fixée dans l'arrêté du 15 mai 2023 et pouvant faire l'objet d'une inscription dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) mentionnée à l'article R. 6123-125-2 du code de la santé publique. Elles font chacune l'objet d'une annexe dans la Note d'information n°DGOS/R4/2023/173 du 3 novembre 2023 :

- [ligne 69] Prise en charge en réadaptation neuro-orthopédique : [Annexe 8](#)
- [ligne 70] Prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Neurologique (PREPAN) : [Annexe 6](#)
- [ligne 71] Prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Respiratoire (PREPAR) : [Annexe 7](#)
- [ligne 72] Prise en charge en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Cardiologique (PREPAC) : [Annexe 5](#)
- [ligne 73] Prise en charge des troubles cognitifs et comportementaux des patients cérébro-lésés : [Annexe 10](#)
- [ligne 74] Prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive : [Annexe 11](#)
- [ligne 75] Prise en charge des patients atteints de lésions médullaires : [Annexe 3](#)
- [ligne 76] Prise en charge des patients atteints d'obésité complexe : [Annexe 4](#)
- [ligne 77] Prise en charge des patients amputés, appareillés ou non : [Annexe 1](#)
- [ligne 78] Prise en charge des patients polyhandicapés en structure autorisée à la modalité pédiatrie : [Annexe 13](#)
- [ligne 79] Prise en charge des patients atteints de troubles du langage et des apprentissages en structure autorisée à la modalité pédiatrie : [Annexe 14](#)

ÉQUIPEMENT SPECIFIQUE

L'approche ici est de se conformer aux enquêtes « plateaux techniques » qu'avait lancées le ministère et qui correspondent aux équipements lourds qu'un établissement SMR met en place. Il s'agit donc de préciser pour chaque type d'équipement spécifique (lignes 23 à 28, 30 à 32, 35 et 80-81), si l'établissement en dispose sur place, ou bien s'il peut utiliser ce type d'équipement dans un autre établissement géographique (que cet établissement soit dans la même entité juridique ou non). La liste des **6 plateaux techniques spécialisées (PTS)** [lignes 80-23-24-27-26-28] est issue de [l'arrêté du 26 mai 2023, précisé par la note d'information DGOS/R4/2023/172 du 3 novembre 2023](#), tandis que les autres lignes (25-30-31-32-81-35) ne rentrent pas dans le cadre du compartiment « PTS » du financement SMR.

Par rapport à la SAE 2024, il est à noter que l'ancienne ligne 33 « Piscine et Balnéothérapie » est scindée en la nouvelle ligne 80 « Balnéothérapie », et la nouvelle ligne 81 « Piscine ». A l'inverse, alors que la SAE 2024 comportait à la fois une ligne 28 « Simulateur de conduite automobile » et une ligne 29 « Véhicule adapté pour personne à mobilité réduite », la ligne 28 « Plateau de rééducation du retour à la conduite automobile » correspond désormais à la présence d'au moins l'un de ces deux dispositifs.

PERSONNEL

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins décrites dans le bordereau, que ce personnel soit salarié ou non, rémunéré ou non par l'établissement. Il peut s'agir de personnel entièrement dédié à l'activité décrite, ou de professionnels mutualisés pour assurer les soins dans différentes unités. Les effectifs et les équivalents temps plein travaillés (ETP_T) du personnel sont ceux qui contribuent à l'activité des unités décrites, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs. À partir de la SAE 2022, le décompte des ETP travaillés (ETP_T) concerne uniquement les salariés, le calcul d'ETP_T s'étant avéré compliqué pour les libéraux. Pour ces derniers, seul un décompte des effectifs physiques présents au 31 décembre est demandé.

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

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

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

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

UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE
Il s'agit exclusivement des USLD DU SECTEUR SANITAIRE

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

Capacité et activité

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

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

Organisation des filières de soins

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

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

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

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

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

Unités de soins de longue durée

PRINCIPES DU BORDEREAU

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

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

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

Les objectifs du bordereau sont :

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

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

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

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

REFERENCES REGLEMENTAIRES

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

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

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

CAPACITÉ ET ACTIVITÉ

Case A1 : Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes, sauf en cas de travaux ou désinfection occasionnant une fermeture de très courte durée (quelques jours). Le nombre de lits correspond aux lits intégrés au sein de services d'hospitalisation complète, y compris l'hospitalisation de semaine. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

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

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

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

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

ORGANISATION DES FILIÈRES DE SOINS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

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

Organisation

Avez-vous une ou plusieurs antennes géographiques ? (lieu de coordination installé sur le territoire de desserte mais distinct de l'implantation principale du siège HAD)	1	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		B	C	D
	2			finess1	finess2	finess3
Si oui, nombre d'antennes géographiques :	3		Si oui, finesse géographique de ces antennes	2		
Quelle est la population (en nombre d'habitants) du territoire autorisé dans le cadre de votre activité ?	3					
Êtes-vous une HAD autonome ou rattachée à un établissement avec hébergement MCO ou SMR ?	31	<input type="radio"/> autonome <input type="radio"/> rattachée				
Disposez-vous ...						
...d'une permanence téléphonique 24h/24, 7J/7 assurée par un professionnel de santé ?	32	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	entièrement en interne partiellement par convention entièrement par convention			
...d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile) ?	33	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	entièrement en interne partiellement par convention entièrement par convention			
...d'une astreinte médicale H24 et 7/7 ?	34	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	entièrement en interne partiellement par convention entièrement par convention			
Le service a-t-il mis en place la télésurveillance de certains patients ?	6	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non				
Le service a-t-il mis en place des téléconsultations ?	7	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non				
L'établissement a-t-il une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?	4	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non				
Si oui, intervient-elle avec l'HAD ?	35	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non				
Disposez-vous d'une convention avec une ou plusieurs PUI ?	36	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non				
Si oui, combien?	37	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non				

Capacité

	Ecole	Ante et post-partum	Enfants de moins de 3 ans	Réadaptation
	E	F	G	C
Pour quelle activité êtes-vous autorisés en HAD ?	8	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Etes-vous associés à un établissement autorisé en traitement du cancer ?	38	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément	A10	
--	------------	--

Si votre établissement est autorisé pour la mention de spécialité «Réadaptation», celle-ci est-elle développée :	A39	<input type="radio"/> en interne <input type="radio"/> par convention avec un établissement autorisé en SMR
--	------------	--

Activité sur site

	Ensemble de l'activité d'HAD	
	A	
Nombre de séjours	11	PMSI
Nombre de journées	12	PMSI
Nombre de patients pris en charge en HAD	13	PMSI

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

Personnel médical (hors internes)	Code SAE		ETP annuels moyens des salariés	Nombre de libéraux intervenant sur une journée (en moyenne sur décembre)	
				C	E
Médecins praticiens d'HAD			40		
Pharmaciens	M3050		17		
Sages-femmes	N2800		41		
Autre personnel médical			18		
Total personnel médical	M9999		19		

Personnel non médical	Code SAE		ETP annuels moyens des salariés	Nombre de libéraux intervenant sur une journée (en moyenne sur décembre)	
				C	E
Cadres de santé	N2120		20		
Infirmiers DE de coordination	N2110		42		
Infirmiers DE de liaison	N2110		43		
Infirmiers DE sans spécialisation	N2210		22		
Aides-soignants	N2510		23		
Ergothérapeutes	N2460		24		
Kinésithérapeutes	N2410		25		
Psychologues	N2710		27		
Diététiciens	N2450		44		
Assistants de service social	N3120		28		
Autre personnel non médical			29		
Total personnel non médical	N9999		30		

HAD (Hospitalisation à domicile)

PRINCIPES DU BORDEREAU

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

La plupart des données d'activité sont issues d'extractions du PMSI.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

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

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

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

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

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile.

Décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile.

Loi HPST du 21 juillet 2009.

Code de la santé publique.

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

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

NOUVEAUTES SAE 2025

La case E40 correspondant au nombre de libéraux, médecins praticiens d'HAD, intervenant sur une journée en moyenne sur décembre a été grise car les médecins praticiens d'HAD sont nécessairement salariés de la structure.

ORGANISATION

Ligne 1 : Préciser si l'organisation de l'HAD comporte des « antennes » sur le territoire de desserte autorisé. Certaines HAD fonctionnent en effet avec des « antennes » (organisation avec des professionnels d'un autre établissement situé sur la même autorisation de territoire).

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

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

Ligne 31 : Préciser si l'établissement de santé est une HAD autonome ou une HAD rattachée à un établissement avec hébergement MCO ou SMR :

- Une HAD autonome est une structure d'HAD seule sans établissement d'hébergement, bénéficiant d'une convention de partenariat avec un établissement de santé.
- Une HAD rattachée est une structure d'HAD rattachée à un établissement de santé (à un pôle donné, le plus souvent) et intégrée au sein de la structure. Par exemple, un service d'HAD rattaché à un pôle de médecine en soins palliatifs.

Lignes 32, 33 et 34 : Les trois questions portent sur les trois modes d'organisation de prise en charge en HAD :

- Permanence téléphonique 24h/24, 7J/7 assurée par un professionnel de santé ;
- Astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile) ;
- Astreinte médicale H24 et 7/7.

Préciser pour chacun des modes d'organisation si elle est soit entièrement en interne, soit partiellement par convention, soit entièrement par convention.

Lignes 6 et 7 : Préciser si les modalités de télésurveillance et téléconsultations des patients à leur domicile sont fonctionnelles pour l'année considérée.

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

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

Ligne 4 : préciser l'existence au sein de l'établissement d'une équipe mobile de soins palliatifs (ESMP) (**ligne 4**). Si vous répondez OUI à la question 4, préciser si l'EMSP intervient avec l'HAD (**ligne 35**).

Lignes 36 et 37 : Les questions portent sur l'existence d'une convention entre l'établissement et une ou plusieurs pharmacies à usage intérieur (PUI), et si oui leur nombre.

CAPACITÉ ET AUTORISATIONS

Ligne 8 : Préciser les mentions d'autorisations délivrées pour l'établissement au 31 décembre de l'année. Les mentions à renseigner sont : la mention « Socle » (**colonne A**), la mention « Ante et post-partum » (**colonne F**), la mention « Enfants de moins de trois ans » (**colonne G**) et enfin la mention « Réadaptation » (**colonne C**). Ces 4 colonnes constituent les mentions de la nouvelle autorisation d'HAD. La mention « Socle » est obligatoire, sauf dérogation, pour tous les établissements de santé autorisés en HAD tandis que les 3 autres sont des mentions optionnelles spécialisées.

Les autorisations sont pré-remplies par celles figurant dans le SI-Autorisations, application de gestion des autorisations par les ARS (types d'autorisations respectives « 00 », « 01 », « 02 », « 03 » pour les mentions

« Socle », « Réadaptation » « Ante et Post-Partum » et « Enfant < 3 ans ») ou via la correspondance suivante pour les établissements en ancienne autorisation de soins :

- L'ancienne autorisation d'HAD en médecine est considérée comme une nouvelle autorisation d'HAD avec la mention « Socle » ;
- L'ancienne autorisation d'HAD en périnatalité est considérée comme une nouvelle autorisation d'HAD avec la mention « Ante et post partum » ;
- L'ancienne autorisation d'HAD en SSR est considérée comme une nouvelle autorisation d'HAD avec la mention « Réadaptation ».

Les autorisations sont à valider ou à corriger si besoin par l'établissement.

Case E38 : Indiquer si l'établissement interrogé est associé à un établissement autorisé en traitement du cancer.

Case A10 : Préciser le nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément.

Case A39 : développement en interne ou par convention de la mention « Réadaptation » :

- dans le cas où l'établissement interrogé est également autorisé en SMR, celle-ci est donc développée en interne (cocher « interne ») ;
- dans le cas où l'établissement interrogé a passé une convention avec un autre établissement autorisé en SMR, celle-ci est donc développée par convention avec cet autre établissement (cocher « par convention avec un établissement autorisé en SMR »).

ACTIVITÉ SUR LE SITE

Cellules pré-remplies (extraction ciblée à partir du PMSI HAD, à valider ou corriger si besoin par l'établissement) via les mêmes règles de correspondance que celles exposées pour les autorisations de la ligne 8.

Cellule A11 : Nombre de séjours. Sont comptabilisés l'ensemble de tous les séjours (en cours ou terminés) de l'année, avec au moins une séquence sélectionnée, tous modes de prise en charge principaux (MPP) confondus.

Cellule A12 : Nombre de journées. Sont comptabilisées les journées de l'année pour les séjours sélectionnés ci-dessus.

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

Cellule A13 : Nombre de patients différents pour l'année interrogée, c'est-à-dire la file active des patients pris en charge dans l'année (tous patients confondus).

PERSONNEL

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

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

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

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

Les médecins coordonnateurs (mentionnés jusqu'à la SAE 2023) ont été renommés « médecins praticiens d'HAD » (mentionnés à partir de la SAE 2024) avec la réforme du droit des autorisations. Il s'agit donc seulement d'un changement de dénomination. Le médecin praticien d'hospitalisation à domicile organise le fonctionnement médical de la structure, conformément, le cas échéant, à son projet médical. Il veille à l'adéquation et à la continuité des soins et des prestations fournies aux patients et à la transmission des dossiers médicaux nécessaires à la continuité des soins. Il donne son avis sur l'admission et la sortie des patients. (cf. [Article D. 6124-199](#) créé par le décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile).

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

Colonne E : Nombre de libéraux intervenant sur une journée (en moyenne sur décembre) : nombre moyen de **libéraux** présents sur une journée en décembre, quel que soit le temps passé à travailler dans l'établissement, ayant signé une convention (ou équivalent) avec l'HAD et dont la convention est en cours jusqu'au 31 décembre.

SECTEUR INTERVENTIONNEL : SITES OPERATOIRES ET SALLES D'INTERVENTION

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

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

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

Activité des sites opératoires et des salles d'intervention

<u>En nombre d'actes</u>		Total sur l'année				
		Sur des patients en hospitalisation complète	Sur des patients en hospitalisation partielle (ambulatoire)	Total actes sur patients hospitalisés (calculé)	Dont actes requérant une anesthésie	Sur des patients EXTERNES
		A	B	C	D	E
Actes chirurgicaux, quelle que soit la technique d'anesthésie utilisée (générale, loco-régionale, topique...)	10	PMSI	PMSI		PMSI	
Actes liés à la grossesse chez la mère (ex : césariennes, avortements, actes thérapeutiques pour hémorragie du post partum...)	11	PMSI	PMSI		PMSI	
Actes interventionnels sous imagerie ⁽¹⁾ (y compris cardiologie interventionnelle et neuroradiologie interventionnelle ⁽²⁾)	27	PMSI	PMSI		PMSI	
Endoscopies avec ou sans anesthésie générale ⁽¹⁾	14	PMSI	PMSI		PMSI	
Actes avec lithotritie ou autres actes de destruction (laser ou autre agent extérieur) ⁽¹⁾	15	PMSI	PMSI		PMSI	

⁽¹⁾ selon liste codes CCAM

⁽²⁾ Les volumes d'actes pour ces activités figurent dans les bordereaux "Activité interventionnelle en cardiologie et chirurgie cardiaque" et "Activité interventionnelle en neuroradiologie et neurochirurgie", si vous êtes autorisé

Personnels concourant à l'activité des sites opératoires et des salles d'intervention (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 ?
			F	G	D	E
Chirurgiens y compris gynéco-obstétriciens	M2000	16			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Médecins anesthésistes réanimateurs et intensif-réanimation	M1030, M1031	18			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Médecins spécialistes en radiologie interventionnelle (hors internes)	M1160	28			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Autre personnel médical		29			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

<u>Personnel non médical</u>	Code SAE		ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	Existence d'une garde 24h/24 ?	Existence d'une astreinte 24h/24 ?
			F	G	D	E
Pers. d'encadrement du médico-tech.	N4160	19			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Infirmiers anesthésistes (IADE)	N2310	20			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Infirmiers de bloc opératoire (IBODE)	N2320	21			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Infirmiers DE sans spécialisation	N2200	22			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Aides-soignants	N2510	23			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Manipulateurs d'électroradiologie	N413B	24			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Physiciens médicaux	N4180	30				
Autre personnel non médical		25			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Sites opératoires et salles d'intervention

PRINCIPES DU BORDEREAU

L'évolution et le développement de la technicité des soins ont fait du bloc opératoire traditionnel un centre d'activités en interaction avec les autres composantes de soins, une structure d'articulation majeure du plateau technique. Les nécessités règlementaires 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 nasofibroscopies avec ou sans anesthésie générale (ces salles pouvant par ailleurs être utilisées pour d'autres interventions de niveau d'asepsie compatible).

Ligne 6 : Autres salles d'intervention ou d'exploration selon les spécificités de l'établissement, dès lors que des anesthésies peuvent y être réalisées, nécessitant le recours à des personnels spécialisés en anesthésie et relevant de la réglementation correspondante (notamment surveillance post interventionnelle), tels que la lithotritie, le laser ophthalmologique, 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, uretère) et figurent dans la liste LT_DESTR, qu'ils soient pratiqués lors de séjours d'hospitalisation complète ou partielle, avec ou sans anesthésie générale.

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

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

PERSONNEL

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

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

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

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

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

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

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

Ligne 17 : Médecins de spécialités médicales (= titulaires du CES, du DES ou reconnus par la commission de qualification de l'Ordre) hors médecins anesthésistes réanimateurs et 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.

IMAGERIE

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

Activité

Nombre d'équipements présents sur le site pour la radiologie diagnostique et interventionnelle (en moyenne annuelle)	Nombre d'équipements présents sur le site pour la radiologie diagnostique et interventionnelle, et exploités par l'établissement			Pour les équipements présents sur le site et exploités par l'établissement, activité réalisée pour :			Pour les équipements présents sur le site et exploités par l'établissement, activité de radiologie interventionnelle (nombre d'actes)
	Nombre total d'équipements exploités par l'établissement (en moyenne annuelle)	dont équipements relevant uniquement de l'autorisation de radiologie diagnostique (en moyenne annuelle)	dont équipements relevant uniquement de l'autorisation de radiologie interventionnelle (en moyenne annuelle)	des patients hospitalisés (dans l'établissement répondant ou dans un autre) (nombre d'actes)	des patients en consultation externe (y.c. service d'urgences) (nombre d'actes)	Total (calculé)	
A	B	J	K	L	F	I	M

Équipements d'imagerie soumis à autorisation

Scanner (scannographes à utilisation médicale selon le décret)	1							
IRM (remmographes selon le décret) : nombre d'appareils, toutes catégories confondues	2							
dont IRM ostéoarticulaire (spécialisée ou dédiée)	3							
dont IRM à haut champ (3T)	4							

Autres équipements, non soumis à autorisation

Appareils de mammographie	9							
Lithotripteurs	10							

Description des salles d'intervention ou d'exploration présentes sur site

Nombre de salles présentes sur le site de l'établissement (en moyenne annuelle)	dont salles présentes sur le site et exploitées par l'établissement (en moyenne annuelle)	dont salles fonctionnant 24h/24 et 7j/7 (en moyenne annuelle)	N	A	B
Salles d'imagerie (équipements soumis ou non à autorisation), hors radiologie interventionnelle	17				
Salles de radiologie conventionnelle, hors radiologie interventionnelle	7				
Salles dédiées aux activités interventionnelles avec guidage par imagerie, qu'elles soient à visée diagnostique ou thérapeutique	8				

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

Personnel médical	Code SAE							TELEMEDECINE	
		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 ?		durant des périodes de garde pour les urgences ?	de façon régulière en dehors du contexte de l'urgence ?
				H	I	D	E		
Médecins spécialistes en radiologie médicale (hors internes)	M1160	11			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non				
Médecins anesthésistes réanimateurs et intensif-réanimation	M1030, M1031	18			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Médecins spécialistes en radiologie interventionnelle (hors internes)	M1160	19			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Autre personnel médical		16							
Personnel non médical	Code SAE							TELEMEDECINE	
		ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	Existence d'une garde 24h/24 ?		Existence d'une astreinte 24h/24 ?		durant des périodes de garde pour les urgences ?	de façon régulière en dehors du contexte de l'urgence ?
				H	I	D	E		
Personnel d'encadrement du médico-technique	N4160	13			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non				
Manipulateurs d'électroradiologie	N413B	14			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Physiciens médicaux	N4180	20			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Autre personnel non médical du service d'imagerie		15							

Imagerie

PRINCIPES DU BORDEREAU

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

Les objectifs sont :

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

CONCEPTS IMPORTANTS

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

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

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

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A19 du bordereau FILTRE (activité d'imagerie), A 40 (salles dédiées aux activités interventionnelles avec guidage par imagerie, avec ou sans anesthésie réalisées au bloc opératoire), ou A41 (activité de médecine nucléaire (équipements présents et exploités sur site)).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décret n° 2021-1930 du 30 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine nucléaire
Décret n° 2022-114 du 1er février 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de médecine nucléaire

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

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

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

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

ACTIVITÉ

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

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

- 1° Caméra à scintillation, munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;
- 2° Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;
- 3° Scannographe à utilisation médicale.

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

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

Pour ces deux colonnes :

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

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

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

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

Cases A5 et B5 : Nombre de caméras à scintillation (*pour les scintigraphies*). Dans le cas où il est dans le nouveau régime d'autorisations de médecine nucléaire, l'établissement de santé doit obligatoirement remplir ces 2 cases, puisque ce type d'équipement rentre avec la réforme dans la liste des équipements obligatoires dont l'établissement de santé autorisé en médecine nucléaire doit disposer.

Cases A6 et B6 : Nombre de tomographes à émissions de protons (TEP) ou caméras à scintillations munies d'un détecteur d'émission de positons (TDEC). Les TEP utilisent d'autres propriétés physiques que les rayons gammes des caméras à scintillation. Ils dépendent d'une autre autorisation, n'ont pas les mêmes usages (essentiellement

la cancérologie car ils peuvent détecter des lésions « actives » car consommant plus de glucose que les tissus sains). Dans le cas où il est dans le nouveau régime d'autorisations de médecine nucléaire, l'établissement de santé doit obligatoirement remplir ces 2 cases, puisque ce type d'équipement rentre avec la réforme dans la liste des équipements obligatoires dont l'établissement de santé autorisé en médecine nucléaire doit disposer.

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

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

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

Cases A10 et B10 : Nombre de lithotripteurs.

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

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

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

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

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

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

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

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

PERSONNEL

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

Les effectifs et les équivalents temps plein travaillés (ETP_T) du personnel sont ceux qui contribuent à l'activité de production des actes d'imagerie (au bénéfice de l'établissement pour les versements correspondants aux forfaits techniques) mentionnés dans les colonnes C à F, que les patients soient hospitalisés ou consultants dans la structure, ou qu'ils soient adressés pour ces actes par un autre établissement où ils sont hospitalisés au moment de la réalisation des actes d'imagerie. Ces personnels sont à compter même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs. À partir de la SAE 2022, le décompte des ETP travaillés (ETP_T) concerne uniquement les salariés, le calcul d'ETP_T s'étant avéré compliqué pour les libéraux. Pour ces derniers, seul un décompte des effectifs physiques présents au 31 décembre est demandé.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cases F11 et G11 : Préciser par OUI ou NON si une activité de télémédecine en tant qu'effecteur est réalisée. Cette question ne concerne donc que les établissements référents en imagerie dont l'équipe médicale est sollicitée (« requise ») pour donner un avis expert sur la lecture et l'interprétation d'images prises à distance (téléexpertise). Les établissements demandeurs ne sont pas concernés. Pour la case G11, il s'agit de savoir si cette activité de télémédecine a lieu de façon régulière en dehors du contexte des urgences.

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

MEDECINE NUCLEAIRE

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

Autorisation de soins

Référence : décret n° 2021-1930 du 30 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine nucléaire

Autorisation d'activité en médecine nucléaire au 31/12 ?

A1	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Si oui, pour quelle mention ?	<input type="radio"/> Mention "Activités de type A" <input type="radio"/> Mention "Activités de type B"	

Équipements et activité

<u>Équipements</u>	Nombre d'équipements présents sur le site et exploités par l'établissement		Pour les équipements présents sur le site et exploités par l'établissement, activité réalisée pour :				
	Nombre d'équipements utilisés à des fins diagnostiques ou thérapeutiques	Dont nombre d'équipements également utilisés à des fins de recherche médicale	l'ensemble des patients	des patients hospitalisés dans l'établissement (nombre d'actes)	des patients pris en charge dans d'autres établissements de la même entité juridique (nombre d'actes)	des patients pris en charge dans d'autres entités juridiques (nombre d'actes)	des patients en consultation externe (nombre d'actes)
	A	B	C	D	E	F	G
Caméra à tomographie d'émission mono photonique (ou gamma-cameras)	3						
Caméra à tomographie par émission de positons (TEP)	4						
Caméra à tomographie par émission de positons couplée à un scanner (TEP-SCAN)	5						
Caméra à tomographie par émission de positons couplée à spectrométrie par résonance nucléaire (TEP-IRM)	6						

Activité à visée thérapeutique

<u>Capacités d'accueil au 31/12</u>	Lits d'hospitalisation complète		Places d'hospitalisation partielle	
	A	B	A	B
Ensemble de l'activité à visée thérapeutique	7			
dont traitement par iodé 131 (anciennement irathérapie)	8			
 <u>Activité</u>			Séjours en hospitalisation complète	Séjours en hospitalisation partielle
			A	B
Radiothérapie Interne Vectorisée (RIV), dont synoviorthèse radioisotopique	9	PMSI	PMSI	
dont traitement par iodé 131 (anciennement irathérapie)	10	PMSI	PMSI	
Radiothérapie Interne Sélective - SIRT (radio-embolisation)	11	PMSI	PMSI	

Télémedecine

L'équipe est-elle sollicitée par tél-expertise (en l'absence du patient) ?	A	
	Oui	Non
Si oui, nombre de sollicitations dans l'année	13	

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

<u>Personnel médical hors internes</u>	Code SAE	ETP annuels moyens des salariés		Effectifs libéraux au 31/12
		A	B	
Médecin nucléaire	M1210	14		
Radiopharmacien	M3050	15		
Autre personnel médical		16		
<u>Personnel non médical</u>	Code SAE	ETP annuels moyens des salariés		Effectifs libéraux au 31/12
		A	B	
Manipulateur en électroradiologie médicale	N4130	17		
Physicien médical	N4180	18		
Autre personnel non médical (mettre ici notamment préparateur en pharmacie)		19		

MÉDECINE NUCLÉAIRE

PRINCIPES DU BORDEREAU

Le bordereau décrit l'état actuel de l'offre de soins en médecine nucléaire des établissements de santé, au travers des équipements et des ressources humaines disponibles, mais aussi de l'activité, des capacités d'accueil, et des sollicitations par télécopie.

Les objectifs sont de :

- Rendre compte de l'évolution du parc des gamma-caméras et des TEP sous leurs différentes types ;
- Identifier les établissements utilisant les équipements de matériel lourd de médecine nucléaire pour réaliser des activités à visée diagnostique ou thérapeutique, ou à des fins de recherche médicale ;
- Disposer d'un état des lieux des établissements dont les équipes participent à la couverture des besoins du territoire grâce à la télécopie.

CONCEPTS IMPORTANTS

La réforme des autorisations de soins a transformé la médecine nucléaire en activité de soins autorisée. Elle consiste en l'utilisation, dans un but diagnostique et/ou thérapeutique, d'un médicament radiopharmaceutique administré au patient et incluant l'utilisation d'un ou plusieurs systèmes d'imagerie (hors scanner, IRM) à visée exploratoire et/ou thérapeutique. Elle combine à la fois l'imagerie et le suivi du médicament radioactif administré.

L'activité de médecine nucléaire est mesurée en nombre d'actes (et non pas en nombre d'examens). Le terme « d'examens » pourrait en effet sous-entendre plusieurs actes existants et ne représenterait donc pas une unité de compte homogène.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Tous les établissements titulaires de l'autorisation de médecine nucléaire, doivent remplir ce bordereau, qu'ils soient propriétaires ou non de ces équipements, qu'ils exploitent ou non eux-mêmes (avec leur propre personnel) ces équipements.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A41 du bordereau FILTRE (activité de médecine nucléaire).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décret n° 2024-1135 du 4 décembre 2024 relatif aux qualifications et à la formation des pharmaciens utilisant des médicaments radiopharmaceutiques et arrêté du 4 décembre 2024

[Arrêté du 4 décembre 2024 fixant la liste des diplômes, attestations et niveaux d'expérience mentionnés à l'article D. 6124-190-1 du code de la santé publique](#)

Décret n° 2022-114 du 1er février 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de médecine nucléaire

[Arrêté du 1er février 2022 fixant pour un site autorisé le nombre d'équipements de médecine nucléaire en application du II de l'article R. 6123-136 du code de la santé publique](#)

Décret n° 2021-1930 du 30 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine nucléaire
[Instruction N° DGOS/R3/2022/266 du 19 décembre 2022 relative à l'activité de soins de médecine nucléaire](#)

Article R6122-25 du CSP relatif aux activités de soins soumises à autorisation

NOUVEAUTÉS SAE 2025

A partir de la SAE 2025 est créé un nouveau bordereau Médecine nucléaire conformément à la réforme des autorisations de soins qui en fait une activité de soins à part entière.

AUTORISATION DE SOINS

Case A1 : Il est demandé d'indiquer par oui ou par non si l'établissement possède une autorisation d'activité en médecine nucléaire au 31/12/2025. Cette case est initialisée à partir de la case B41 du bordereau FILTRE, pré-remplie à partir du SI-Autorisations. Elle est modifiable le cas échéant.

Case A2 : Si vous étiez autorisé en médecine nucléaire au 31/12, indiquer la mention de l'autorisation d'activité en médecine nucléaire. Cette case est pré-remplie à partir du SI-Autorisations. Elle est modifiable le cas échéant.

Les activités de type A couvrent les actes diagnostiques ou thérapeutiques hors thérapie des pathologies cancéreuses, réalisés après l'administration de médicament radiopharmaceutique prêt à l'emploi ou préparé conformément au Résumé des Caractéristiques du Produit, selon un procédé aseptique en système clos.

Les activités de type B couvrent en plus de celles de type A, au moins un des actes suivants :

- les actes diagnostiques ou thérapeutiques réalisés après administration de médicament radiopharmaceutique préparé selon un procédé aseptique en système ouvert ;
- les actes réalisés dans le cadre d'explorations de marquage cellulaire par des médicaments radiopharmaceutiques ;
- les actes thérapeutiques réalisés après l'administration de dispositif médical implantable actif ;
- les actes thérapeutiques pour les pathologies cancéreuses réalisés après administration de médicament radiopharmaceutique.

EQUIPEMENTS ET ACTIVITÉ

Le plateau technique du site est ici décrit en recensant les équipements et matériels lourds soumis à autorisation en médecine nucléaire.

Sont soumis à l'autorisation de médecine nucléaire les équipements matériels lourds énumérés ci-après :

- 1°Caméra à tomographe d'émission mono-photonique (ou gamma-cameras) ;
- 2°Caméra à tomographie par émission de positons (TEP) ;
- 3°Caméra à tomographie par émission de positons couplée à un scanner (TEP-SCAN) ;
- 4°Caméra à tomographie par émission de positons couplée à spectrométrie par résonance magnétique nucléaire (TEP-IRM).

Colonnes A et B : Nombre d'équipements présents sur le site et exploités par l'établissement en moyenne sur l'ensemble de l'année (effectivement utilisés par le personnel de l'établissement, quel que soit son statut - médecins salariés ou libéraux), au bénéfice de l'établissement. Les forfaits techniques des actes de médecine nucléaire doivent ici revenir au bénéfice de l'établissement. En revanche, les équipements installés dans l'établissement et exclusivement utilisés pour le compte de médecins libéraux ne seront pas comptés en colonnes A ou B.

Le nombre d'équipements correspond ici aux équipements en fonctionnement en moyenne sur l'ensemble de l'année, et non en fonctionnement au 31 décembre, afin de mettre en regard l'activité et les équipements.

Les équipements partagés dans le cadre d'un groupement (par exemple GIE ou GIP) sont à comptabiliser en colonne A (et B le cas échéant) s'ils sont exploités, même une infime partie du temps, au profit des patients de l'établissement où ils sont localisés. C'est la présence sur site de l'équipement qui conduit à le compter en colonnes A (et B le cas échéant), et non le fait que l'établissement en soit propriétaire. Si l'établissement utilise un équipement dont il n'est pas propriétaire, mais qui se trouve bien sur site, il doit être compté. Ainsi, si l'établissement loue mais exploite un équipement qui est présent sur le site, il doit être compté en colonnes A (et B le cas échéant).

Colonne A : Nombre d'équipements présents sur site et utilisés par l'établissement répondant à des fins diagnostiques ou thérapeutiques.

Colonne B : Nombre d'équipements présents sur site et utilisés par l'établissement répondant à des fins de recherche médicale. Il s'agit ici d'indiquer parmi le nombre d'équipements utilisés à des fins diagnostiques ou thérapeutiques ceux utilisés à des fins de recherche médicale.

Pour ces deux colonnes :

Cases A3 et B3 : Nombre de caméras à tomographie d'émission mono photonique (ou gamma-cameras).

Cases A4 et B4 : Nombre de caméras à tomographie par émissions de positons (TEP). Les TEP utilisent d'autres propriétés physiques que les rayons gammes des caméras à scintillation. Ils n'ont pas les mêmes usages (essentiellement la cancérologie car ils peuvent détecter des lésions « actives » car consommant plus de glucose que les tissus sains).

Cases A5 et B5 : Nombre de caméras à tomographie par émission de positons couplée à un scanner (TEP-SCAN).

Cases A6 et B6 : Nombre de caméras à tomographie par émission de positons couplée à spectrométrie par résonnance nucléaire (TEP-IRM).

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

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

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

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

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

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

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

ACTIVITE A VISEE THERAPEUTIQUE

Lignes 7 et 8 : Capacités d'accueil au 31/12

Les questions portent ici sur le nombre de lits d'hospitalisation complète et de places d'hospitalisation partielle au total (**ligne 7**) dont dédiés au traitement par iodé 131 (anciennement irathérapie) au 31/12 (**ligne 8**). Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes, sauf en cas de travaux ou désinfection occasionnant une fermeture de très courte durée (quelques jours).

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

Case A7 : Nombre de lits d'hospitalisation complète installés au 31 décembre de l'année pour l'ensemble de l'activité à visée thérapeutique.

Case A8 : Nombre de lits d'hospitalisation complète installés au 31 décembre de l'année pour le traitement par iode 131 (anciennement irathérapie).

Case B7 : Nombre de places d'hospitalisation partielle au 31 décembre de l'année pour l'ensemble de l'activité à visée thérapeutique.

Case B8 : Nombre de places d'hospitalisation partielle au 31 décembre de l'année pour le traitement par iode 131 (anciennement irathérapie).

Lignes 9 à 11 : Activité

L'activité est mesurée en nombre de séjours en hospitalisation partielle et complète (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 sur le site FAQ-SAE ou dans la partie « Aide » du site de collecte.

Sont distingués trois types de traitement de radiothérapie : la radiothérapie interne vectorisée (RIV) ; dont traitement par iode 131 (anciennement irathérapie) ; la radiothérapie interne sélective (SIRT, ou radio-embolisation).

Cases A9 et B9 : Nombre de séjours d'hospitalisation (partielle ou complète) des patients en traitement par radiothérapie interne vectorisée (RIV), dont synoviorthèse radioisotopique. Sont ainsi sélectionnés les séjours avec au moins un code acte parmi la liste d'actes suivante : FENL001, KCNL003 (hyperthyroïdie), KCNL004 (carcinome thyroïdien), PANL001, PBLL001 et ZZNL016.

Cases A10 et B10 : Nombre de séjours d'hospitalisation (partielle ou complète) des patients en traitement par iode 131 (anciennement irathérapie). Sont ainsi sélectionnés les séjours avec au moins un code acte parmi la liste d'actes suivante : KCNL003 (hyperthyroïdie) et KCNL004 (carcinome thyroïdien).

Cases A11 et B11 : Nombre de séjours d'hospitalisation (partielle ou complète) des patients en traitement par radiothérapie interne sélective - SIRT (radio-embolisation). Sont ainsi sélectionnés les séjours avec au moins un code acte parmi la liste d'actes suivante : EDLL001 et EDLL002.

TELEMEDECINE

Case A12 : Préciser par OUI ou NON si l'équipe est sollicitée par télédétection. Cette question ne concerne que les établissements autorisés en médecine nucléaire dont l'équipe médicale est sollicitée pour donner un avis d'expert sur la lecture et l'interprétation des résultats de médecine nucléaire pris à distance. Les établissements demandeurs ne sont donc pas concernés.

Case A13 : En cas de réponse positive à la question A12, on indiquera le nombre de sollicitations de télédétection dans l'année.

PERSONNEL

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

Les effectifs et les équivalents temps plein travaillés (ETP_T) du personnel sont ceux qui contribuent à l'activité de médecine nucléaire, que les patients soient hospitalisés ou consultants dans la structure, ou qu'ils soient adressés pour ces actes par un autre établissement où ils sont hospitalisés au moment de la réalisation des actes de médecine nucléaire. Ces personnels sont à compter même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs. Le décompte des ETP travaillés (ETP_T) concerne uniquement les salariés. Pour les libéraux, seul un décompte des effectifs physiques présents au 31 décembre est demandé.

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

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

Les médecins libéraux et leur personnel, qui utilisent par convention les équipements installés dans l'établissement pour leur propre compte (c'est-à-dire qui perçoivent les versements correspondants aux forfaits techniques), ne doivent pas figurer dans ce bordereau.

Ligne 14 : Médecins nucléaires en tant que médecins spécialistes de médecine nucléaire (= titulaires du CES, du DES ou reconnus par la commission de qualification de l'Ordre).

Ligne 15 : Radiopharmacien (= titulaire de la qualification de radiopharmacien selon le Décret n° 2024-1135 du 4 décembre 2024, précisé par l'[arrêté du 4 décembre 2024](#)).

Ligne 16 : Autres personnels médicaux (autres spécialités que médecine nucléaire et radiopharmacie/radiobiologie). Cette case doit être renseignée de manière à ce que l'ensemble des personnels médicaux concourant à l'activité de médecine nucléaire soit recensés, par l'addition des lignes 14, 15 et 16.

Ligne 19 : Autre personnel non médical (autres spécialités que la manipulation en électroradiologie médicale et la physique médicale). Cette catégorie doit être documentée de manière à ce que l'ensemble des personnels non médicaux concourant à l'activité de médecine nucléaire soit recensés, par l'addition des lignes 17, 18 et 19.

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

BIOLOGIE MEDICALE ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE

hors biologie médico-légale

Bordereau collecté une année sur deux

Biologie médicale

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

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

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

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

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

Anatomie et cytologie pathologiques

Cette partie concerne uniquement les établissements produisant leurs examens d'anatomopathologie.

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

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

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

(3) Malades hospitalisés en hospitalisation complète ou partielle

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

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

Biologie médicale et anatomo-cytopathologie

PRINCIPES DU BORDEREAU

Le bordereau décrit deux prestations médico-techniques qui jouent un rôle important dans les démarches diagnostiques, mais qui ne sont pas systématiquement effectuées en interne par les établissements de santé : la biologie médicale, et l'anatomo-cytopathologie.

Les objectifs de ce bordereau sont les suivants :

- Dessiner l'offre de biologie hospitalière ouverte au public au sein des territoires de santé, en fonction de la participation à la permanence des soins, du dimensionnement des équipes et du type de prestation.
- Décrire l'activité en nombre total d'examens prélevés par territoire (SRS de biologie médicale).
- Pour l'anatomo-cytopathologie, suivre la répartition territoriale des plateaux techniques de pathologie et identifier les équipes réalisant des examens extemporanés dans le cadre de la chirurgie des cancers.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

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

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

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

REFERENCES REGLEMENTAIRES

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

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

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

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

BIOLOGIE MÉDICALE

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

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

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

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

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

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

Les actes hors nomenclatures (BHN) sont à comptabiliser.

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

ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE

La mesure de l'activité d'anatomo-cytopathologie (ACP) est mesurée en nombre d'actes (CCAM). Les actes de la CCAM retenus sont ceux ayant les 3^{ème} et 4^{ème} caractères égaux à 'QX'. Le recueil ne porte pas sur les actes d'anatomo-cytopathologie hors nomenclature.

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

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

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

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

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

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

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

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

PERSONNEL

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

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

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

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

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

Sont à différencier les médecins biologistes médicaux (hors internes) des pharmaciens biologistes (hors internes). Si ces informations sont absentes du fichier de personnel, elles sont à recueillir auprès du biologiste-responsable du laboratoire. L'activité de biologie médicale est à distinguer de celle d'anatomie et cytologie pathologique (ACP).

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

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

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

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

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

TÉLÉMÉDECINE

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

Ce bordereau concerne les établissements qui pratiquent la télémédecine.

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

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

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

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

Activité

		En tant que professionnels requis (ou sollicités)	En tant que professionnels requérants (ou demandeurs)
Une (ou plusieurs) équipe(s) médicale(s) de votre établissement est (sont)-elle(s) impliquée(s) dans des actes médicaux à distance ?		A	B
- De Téléconsultation (acte médical qui se réalise en présence du patient, celui-ci dialoguant avec le médecin requérant et/ou le ou les médecins télé consultants requis)	1	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
dont téléconsultation relative au suivi de maladies chroniques (insuffisance rénale, diabète, insuffisance respiratoire et insuffisance cardiaque) hors gériatrie	20	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
dont téléconsultation relative à la gériatrie	21	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
dont téléconsultation relative au suivi pré ou post opératoire de chirurgie ou d'anesthésie	22	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
dont téléconsultation effectuée pour des patients en SMR	40	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
dont téléconsultation effectuée pour des patients détenus	41	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
- De Téléexpertise (acte diagnostique et/ou thérapeutique effectué par un professionnel médical, sollicité à distance par un ou plusieurs professionnels, pour donner son avis sur la base de données cliniques, radiologiques ou biologiques figurant dans le dossier médical du patient, celui-ci étant absent)	2	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
dont télexpertise en radiologie	23	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
dont télexpertise dans le cadre d'une prise en charge de l'AVC (téléAVC)	42	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
dont télexpertise pour des patients détenus	43	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Une (ou plusieurs) équipe(s) médicale(s) de votre établissement est (sont)-elle(s) impliquée(s) dans des actes médicaux à distance ?		C	
- De Télésurveillance médicale (permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical, recueillies par le patient lui-même, par un professionnel de santé ou par un objet connecté)	44	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
dont de la télésurveillance hors indications prises en charge par l'Assurance Maladie ?	45	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

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

A17	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
A18	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
A19	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
A39	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

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

Si oui combien d'EHPAD ?

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

Équipement

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

A

Equipements de vidéo transmission

Cabine de télémédecine	26	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Tablette connectée	32	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Appareil de mesure connecté additionnel

Electrocardiogramme (ECG) connecté	33	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Echographe connecté	34	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Stéthoscope connecté	35	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Caméra connectée	36	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Matériel d'exploration fonctionnelle respiratoire dont le spiromètre et le tympanomètre connectés	37	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Autres appareils connectés	38	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Télémedecine

PRINCIPES DU BORDEREAU

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

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

Le champ de la télémedecine exploré recouvre tous les actes médicaux réalisés à distance dans lequel l'établissement est partie prenante, que le patient bénéficiant de cet acte soit situé dans un autre établissement de santé ou ailleurs. En particulier, sont donc également inclus les actes à distance réalisés avec des patients qui se situent à domicile, ou dans un substitut de domicile (établissement médico-social, établissement pénitentiaire, etc.), ou en transport sanitaire (réponse médicale dans le cadre de la régulation).

L'objectif du bordereau est donc de rendre compte du développement effectif de la télémedecine au profit des patients en caractérisant les différents types d'actes, la position de l'établissement (est-il demandeur d'une prestation ou au contraire prestataire à la demande d'autres établissements ?) et les spécialités les plus fréquemment concernées. S'agissant de décrire les prestations offertes (ou sollicitées) au sein d'un territoire, le questionnement est donc essentiellement d'ordre qualitatif et ne demande pas une quantification des volumes d'activités.

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

CONCEPTS IMPORTANTS

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

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

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

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

REFERENCES REGLEMENTAIRES

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

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

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

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

NOUVEAUTES SAE 2025

Sont ajoutées des questions sur la téléconsultation pour des patients en SMR ou pour des patients détenus ainsi que sur la télédétection dans le cadre de la prise en charge de l'AVC (téléAVC) ou pour des patients détenus.

Sont agrégées les questions permettant de savoir si l'établissement de santé est requis ou requérant pour de la télésurveillance médicale via une nouvelle question demandant si l'établissement est impliqué pour de la télésurveillance médicale.

Par ailleurs, sont supprimées les lignes concernant la télésurveillance médicale relative au suivi de maladies chroniques hors gériatrie ou au suivi du traitement du cancer ou la téléassistance médicale. En revanche, une nouvelle question est ajoutée pour suivre l'existence de télésurveillance hors indications prises en charge par l'Assurance Maladie.

Enfin, sont supprimés les items portant sur certains équipements de télémédecine (salle, station, chariot, valise, ordinateur et webcam en poste fixe).

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

Deux cas de figure :

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

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

Le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine distingue **4 types d'actes** :

1. La téléconsultation

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

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

- le suivi de maladies chroniques, entendues comme les maladies chroniques relatives à l'insuffisance rénale, le diabète, l'insuffisance respiratoire et l'insuffisance cardiaque, hors gériatrie (**ligne 20**) ;
- la gériatrie (**ligne 21**) ;
- le suivi pré ou post opératoire de chirurgie ou d'anesthésie (**ligne 22**) ;
- des patients en SMR (**ligne 40**) ;
- des patients détenus (**ligne 41**).

2. La télédétection

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

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

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

Si l'établissement sollicite ou est sollicité pour de la téléexpertise, il s'agit de préciser si l'acte concerne en particulier la radiologie (**ligne 23**), le cadre de la prise en charge de l'AVC (téléAVC) (**ligne 42**) ou des patients détenus (**ligne 43**).

3. La télésurveillance médicale

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

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

Si l'établissement est **impliqué (sollicité ou requérant)** pour de la télésurveillance médicale, l'indiquer en ligne 44 en précisant en ligne 45 s'il peut s'agir de télésurveillance médicale hors indications prises en charge par l'Assurance Maladie. Les indications prises en charge en 2025 par l'Assurance Maladie concernent le diabète, l'insuffisance rénale, l'insuffisance cardiaque, les prothèses cardiaques implantables (PCI), l'insuffisance respiratoire, l'oncologie ou encore la lombalgie chronique.

4. La téléassistance médicale

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

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

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

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

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

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

INFORMATION MEDICALE

Organisation

Quelle proportion du codage des diagnostics des résumés PMSI/RIM-P est-elle réalisée par des codeurs professionnels ?

	Nulle à assez faible	Faible à moyenne	Plutôt importante	Très importante à totale	Non concerné par le recueil
	A	B	C	D	E
PMSI-MCO	33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PMSI-HAD	34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PMSI-SMR	35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RIM-P hospitalier*	36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RIM-P ambulatoire**	37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*RPS **RAA

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

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

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

L'établissement a-t-il des outils d'aide au codage (IA, codage automatisé, etc.) des diagnostics CIM-10 pour le PMSI ?

- pour le codage à la source
- pour le contrôle qualité

A38	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A39	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Coopération et missions

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



- si oui, à la gestion des archives ?
- si oui, à la qualité ?
- si oui, au processus de facturation ?
- si oui, à l'administration du DPI ?
- si oui, au développement du SIH ?

A18	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A19	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A20	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A28	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A29	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A30	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A21	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

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

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

(par convention officielle)

Préciser le FINESS ET (de rattachement donc)

A22	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A23		

Personnel

Personnel non médical salarié affecté au département d'information médicale (en ETP moyens annuels travaillés)
dont personnel non médical salarié dédié au codage professionnalisé
(identification des codes, contrôle qualité, saisie)

A24	
A31	

Médecins salariés (hors internes) intervenant au DIM (en ETP moyens annuels travaillés)
dont médecins salariés dédiés au codage professionnalisé
(identification des codes, contrôle qualité, saisie)

A25	
A32	

Information médicale

PRINCIPES DU BORDEREAU

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

Ce bordereau a pour objectif de mieux connaître la diversité des organisations existantes du département ou de l'équipe responsable de l'information médicale (par commodité appelé DIM) dans les établissements de santé avec des configurations variables, dans le but d'avoir une image des modalités les plus fréquentes des recueils PMSI (MCO, HAD et SMR) et RIM-P (pour la psychiatrie en hospitalisation complète ou partielle [résumé par séquence, RPS] comme en ambulatoire [résumé d'activité ambulatoire, RAA]).

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

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

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

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Loi hospitalière de 1991. Décrets de 1993 et 1994. Code de la santé publique.

Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

NOUVEAUTES SAE 2025

Sont supprimées les questions portant sur le caractère décentralisé ou non de la gestion des données PMSI ou RIM-P. Est ajoutée, pour chaque recueil PMSI ou RIM-P (en distinguant sa version hospitalière dite RPS de sa version ambulatoire dite RAA), une question sur la proportion du codage des diagnostics des résumés PMSI/RIM-P réalisée par des codeurs professionnels (via quatre modalités possibles allant de « nulle à assez faible » à « très importante à totale » ainsi qu'une modalité pour distinguer les établissements qui ne sont pas concernés par un recueil donné).

Par ailleurs, il est précisé pour les cases A38 et A39 (anciennes cases A26 et A27) que la question porte sur le fait que l'établissement dispose d'outils d'aide au codage **concernant les diagnostics CIM-10 pour le PMSI**.

ORGANISATION

Cases A33 à A37 : La professionnalisation du codage correspond à la situation où la sélection, la hiérarchisation et la saisie de **codes CIM-10** servant au PMSI sont réalisées par un codeur professionnel, formé pour réaliser ces tâches. Pour chacune des cases, renseigner la proportion de résumés dont le codage des diagnostics est réalisé par un codeur professionnel sans mobilisation de cliniciens pour le pré-codage, le choix du code final ou la saisie du code CIM-10. **Choisir l'une des cinq modalités proposées, pour quantifier la proportion du codage CIM-10 des diagnostics des résumés PMSI/RIM-P qui est réalisée par des codeurs professionnels**, en distinguant recueils des séjours pour MCO, HAD et SMR, les résumés par séquences pour la psychiatrie en hospitalisation complète ou partielle (RPS) ou les actes ambulatoires pour la psychiatrie (RAA).

Sans qu'il ne soit attendu un calcul exact de la proportion du codage des diagnostics de résumés de chaque recueil considéré, les quatre premières modalités proposées correspondent respectivement à une proportion pour le recueil considéré de l'ordre de :

- 0% à 25% pour la modalité « Nulle à assez faible »
- 25% à 50% pour la modalité « Faible à moyenne »
- 50% à 75% pour la modalité « Plutôt importante »
- 75% à 100% pour la modalité « Très importante à totale ».

La modalité « Non concerné par ce recueil » est à cocher lorsque l'établissement de santé n'est pas concerné par le recueil en question.

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

Cases A38 et A39 : Préciser par OUI ou par NON si l'établissement de santé dispose, pour l'année, d'outils d'aide au codage des diagnostics CIM-10 pour le PMSI (par exemple d'outils de codage automatisé pour aider au remplissage du diagnostic CIM-10– avec ou sans intelligence artificielle [IA]), dans le codage à la source du diagnostic CIM-10 (**case A38**) ou le contrôle de la qualité du codage du diagnostic CIM-10 (**case A39**).

COOPERATIONS ET MISSIONS

Cases A18 à A20 et A28 à A30 : Il s'agit de préciser, pour l'équipe du DIM (et non pas à titre individuel pour un médecin donné), si elle participe à d'autres missions institutionnelles ; et si oui, si elle participe en particulier à la gestion des archives, à la qualité (e.g. identitovigilance, IQSS...), au processus de facturation, à l'administration du Dossier Patient Informatisé (DPI) ou au développement du système d'information hospitalier (SIH).

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

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

PERSONNEL

Cases A24, A25, A31 et A32 : Préciser ici en ETP moyens annuels travaillés (temps de travail effectif salarié mesuré en moyenne annuelle) :

- le personnel non médical affecté à l'équipe DIM : statisticiens, informaticiens, ingénieurs d'autre qualification, ou autre techniciens d'information médicale ; identifier **en A31** le personnel dédié au codage professionnalisé (identification des codes, contrôle qualité, saisie) ;
- les médecins (hors internes) intervenant au DIM : sont considérés ici les médecins rémunérés par l'établissement, y compris s'ils le sont par le biais d'une convention avec l'établissement de rattachement ; identifier **en A32** le personnel dédié au codage professionnalisé (identification des codes, contrôle qualité, saisie).

**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 :

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

E0	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
F0	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Avez-vous des lits "Kangourous" ?		
G0	<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	Bébés auprès de leur mère
		Néonatalogie (hors soins intensifs)	Soins intensifs aux nouveau-nés		
		A	B	C	D
Nombre de lits, berceaux, couveuses installés au 31/12	1				
Nombre de salles de naissance	2				
Activité d'obstétrique	Obstétrique	Néonatalogie		Réanimation néonatale	Bébés auprès de leur mère
		Néonatalogie (hors soins intensifs)	Soins intensifs aux nouveau-nés		
		A	B	C	D
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 <i>in utero</i> 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 prénatals 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 ?
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 puériculture	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. 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 prénaux précoces (EPP) au 4^{ème} mois (il existe en secteur libéral un tarif spécifique permettant de repérer ces consultations).

Les données d'activité de l'obstétrique, de l'AMP et de l'IVG sont obtenues à partir des données du PMSI. Celles concernant les IVG sont tous les ans modifiables pour en faciliter l'éventuelle correction par les établissements.

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 de Périnatalité), A12 (activités d'IVG, de lactarium, ou d'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.

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 viennent(nent) 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 au 31/12. 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.

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 : sage-femme (SF) ou gynéco-obstétricien (GO)

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^{ème} 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.

NB : ces nombres incluent les reprises éventuelles d'IVG en cas d'échec de la précédente tentative.

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^{ème} ou 14^{ème} semaine d'aménorrhée.

Case A45 : Nombre d'IVG réalisées à la 15^{ème} ou 16^{ème} semaine d'aménorrhée.

Case A25 : Question sur le nombre de conventions avec des médecins de ville pour des IVG médicamenteuses. Ne sont donc pas incluses dans ce décompte les conventions avec des sages-femmes, les centres de santé et centres de santé sexuelle.

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.

ACTIVITE INTERVENTIONNELLE EN NEURORADIOLOGIE ET NEUROCHIRURGIE

Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie

Référence : décret n° 2022-21 du 10 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie

Autorisation d'activité interventionnelle en neuroradiologie au 31/12 ?

Si oui, pour quelle mention ?

A30	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
A31	<input type="radio"/> Mention A (thrombectomie mécanique et prise en charge de l'AVC) <input type="radio"/> Mention B (toutes activités diagnostiques et thérapeutiques)

Nombre de salles :

Nombre de salles dédiées à la neuroradiologie interventionnelle au 31/12 :

A32	
-----	--

Nombre de lits installés au 31/12 pour les activités interventionnelles en neuroradiologie (lits d'une unité dédiée ou lits mis à disposition dans d'autres unités)

Nombre de séjours :

Nombre de journées :

B4	
A17	PMSI
C17	PMSI

Neurochirurgie

Type d'autorisation :

Neurochirurgie adulte	A33 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Neurochirurgie enfant	B33 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----------------------	--	-----------------------	--

Unité médicale de neurochirurgie

Nombre de lits installés au 31/12	Nombre de séjours	Nombre de journées
B	C	D

1

PMSI

PMSI

Existence d'un dispositif de neuronavigation ?

A5 Oui Non

Télémédecine pour l'activité de neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle

Si l'équipe est sollicitée par l'intermédiaire d'un dispositif de télémedecine, activité produite dans ce cadre

Téléexpertise (réalisée en l'absence du patient)		6	A <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	B	Activité de télémedecine	Nombre de sollicitations
Téléconsultation (réalisée en présence du patient dans l'établissement demandeur)		7	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			

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

Personnel médical hors internes	Code SAE		ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	Existence d'une garde senior 24h/24 ?	Existence d'une astreinte senior 24h/24 ?
			F	G	D	E
Neurochirurgiens	M2060	18			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Neurologues	M1120	19			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Neuro-pédiatries	M1140	34			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Spécialistes en radiologie et imagerie médicale	M1160	20			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Médecins anesthésistes réanimateurs et intensif-réanimation	M1030 et M1031	21			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Autre personnel médical		22				

Personnel non médical	Code SAE		ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	
			F	G	
Infirmiers DE avec spécialisation	N2300	29			
Infirmiers DE sans spécialisation	N2200	24			
Aides-soignants	N2500	25			
Personnels de rééducation	N2400	26			
Personnels médico-techniques (manipulateurs d'électroradiologie et autres personnels de radiologie)	N4100	27			
dont physiciens médicaux	N4180	35			
Autre personnel non médical		28			

Activité interventionnelle en neuroradiologie et neurochirurgie

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau affine la description des activités de neurochirurgie (c'est-à-dire touchant à la sphère crano-encéphalique) soumises à autorisation. Par ailleurs, le développement de la neuroradiologie interventionnelle (NRI), 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 télémédecine.
- 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 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 sous imagerie médicale en neuroradiologie.

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

L'établissement de santé interrogé, qu'il soit titulaire d'une ancienne ou nouvelle autorisation, doit obligatoirement remplir tout le bordereau NEUROCHIR, sauf la question A31 qui n'est saisie que lorsqu'il est sous le nouveau régime d'autorisations de soins.

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

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décret n° 2022-21 du 10 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie.

Décret n° 2022-22 du 10 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie.

Arrêté du 10 janvier 2022 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie prévu à l'article R. 6123-110 du code de la santé publique.

Décret n° 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie.

Décret n° 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie.

Arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions chirurgicales mentionnées à l'article R. 6123-208 du code de la santé publique.

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.

ACTIVITÉ INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE EN NEURORADIOLOGIE

Case A30 : Il est demandé d'indiquer par oui ou par non si l'établissement possède une autorisation d'activité interventionnelle en neuroradiologie au 31 décembre. Cette case n'est pas modifiable directement. Elle est mise à jour à partir de la case A34 du bordereau FILTRE.

Case A31 : Dans le cas de la nouvelle autorisation d'activité en neuroradiologie interventionnelle (réponse 'OUI' à la case A30), indiquer le type de la mention de l'établissement titulaire de l'autorisation au 31/12 d'activité en neuroradiologie interventionnelle. Les activités de la mention A concernent la thrombectomie mécanique et la prise en charge de l'AVC et celles de la mention B toutes les activités diagnostiques et thérapeutiques. Un établissement titulaire d'une ancienne autorisation d'activité interventionnelle en neuroradiologie n'est pas concerné par cette question.

Case A32 : Il est demandé d'indiquer le nombre de salles dédiées à la neuroradiologie interventionnelle (uniquement consacrée à l'activité indiquée) au 31 décembre.

Case B4 : Il est demandé de préciser, pour les activités interventionnelles en neuroradiologie, la capacité en lits installés au 31 décembre en état d'accueillir des malades. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes. Ils ne peuvent être inclus qu'en cas de travaux ou désinfection occasionnant une fermeture de très courte durée (quelques jours).

Cellules pré-remplies extraction ciblée à partir du PMSI, à valider (ou corriger si besoin) par l'établissement. Dans la SAE 2025, où coexisteront les anciennes et les nouvelles autorisations, exceptionnellement, les cases PMSI seront modifiables par l'établissement :

Cases A17 et C17 : Sont comptabilisés les séjours (hospitalisation complète et partielle) au cours desquels au moins un acte figurant dans la liste LT31 a été pratiqué (**case A17**). Le nombre de journées associées à ces séjours (**case C17**) est également calculé.

NEUROCHIRURGIE

Case A33, il est demandé d'indiquer par oui ou non si l'établissement possède une autorisation en neurochirurgie adulte au 31/12.

Case B33, il est demandé d'indiquer par oui ou non si l'établissement possède une autorisation en neurochirurgie enfant au 31/12.

Case B1 : Il est demandé de préciser, pour l'unité dédiée en neurochirurgie, la capacité en lits installés au 31 décembre en état d'accueillir des malades. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes. Ils ne peuvent être inclus qu'en cas de travaux ou désinfection occasionnant une fermeture de très courte durée (quelques jours).

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

Cases C1 et D1 : Sont dénombrés les séjours (**case C1**) 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 (**case D1**) sont uniquement celles effectuées dans les unités médicales de neurochirurgie. **Depuis la SAE 2024, on ne distingue plus les séjours adultes (18 ans et plus) des séjours enfants (neurochirurgie pédiatrique – 0 à 17 ans)**.

Case A5 : Il s'agit de préciser par OUI ou NON si l'établissement dispose d'un dispositif de neuronavigation dans l'unité médicale de neurochirurgie.

TELEMEDECINE POUR L'ACTIVITE DE NEUROCHIRURGIE ET NEURORADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Lignes 6 et 7, colonnes A et B : 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 consulter à distance en 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 télémédecine et on indiquera le nombre de sollicitations dans l'année.

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 et 34**, 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 29**, 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.

ACTIVITE INTERVENTIONNELLE EN CARDIOLOGIE ET CHIRURGIE CARDIAQUE

Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie

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

Autorisation d'activité interventionnelle en cardiologie :

Nombre de salles :

Nombre total de salles numérisées de cardiologie interventionnelle au 31/12 :

A34	
-----	--

dont salles avec un système de cartographie tridimensionnelle :

A35	
-----	--

dont salles hybrides dédiées à la cardiologie :

A33	
-----	--

Nombre de séjours :

A4	PMSI
----	------

Nombre de journées :

A5	PMSI
----	------

Nombre d'actes :

A6	PMSI
----	------

don actes liés à la modalité « rythmologie interventionnelle »

A7	PMSI
----	------

don actes liés à la modalité « cardiopathies congénitales hors rythmologie »

A8	PMSI
----	------

don actes liés à la modalité « cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte »

A9	PMSI
----	------

Chirurgie cardiaque hors réanimation et USIC⁽¹⁾

Type d'autorisation :

Chirurgie cardiaque adulte

A10
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

B10
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Nombre de salles d'intervention protégées et aseptiques dédiées :

A11	
-----	--

Nombre d'appareils de CEC dédiés :

A12	
-----	--

Nombre total d'actes de chirurgie cardiaque enfant :

A13	PMSI
-----	------

Nombre total d'actes de chirurgie cardiaque adulte :

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

dont nombre d'actes en urgence :

A15	
-----	--

Nombre d'actes sous CEC chez l'adulte⁽²⁾ :

A16	PMSI
-----	------

(2) Interventions à cœur battant ou CEC

			Nombre de lits dédiés installés au 31/12	Nombre de séjours	Nombre de journées réalisées
			A	B	C
Unité de chirurgie cardiaque hors réanimation et USIC ⁽¹⁾	17			PMSI	PMSI
Unité de cardiologie (lits de médecine, hors USIC) ⁽¹⁾	18				

(1) Les capacités et l'activité d'hospitalisation en réanimation et USIC sont à décrire dans le bordereau "Soins critiques"

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		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
Chirurgiens cardiaques ⁽⁴⁾	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 interventionnels		36			<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 intensif-réanimation	M1030-M1031	23			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Cardio-pédiatries	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° 2006-78 du 24 janvier 2006 relatif aux activités de chirurgie cardiaque.

Personnel non médical	code SAE		ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	Existence d'une garde senior 24h/24 ?	Existence d'une astreinte senior 24h/24 ?
					F	G
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				
Physiciens médicaux	N4180	37				
Autre personnel non médical		32				

Activité interventionnelle en cardiologie et chirurgie cardiaque

PRINCIPES DU BORDEREAU

La description de ces 2 activités de soins est regroupée : elles sont certes 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 et de soins intensifs cardiaques sont décrites dans le bordereau REA portant sur ces types d’activité. Les unités de surveillance continue sont décrites dans le bordereau MCO (hors grand brûlés) ou dans le bordereau BRULES.

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 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 par tous les établissements géographiques qui ont une activité autorisée de chirurgie cardiaque ou d’activités interventionnelles en cardiologie, qu’elle soit dans l’ancien ou le nouveau régime d’autorisations.

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 en cardiologie) et A37 (chirurgie cardiaque).

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décret n° 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d’implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie

Décret n° 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d’implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie

Arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions chirurgicales mentionnées à l’article R. 6123-208 du code de la santé publique

Décret n° 2022-380 du 16 mars 2022 relatif aux conditions d’implantation de l’activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie

Décret n° 2022-382 du 16 mars 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l’activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie et aux conditions techniques de fonctionnement de l’activité de soins médicaux et de réadaptation

Arrêté du 16 mars 2022 fixant le nombre minimal annuel d’actes pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie prévues à l’article R. 6123-133-2 du code de la santé publique

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

ACTIVITÉ INTERVENTIONNELLE 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.

Case A34 : Nombre total de salles numérisées de cardiologie interventionnelle au 31/12

Case A35 : Nombre de salles avec un système de cartographie tridimensionnelle au 31/12

Case A33 : 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) étaient non modifiables par l'établissement jusqu'à la SAE 2023. Dans la SAE 2025, où coexisteront les anciennes et les nouvelles autorisations, exceptionnellement, les cases PMSI (A4 à A9) seront 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 liés à la modalité « rythmologie interventionnelle ». Actes électrophysiologiques de rythmologie interventionnelle, 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 liés à la modalité « cardiopathies congénitales hors rythmologie ». 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 liés à la modalité « cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte ». Actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte, y compris les angioplasties (hors les cas liés à la modalité « rythmologie interventionnelle »). Les actes sélectionnés figurent parmi la liste LT033-2.

CHIRURGIE CARDIAQUE, HORS RÉANIMATION et UNITES DE SOINS INTENSIFS DE CARDIOLOGIE (USIC)

Les **cases A10 et B10** concernent respectivement l'existence d'une autorisation au 31/12 :

- **A10** : d'activité de chirurgie cardiaque adulte ;
- **B10** : d'activité de chirurgie cardiaque pédiatrique.

Case A11 : Nombre de salles d'intervention protégées et 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 \geq 18 ans).

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

- la ou les unités de chirurgie cardiaque (les UM de type « 50 ») hors réanimation et USIC. Doivent être tous les lits de l'unité y compris ceux 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 réanimation et USIC.

Il s'agit du 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. Ils ne peuvent être inclus qu'en cas de travaux ou désinfection occasionnant une fermeture de très courte durée (quelques jours).

Case B17 : Nombre de séjours ayant comporté un passage (au sens Résumé d'Unité Médicale, RUM pour le PMSI) en unité de chirurgie cardiaque (UM typée « 50 ») hors réanimation et USIC. 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.6124-122 du Code de la santé publique).

Colonne F : ETP travaillés (ETP_T) des personnels **salarisés**, 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
					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 SMR ayant l'autorisation de prise en charge spécialisée des brûlés ?

A5	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> 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
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				
Kinésithérapeutes	N2410	20				
Psychologues	N2710	21				
Autre personnel des services de soins		22				

Traitement des grands brûlés

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau permet la description du traitement des grands brûlés et en précisant les qualifications des personnels intervenant (tant pour les médecins que pour le personnel non médical).

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 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 : 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, de soins intensifs et de surveillance continue pour les grands brûlés. Les lits sont comptés en réanimation, soins intensifs ou surveillance continue pour les grands brûlés 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).

Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes, sauf en cas de travaux ou désinfection occasionnant une fermeture de très courte durée (quelques jours). 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 installés (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 SMR 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. 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 collecté une année sur deux

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

A1	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
----	---------------------------	--------------------------------------

Si oui, Nombre de lits LISP (hors Unité de Soins Palliatifs) :

Dont : nombre de LISP dans des services de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)

nombre de LISP dans des services pédiatriques

Nombre de séjours dans ces lits (LISP) dans l'année :

A2	
A3	
A4	
A5	

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

A6	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
----	---------------------------	--------------------------------------

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 SMR dans l'unité, dans l'année (si l'unité est classée en SMR) :

Nombre de séjours "autres" dans l'unité, dans l'année (si l'unité est classée en autres) :

A7	<input type="radio"/> MCO
A8	<input type="radio"/> SMR
A9	<input checked="" type="radio"/> PMSI
A21	
A22	

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

A33	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
-----	---------------------------	--------------------------------------

Si oui, Nombre total d'interventions physiques de l'EMSP (hors ERRSPP) au sein de l'établissement :

Nombre d'EHPAD dans lesquelles l'EMSP intervient (= conventions) :

Nombre d'établissements de santé (EJ) dans lesquelles l'EMSP (hors ERRSPP) intervient (= conventions) :

Nombre total d'interventions physiques de l'EMSP (hors ERRSPP) 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 (hors ERRSPP) dans l'année, au sein et hors de l'établissement :

A34	
A35	
A36	
A37	
A38	
A39	
A40	
A41	

Actions de formation de l'EMSP (hors ERRSPP)

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

A42	
A43	

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

Existe-t-il une équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) au sein de l'établissement ?

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

Si oui, Nombre total d'interventions physiques de l'ERRSPP au sein de l'établissement :

Nombre total d'interventions physiques de l'ERRSPP en dehors de l'établissement :

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

Existe-t-il un hôpital de jour en "médecine palliative" au sein de l'établissement ?

A49	<input type="radio"/> oui	<input checked="" type="radio"/> non
-----	---------------------------	--------------------------------------

Si oui, Nombre de places en HDJ "médecine palliative" au sein de l'établissement au 31/12 :

Existe-t-il une convention avec une association agréée proposant du bénévolat d'accompagnement de la fin de vie ?

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

	code SAE		USP		EMSP (hors ERRSPP)	
			ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12
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 SMR 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.

NOUVEAUTES SAE 2025

Le bordereau précise désormais pour toutes les questions sur les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) de répondre hors équipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) alors que l'aide au remplissage précisait jusqu'à la SAE 2023 d'inclure les ERRSPP dans les réponses concernant les EMSP. Trois nouvelles questions sont ajoutées pour recueillir l'existence d'une ERRSPP au sein de l'établissement et si oui, le nombre d'interventions physiques de cette ERRSPP au sein et en dehors de l'établissement.

Sont supprimées les questions portant respectivement sur le nombre de demi-journées de temps bénévole d'accompagnement en octobre au sein des USP (Unités de Soins Palliatifs) ou au sein des EMSP (Équipe Mobile de Soins Palliatifs) au profit de l'ajout d'une nouvelle question portant sur l'existence d'une convention avec une association agréée proposant du bénévolat d'accompagnement de la fin de vie.

Enfin, sont ajoutées deux questions portant sur l'existence et le nombre de places au 31/12 d'un hôpital de jour en médecine palliative au sein de l'établissement.

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.

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 SMR. 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 SMR (**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 SMR.

Si l'établissement dispose d'une USP (réponse OUI à A6), indiquer la classification (MCO, SMR) 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.

Note :

- S'il y a eu une USP, mais qu'elle a fermé définitivement en cours d'année répondre NON à A6.
- S'il y a une USP dans l'établissement, qu'elle a eu une activité en cours d'année, mais qu'elle est provisoirement fermée en fin d'année pour manque de personnel par exemple, répondre OUI à A6 (indiquer en revanche qu'il n'y a pas de lit en case A8)

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 SMR ou dans « autres disciplines », le nombre de séjours au sein de l'USP doit être renseigné en case **A21** ou **A22**.

Case A33 : Existe-t-il une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) hors ERRSPP 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 pluri-professionnelle 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 font l'objet depuis la SAE 2025 de questions spécifiques (A44 à A46) et sont donc à caractériser désormais séparément des EMSP : si l'établissement ne dispose que d'une ERRSPP, il doit répondre NON à la case A33 et répondre OUI à la case A44.**

L'EMSP bénéficie d'une reconnaissance contractuelle et d'un financement par le fond d'intervention régional (FIR). Les questions posées pour les **cases A34 à A41** 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 A34 : Nombre d'interventions physiques de l'EMSP **hors ERRSPP** 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 A35 et A36 : Nombre d'EHPAD (A35) et nombre d'établissements de santé (hors établissement de rattachement) (A36) dans lesquels l'EMSP **hors ERRSPP** est intervenue. Il s'agit ici de comptabiliser les établissements avec lesquels des conventions ont été établies.

Case A37 : Nombre total d'interventions physiques de l'EMSP **hors ERRSPP** 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 A38 : 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 A39).

Case A39 : 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 A40 : Au domicile des patients

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

Case A41 : Nombre de patients différents (= file active) auprès desquels l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) **hors ERRSPP** s'est déplacée au lit du patient ou auprès des proches, ou pour lesquels l'EMSP **hors ERRSPP** a été sollicitée par l'équipe soignante prenant en charge le patient.

Cases A42 et 43 : Nombre total d'heures de formation en soins palliatifs réalisées par le personnel de l'EMSP **hors ERRSPP** au sein de l'établissement et hors de l'établissement (cf. rapports d'activité des équipes mobiles concernées).

Case A44 : Indiquer OUI si l'établissement dispose d'une équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP, voir supra).

Case A45 : Nombre d'interventions physiques de l'ERSPP 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'ERRSPP 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.

Case A46 : Nombre total d'interventions physiques de l'ERRSPP hors de l'établissement de rattachement.

Cases A47 et A48 : Indiquer OUI en A47 s'il existe un hôpital de jour (HDJ) en médecine palliative au sein de l'établissement et si oui, renseigner en A48 le nombre de places au 31/12 de l'hôpital de jour en médecine palliative.

L'hospitalisation de jour (HDJ) « médecine palliative », tel que définie par [l'instruction interministérielle n° DGOC/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, est une **modalité ambulatoire** en mesure de proposer une **prise en charge globale** des personnes malades relevant de soins palliatifs et nécessitant une évaluation ainsi qu'un **suivi pluri professionnel et interdisciplinaire**, de façon **ponctuelle ou selon un rythme régulier et adapté**.

Case A49 : Indiquer OUI s'il existe une convention signée avec une association agréée proposant du bénévolat d'accompagnement de la fin de vie.

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) **hors ERRSPP** 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 USP ou dans les EMSP **hors ERRSPP**. Les bénévoles sont à exclure de ce décompte. **Cette partie ne recueille pas non plus les personnels concourant à l'activité des LISPs. Les EMSP étant décrits hors ERRSPP depuis la SAE 2025, les personnels concourant à l'activité de l'EMSP à déclarer sont désormais ceux concourant à l'activité de l'EMSP hors ERRSPP.**

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 L** concerne uniquement les salariés, le calcul d'ETP_T s'étant avéré compliqué pour les libéraux. Pour ces derniers en **colonnes I et M**, 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 ?

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

Equipements et activité

HEMODIALYSE	Code		Nombre de postes utilisés au 31/12 (=générateur et lit ou fauteuil) (¹)	Nombre de patients pris en charge la semaine incluant le 1 ^{er} décembre	Nombre de séances dans l'année	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			

(¹) : 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

A28	PMSI
A11	

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 ^{er} décembre	Nombre de séances (pour l'entraînement) ou de semaines de traitement pour autres modes de DP dans l'année	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				
Total dialyse péritonéale à domicile (calculé)	1210	29				

Dialyses réservées pour vacanciers

A21	
A22	

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

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 ?
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.

Ce bordereau, qui adopte les mêmes définitions que celles utilisées par REIN :

- Rend compte de l'évolution des structures de dialyse hors centre, notamment des unités de dialyse médicalisées de proximité fonctionnant par télémédecine ;
- Facilite le suivi du SRS 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'hémodiafiltration 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.

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^{er} 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^{er} 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 complète. 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 aigüe. 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 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 pharmacie à usage intérieur (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, 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 : 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 1/2

Pour tous les établissements traitant le cancer (établissements autorisés pour la chirurgie oncologique, les traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC, dont chimiothérapie) et la radiothérapie (radiothérapie externe et/ou curiethérapie), et établissements associés pour traitement par chimiothérapie des affections cancéreuses)

Traitez-vous les affections cancéreuses par TMSC (traitements médicamenteux systémiques du cancer), dont chimiothérapie ?

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

Traitez-vous les affections cancéreuses par radiothérapie (radiothérapie externe/curiethérapie) ?

A3	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
----	---

Avez-vous des unités d'hospitalisation complète ou ambulatoire spécifiquement consacrées au cancer, avec du personnel dédié (appelées ici «unités individualisées») ?

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

Activité de traitement du cancer : nombre de séjours*

Dont séjours de 0 jour**

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

*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+A36

**Pour les cabinets privés de radiothérapie, mettre en case A5, le nombre de séances de radiothérapie réalisées A5=A15+A36

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

Pour les établissements traitant le cancer par TMSC (traitements médicamenteux systémiques du cancer), dont chimiothérapie

Autorisation pour le champ MCO, HAD et SMR

L'établissement a-t-il reçu une autorisation de traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC, dont chimiothérapie) ?	A7	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
---	----	---

FINESS ET1	FINESS ET2	FINESS ET3
A	B	C

Sinon, en tant qu'établissement associé, avec quel(s) établissement(s) autorisé(s), une convention a-t-elle été signée ?

8

--	--	--

Activité

MCO	HAD	SMR
Réalisés pendant une hospitalisation complète ou partielle	Réalisés pendant une hospitalisation à domicile	Réalisés pendant une hospitalisation complète ou partielle
A	B	D
PMSI	PMSI	PMSI

MCO
Réalisés pendant une hospitalisation complète
C9

Nombre total de séjours avec traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC, dont chimiothérapie)

9

MCO	HAD	SMR
A	B	D

Nombre de séances de traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC, dont chimiothérapie)

10

PMSI		PMSI
------	--	------

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

PMSI

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

Equipements		Nombre d'appareils (ou de lits) au 31/12	Equipement accessible à d'autres structures	
			A	B
Accélérateurs de radiothérapie	12		<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Nombre de lits protégés pour curiethérapie	35			

Activité

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

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

MCO	
Nombre de séances	Nombre de séjours d'hospitalisation (partielle ou complète)
A	B
Traitement par radiothérapie externe	15
Traitement par curiethérapie	36

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		
Médecins anesthésistes réanimateurs et intensif réanimation	M1030	37		
Radiophysiciens - Physiciens médicaux	N4180	20		
Manipulateurs d'électroradiologie	N4130	21		
Dosimétristes	N4170	22		
Autre personnel non médical de l'unité de radiothérapie		23		

TRAITEMENT DU CANCER 2/2

Pour les établissements traitant le cancer dans des unités d'hospitalisation individualisées (UHI)

<u>Caractéristiques et activité de l'unité (des unités) individualisée(s)</u>		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
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)

<u>Personnel médical (hors internes)</u>	code SAE		ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12
			D	E
Médecins oncologues médicaux	M1130	28		
Pédiatres	M1140	38		
Hématologues	M1330	39		
Oncologues médicaux en chimiothérapie (OMC)		40		
Autres médecins habilités en cancérologie		29		

<u>Personnel non médical</u>	code SAE		ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12
			D	E
Infirmiers DE avec ou sans spécialisation	N2210, N2300	41		
Aides-soignants	N2510	31		
Psychologues	N2710	32		
Assistants de service social	N3120	33		
Autres personnels des services médicaux		34		

Traitement du cancer

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau « traitement du cancer » recueille des données sur le traitement des affections cancéreuses (rayonnements ionisants de haute énergie et chimiothérapie).

Il est complémentaire de l'enquête réalisée par l'observatoire national de la radiothérapie (comportant déjà des données sur les environnements techniques ainsi que sur l'activité de protonthérapie). Les données d'activité sont obtenues à partir des données des PMSI MCO, HAD et SMR, 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 externe, curiethérapie, traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC) dont chimiothérapie ou chirurgie des cancers (dénommée chirurgie oncologique en nouveau régime des autorisations de soins). Pour la chimiothérapie, il s'agit soit d'un établissement ayant reçu une autorisation de TMSC, soit d'un établissement associé, ayant passé une convention avec un établissement autorisé. Les établissements associés à l'autorisation de TMSC 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 externe ou curiethérapie), A10 (Traitements médicamenteux systémiques du cancer [TMSC], dont chimiothérapie [autorisée ou associée]) et A32 dans le bloc A (chirurgie oncologique).

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/UTILES

[Décret n°2022-689 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de traitement du cancer.](#)

[Décret n°2022-693 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de traitement du cancer.](#)

[Arrêté du 26 avril 2022 portant modification de l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer](#)

[Le dispositif d'autorisation de traitement du cancer](#), par l'Inca

NOUVEAUTES SAE 2025

- Le périmètre des questions portant auparavant sur la chimiothérapie devient plus large et englobe désormais l'ensemble des traitements médicamenteux systémiques du cancer dont la chimiothérapie.
- Suite à la réforme, l'activité de traitement du cancer en SMR est aussi repérée au sein du tableau global initial (lignes 4, 5, 6) et du tableau mesurant l'activité de traitement du cancer par TMSC (lignes 9 et 10).
- La curiethérapie est désormais recueillie en propre (nombre de lits protégés pour curiethérapie, de séances et de séjours) et donc désormais dissociée de l'irathérapie qui se trouve, elle, collectée au sein du nouveau bordereau MEDNUC.
- Les médecins anesthésistes réanimateurs et intensif réanimation sont introduits au sein des personnels concourant à l'activité de radiothérapie.
- Au sein des personnels concourant aux unités d'hospitalisation individualisées de cancérologie, sont désormais distingués des autres médecins habilités en cancérologie les pédiatres, les hématologues ainsi que les oncologues médicaux en chimiothérapie. Par ailleurs, les personnels d'encadrement infirmiers (code SAE 2120) n'y sont plus à recueillir avec les infirmiers DE avec ou sans spécialisation, mais avec les autres personnels non médicaux des services médicaux.

Remarque préliminaire : Pour l'activité d'HAD, le bordereau Traitement du Cancer, et notamment la case B9 {« Nombre total de séjours en HAD (en cours ou terminés) avec traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC), dont chimiothérapie »}, concerne uniquement les établissements présentant des séjours HAD codés en mode de prise en charge principal ou associé (MPP ou MPA) égal à '05' (chimiothérapie anticancéreuse) dans les conditions du [guide méthodologique ATIH de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile](#).

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 (traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC) dont chimiothérapie, radiothérapie (externe ou curiethérapie), unités d'hospitalisation individualisées).

Case A1 : Concerne les établissements traitant les affections cancéreuses par traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC) dont chimiothérapie, c'est-à-dire ayant reçu une autorisation de traitement du cancer par TMSC, 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.

Attention : le champ sur lequel les établissements sont interrogés est plus large que les précédentes SAE, étant donné que la chimiothérapie précédemment interrogée est un sous-ensemble des TMSC.

Case A2 : Concerne les établissements traitant les affections cancéreuses par radiothérapie (externe 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 C6 : 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, en HAD ou en SMR). **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, FEFF438, FEFF220, FGLF671, GGLB001, GGLB008, HLNA007, HLNC003, HLNK001, HLNM001, HLNN900, HPLB002, HPLB003, HPLB007, JANH798, 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+A36. Le nombre de séjours de 0 jour (**case A5**) correspond au nombre de séances de radiothérapie réalisées en ambulatoire, soit A5=A15+A36. 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.

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

Cases C4 à C6 : Activité de traitement du cancer en SMR : On considère ici les séjours (y compris les séances comme en MCO donc on ne filtre pas sur le type de séjour) enregistrés en UM 56C ou 62C.

POUR LES ÉTABLISSEMENTS TRAITANT LE CANCER PAR TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX SYSTÉMIQUES DU CANCER (TMSC), DONT CHIMIOTHÉRAPIE

Case A7 : Seuls les établissements (MCO, HAD ou SMR) autorisés à traiter les affections cancéreuses des patients par traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC) ; dont 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, HAD et SMR, à valider (ou corriger si besoin) par l'établissement.

Case A9 : Nombre total de séjours avec traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC), dont chimiothérapie (réalisés pendant une hospitalisation complète ou partielle). Il s'agit ici de ne retenir que les traitements médicamenteux systémiques du cancer pour affection tumorale. Les séjours avec traitements de chimiothérapie pour d'autres motifs que le traitement du cancer sont exclus. 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 traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC), dont chimiothérapie, réalisées pendant une hospitalisation complète ou partielle en MCO. Là encore, il s'agit de ne retenir que les traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC) dont chimiothérapie, pour affection tumorale, les séjours avec traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC), dont chimiothérapie, pour d'autres motifs que le traitement du cancer étant exclus. Sont comptés les GHM 28Z07Z x nombre de séances.

Case B9 : Nombre total de séjours en HAD (en cours ou terminés) avec traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC), dont 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).

Case D9 : Nombre total de séjours en SMR (en cours ou terminés) avec traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC), dont chimiothérapie. Il s'agit du nombre total de séjours enregistrés en UM 56C ou 62C comportant une morbidité ou une affection étiologique ou un diagnostic associé codé Z511.

Case D10 : Nombre de séances de traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC), dont chimiothérapie, réalisées pendant une hospitalisation complète ou partielle en SMR. Là encore, ne sont retenus que les traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC), dont chimiothérapie, pour affection tumorale, les séjours avec traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC), dont chimiothérapie, pour d'autres motifs que le traitement du cancer étant exclus. On comptabilise les séances (=séjours ayant pour type de séjour la modalité 4) enregistrées en UM 56C ou 62C comportant une morbidité ou une affection étiologique ou un diagnostic associé codé Z511.

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

Ligne 12 :

Case A12 : Nombre d'accélérateurs de radiothérapie au 31/12

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.

Ligne 35 : Nombre de lits protégés pour la curiethérapie au 31/12.

NB : jusqu'à la SAE 2024 incluse, une seule case du bordereau CANCERO décomptait à la fois les lits protégés pour curiethérapie et les lits d'irathérapie. Avec la réforme des autorisations de soins, l'irathérapie fait partie de la médecine nucléaire et est donc à décrire à partir de la SAE 2025 dans le nouveau bordereau MEDNUC dédié à celle-ci, et plus dans le bordereau CANCERO.

Lignes 14-15-36 : Activité

L'activité est 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 sur le site FAQ de la SAE et 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)].

Ligne 15 et 36 : Nombre de séances. Il convient de distinguer les séances selon qu'elles traitent des patients par radiothérapie externe ou des patients par curiethérapie, dans la structure.

Colonnes A et B des lignes 15 et 36 : 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 A36 : Nombre de séances de traitement par curiethérapie. 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)] ET avec au moins un acte dans les listes A-192 ou A-371. L'irathérapie est désormais recueillie au sein du bordereau médecine nucléaire.

Case B36 : Nombre de séjours d'hospitalisation (partielle ou complète) des patients en traitement par curiethérapie, soit séjours hors CM28 avec ((au moins un acte dans les listes A-192 ou A-371) OU (un GHM parmi (17K05, 17K08))). L'irathérapie est désormais recueillie au sein du bordereau médecine nucléaire.

PERSONNEL CONCOURANT A L'ACTIVITE 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 ordinaire) 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.

Ligne 37 : Médecins anesthésistes réanimateurs et intensif réanimation

Cette ligne concerne tous les médecins anesthésistes réanimateurs et intensif réanimation (titulaires du DES d'anesthésie-réanimation ou du DES de médecine intensive-réanimation par commission de qualification ordinaire) concourant à l'activité.

Lignes 21 et 22 : Personnel non médical

On distingue 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 radiothérapeutes, les anesthésistes réanimateurs et intensif réanimation, les radiophysiciens ou physiciens médicaux, les manipulateurs, ou les 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 (UHI)

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) (UHI) 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 et lignes 38 à 40 : 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.

Sont appelés pédiatres (**ligne 38**) ceux qui ont à la fois un DESC2 de pédiatrie et un DESC1 de cancérologie, hématologues (**ligne 39**) ceux qui ont à la fois un DESC2 d'hématologie et un DESC1 de cancérologie et oncologues médicaux en chimiothérapie ou encore OMC (**ligne 40**) les oncologues médicaux dont le traitement de cancer pratiqué est la chimiothérapie.

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

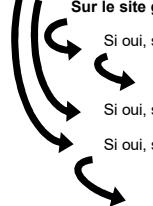
Compter ici tous les personnels autres que les infirmiers DE, avec ou sans spécialisation, aides-soignants, psychologues et assistants de service sociaux participant à l'activité de(s) l'unité(s) des lignes précédentes. Les personnels administratifs notamment (secrétariat médical) doivent être inclus,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

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.

Tous les malades qui passent par la structure autorisée des urgences doivent être pris en compte. **Sont exclus en revanche les points d'accueil sans autorisation de médecine d'urgence (SOS mains, uniquement spécialisés en ophtalmologie, en gynécologie, en cardiologie, etc.), les admissions directes dans les services (USIC, UNV, 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 structure des 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" ?

Si oui, s'agit-il d'une autorisation d'antenne de médecine d'urgence ?

Si oui, votre antenne était-elle précédemment la même année une structure des urgences autorisée ?

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
A40	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A64	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Informations complémentaires

Une équipe mobile de gériatrie intervient-elle au sein de votre structure des urgences ?

La structure met-elle en œuvre une réorientation des patients vers la médecine de ville (via le service d'accès aux soins ou pas), lors du tri IOA/MAO ?

Si oui, la réorientation est mise en œuvre par :

L'établissement dispose-t-il d'un outil pour anticiper les besoins de lits pour des patients des urgences ?

A11	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A43	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
A44	<input type="radio"/> IOA <input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> IOA et Médecin	
A45	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

Activité

STRUCTURE DES URGENCES GENERALES

L'accès aux urgences "générales" est-il régulé ?
 (pas d'accès libre et direct des patients)

A46 oui, tout le temps oui, une partie du temps non

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

A16 oui non

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

A17 IOA
 MAO
 IOA et MAO

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

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	D	E
Unité d'hospitalisation de courte durée	21			PMSI	PMSI	PMSI

Disposez-vous d'une filière d'accueil spécialisée au sein de la structure des urgences (après admission et tri par l'IOA) en :

Pédiatrie ?	A47	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Psychiatrie ?	A48	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Gériatrie ?	A49	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Autres ?	A50	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

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

Si oui, le temps d'attente actualisé en temps réel est-il accessible aux patients (affiché par exemple en salle d'attente ou sur Internet) ?

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

A22	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A65	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A23	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

STRUCTURE DES URGENCES (2/2)

Activité

STRUCTURE DES URGENCES PEDIATRIQUES

L'accès aux urgences "pédiatriques" est-il régulé ?
(pas d'accès libre et direct des patients)

A51	<input type="radio"/> oui, tout le temps <input type="radio"/> oui, une partie du temps <input type="radio"/> non
-----	---

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

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

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

A27	<input type="radio"/> IOA <input type="radio"/> MAO <input type="radio"/> IOA et MAO
-----	--

Passages	Nombre de passages	DONT hospitalisés
	A	B
Nombre total de passages aux urgences dans l'année	28	

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	D	E
Unité d'hospitalisation de courte durée	29		PMSI	PMSI	PMSI

ANTENNE DE MEDECINE D'URGENCE (Antenne de MU)

Disposez-vous d'une implantation SMUR sur le même site ou avez-vous une convention/organisation formalisée ?

A52	<input type="radio"/> SMUR Convention/organisation formalisée
A53	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A54	Numéro FINESS

Amplitude d'ouverture	Lundi - Vendredi		Samedi		Dimanche - Jours fériés	
	A	B	C	D	E	
Êtes-vous ouvert ?	55	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non				
Quelle est votre amplitude horaire journalière moyenne ?	56	(menu déroulant 0 - 24 si oui)				

L'accès à l'antenne de MU est-il régulé ?
(pas d'accès libre et direct des patients)

A57	<input type="radio"/> oui, tout le temps <input type="radio"/> oui, une partie du temps <input type="radio"/> non
-----	---

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

A58	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

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

A59	<input type="radio"/> IOA <input type="radio"/> MAO <input type="radio"/> IOA et MAO
-----	--

Passages	Nombre de passages	DONT hospitalisés	DONT transferts vers la structure des urgences avec lequel l'antenne est conventionnée
	A	B	C
Nombre total de passages dans l'année	60		

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	D	E
Unité d'hospitalisation de courte durée	61		PMSI	PMSI	PMSI

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

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

Si oui, le temps d'attente actualisé en temps réel est-il accessible aux patients (affiché par exemple en salle d'attente ou sur Internet) ?

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

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 dernièrement modifié par les arrêtés n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 et n° 2023-1376 du 29 décembre 2023) :

1° La régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente (SAMU) mentionné à l'article L.6112-5 et service d'accès aux soins (SAS) mentionné à l'article L. 6311-3 du décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 ;

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) ;

→ Ces modalités sont l'objet d'un autre bordereau, le bordereau SMURSAMU (et du bordereau PCAMEDURG pour leur personnel).

3° La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences générales, dans la structure des urgences pédiatriques ou dans la structure des antennes de médecine d'urgence.

→ Ces structures sont l'objet du présent bordereau (et du bordereau PCAMEDURG pour leur personnel).

Les objectifs de ce questionnement sont :

- Rendre compte de l'accès de la population d'un territoire aux structures des urgences à travers la description géolocalisée de leurs différentes composantes.

- Mesurer l'activité des structures des urgences (sans tenir compte des admissions directes dans les services).

Les données d'activité correspondant aux informations pour l'Unité d'hospitalisation de courte durée (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 ou d'antenne de médecine d'urgence. 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

Décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Décret n° 2023-1376 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée de médecine d'urgence

Arrêté du 29 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU)

Décret n° 2024-541 du 14 juin 2024 relatif à l'organisation et au fonctionnement du service d'accès aux soins

Circulaire n°DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire

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 FINESS et ARHGOS.

NOUVEAUTES SAE 2025

Une question sur l'accessibilité du temps d'attente actualisé en temps réel pour les patients, par exemple via son affichage en salle d'attente ou sur Internet, est ajoutée pour les structures d'urgences générales autorisées ainsi que pour les antennes de médecine d'urgence.

TYPE D'AUTORISATION DÉTENUE

Cases A1 à A4 et A40 : Données pré-remplies à partir des informations disponibles dans le système de gestion des autorisations des établissements de santé (SI Autorisations), renseigné par les ARS. Ces autorisations font référence aux conditions techniques de fonctionnement pour l'activité des urgences définies dans le décret 2006-577 (ancien régime des autorisations) ou dans les décrets n°2023-1374 et n°2023-1376 du 29 décembre 2023 (nouveau régime des autorisations). Ces cases sont pré-remplies mais modifiables.

Le type d'autorisation détermine le bloc activité à renseigner : urgences générales (**cases A2 et A3**) ou urgences pédiatriques (**case A4**) ou antenne de médecine d'urgence (**case A40**). 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 la partie « Structure des urgences générales ».

En cas de modification de l'autorisation de médecine d'urgence en cours d'année, **préciser dans les cases A1 - A4 et A40 toutes les types d'autorisations de structure des urgences détenues au moins un jour de l'année.**

Par exemple, si le site disposait d'une structure des urgences générales en début d'année, mais qu'il a ensuite perdu cette autorisation, répondre 'oui' en A1 et A2 ; **pour donner un second exemple** : si le site disposait d'une structure des urgences autorisée « générales » en début d'année, mais qu'il n'a ensuite plus eu qu'une autorisation d'antenne de médecine d'urgence, répondre 'oui' en A1, A2, et en A40.).

Pour faciliter la validation, il est recommandé dans ces cas de préciser en commentaires à quelle date a eu lieu le changement.

Cases A41 et A42 : Dans le cas d'une antenne de médecine d'urgence, l'établissement est interrogé sur l'antériorité de son autorisation s'agissait-il précédemment la même année d'une structure des urgences (case **A64**).

Informations complémentaires

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 (EMG), y compris venant d'un établissement différent.

Cases A43 et A44 : Réorientation des patients (lors du tri IOA/MAO) L'objectif est d'identifier si la fonction de réorientation des patients vers la médecine de ville lors du tri IOA/MAO (IOA : Infirmier organisateur de l'accueil, parfois aussi dénommé IAO : Infirmier d'accueil et d'orientation; MAO : Médecin d'accueil et d'orientation) est mise en œuvre, toute ou partie de la journée, par la structure, en plus de l'enregistrement administratif. Cette réorientation vers la médecine de ville peut être mise en œuvre par une sollicitation du SAS par l'établissement (cette sollicitation du SAS pour la

réorientation est différente de la régulation éventuelle de l'accès à la structure des urgences) ou par une réorientation mise en œuvre en direct par l'établissement. Elle fait l'objet [d'un guide méthodologique](#) de la DGOS.

Si oui, il est alors demandé si cette fonction est remplie par un médecin, par un infirmier DE (IOA), ou par un médecin et un infirmier DE, conjointement ou à tour de rôle (IOA et Médecin).

Case A45 : Il s'agit d'identifier les établissements qui disposent d'un outil pour anticiper les besoins en lits pour des patients des urgences ; par exemple le Besoin Journalier Minimal en Lits (BJML) mentionné par la [circulaire n°DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019](#).

ACTIVITÉ DE LA STRUCTURE DES URGENCES GÉNÉRALES

Il s'agit ici de rassembler les données relatives à la structure des 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.

Case A46 : L'objectif est d'identifier ici si une régulation de l'accès aux urgences générales (i.e. pas d'accès libre et direct des patients, par exemple régulation préalable de l'entrée par appel au SAMU/SAS) est mise en œuvre par la structure, et à quelle fréquence. 'Oui, tout le temps' correspond à une régulation préalable 24h/24 et 7j/7. 'Oui, une partie du temps' correspond à une régulation régulière sur certains créneaux ou à une régulation ponctuelle dans l'année.

Cases A16 et A17 : Soignant d'accueil et d'orientation (IOA 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 (IOA), ou par un médecin et un infirmier DE, conjointement ou à tour de rôle (IOA et MAO). L'IOA (infirmier organisateur de l'accueil) est parfois aussi dénommé IAO (infirmier d'accueil et d'orientation).

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. Il inclut donc tous les passages aux urgences générales ou pédiatriques ou en antennes de médecine d'urgence, y compris ceux ayant donné lieu à un séjour en UHCD.

Si le dossier d'un patient a seulement été enregistré, sans suite (le patient est reparti avant d'être vu par l'IOA ou le MAO), 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, psychiatrie 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 SMR, 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 SMR, 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, SMR 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 et les enfants et adolescents de moins de 18 ans.

Case A21 : Nombre de lits dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). 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'.

Cases A47 à A50 : Orientation possible des patients vers les filières spécialisées. L'objectif est ici d'identifier si la structure des urgences générales dispose de filières spécialisées : pédiatrie, psychiatrie, gériatrie ou autres afin d'orienter le cas échéant le patient, après admission et tri par l'IOA à la filière spécialisée qui lui correspond. Plusieurs choix sont possibles.

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

Case A65 : Indiquer ici si un temps d'attente actualisé en temps réel (avant d'être vu par l'IOA et/ou par un médecin) est communiqué aux usagers, que ce par exemple aux patients présents aux urgences ou sur le site Internet de l'établissement de santé. Le temps d'attente, actualisé en temps réel, correspond à l'attente (avant de voir l'IOA ou le MAO) que vont expérimenter les patients ce jour précis et à cette heure précise en arrivant à la structure des urgences et reflète donc notamment l'affluence au moment où il est affiché.

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.

Case A51 : L'objectif est d'identifier ici si une régulation de l'accès aux urgences générales (i.e. pas d'accès libre et direct des patients, par exemple régulation préalable de l'entrée par appel au SAMU/SAS) est mise en œuvre par la structure,

et à quelle fréquence. ‘Oui, tout le temps’ implique une régulation 24h/24 et 7j/7 de cette régulation préalable. ‘Oui, une partie du temps’ correspond tant à une régulation régulière sur certains créneaux qu'à une régulation ponctuelle dans l'année sur certains créneaux.

Cases A26 et A27 : Soignant d'accueil et d'orientation (IOA 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 (IOA), ou par un médecin et un infirmier DE, conjointement ou à tour de rôle (IOA et MAO). L'IOA (infirmier organisateur de l'accueil) est parfois aussi dénommé IAO (infirmier d'accueil et d'orientation).

ACTIVITÉ DE L'ANTENNE DE MÉDECINE D'URGENCE

L'antenne de médecine d'urgence a pour objet de faciliter le maintien et/ou la création de points d'accès à une offre de médecine d'urgence. Cette structure non disponible à toute heure offre une plus grande souplesse dans la mise en place du maillage de l'offre de soins de médecine d'urgence, et permet de sécuriser les prises en charge en adaptant les ouvertures aux ressources humaines disponibles. Ne sont visées dans cette partie que les sites ayant bénéficié d'une autorisation d'antenne de médecine d'urgence (cadre du nouveau régime des autorisations d'urgence).

D'après l'article R. 6123-18, les horaires d'ouverture au public de l'antenne de médecine d'urgence couvrent une amplitude d'au moins douze heures de service continu, tous les jours de l'année. Durant les horaires de fermeture au public, l'établissement siège de l'antenne de médecine d'urgence met à disposition un dispositif permettant de joindre le service d'accès aux soins (SAS) mentionné au L. 6311-3 ou le service d'aide médicale urgente (SMUR) mentionné au 1° du R. 6123-1 ou un affichage invitant à composer le 15 afin de bénéficier d'une orientation adaptée.

Case A52 : Implantation SMUR/AMU. L'objectif est ici d'identifier si le site de l'antenne de médecine d'urgence a une implantation SMUR ou, si ce n'est pas le cas, si une dérogation est signée entre les deux parties.

Cases A53 et A54 : Convention entre l'antenne de médecine d'urgence et une structure des urgences H24. Répondre oui en **case A53** si une convention est signée entre l'antenne de MU et la structure des urgences H24 (SU H24). Décliner ainsi le Finess géographique de la SU H24 (**case A54**).

Cases A55 à C56 : Amplitude d'ouverture des antennes de médecine d'urgence. Est demandée l'amplitude horaire journalière moyenne de l'antenne de MU suivant différents cas de figure : en semaine ; les samedis ; les dimanches et jours fériés. Par exemple, si l'antenne ouvre en moyenne 14 heures les samedis, sélectionner 14 en **case B56**.

Case A57 : Régulation des accès à l'antenne de MU. L'objectif est d'identifier ici si une régulation de l'accès aux urgences générales (i.e. pas d'accès libre et direct des patients, par exemple régulation préalable de l'entrée par appel au SAS) est mise en œuvre par la structure, et à quelle fréquence. ‘Oui, tout le temps’ implique une régulation 24h/24 et 7j/7 de cette régulation préalable. ‘Oui, une partie du temps’ correspond tant à une régulation régulière sur certains créneaux qu'à une régulation ponctuelle dans l'année sur certains créneaux.

Cases A58 et A59 : Soignant d'accueil et d'orientation (IOA et MAO). L'objectif est ici 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 (IOA), ou par un médecin et un infirmier DE (IOA et MAO), conjointement ou à tour de rôle. L'IOA (infirmier organisateur de l'accueil) est parfois aussi dénommé IAO (infirmier d'accueil et d'orientation).

Cases A60 à C60 : Passages (total et orientation des patients hospitalisés en dehors des antennes de MU). Le nombre total de passages aux antennes de MU sur l'année (**case A60**) inclut l'ensemble des arrivées ayant donné lieu à une mobilisation de ressources pour des soins. Il inclut donc tous les passages aux antennes de MU, y compris ceux ayant donné lieu à un séjour en UHCD.

Si le dossier d'un patient a seulement été enregistré, sans suite (le patient est reparti avant d'être vu par l'IOA ou le MAO), il ne faut pas le comptabiliser. Sont exclues également les prises en charge dans des structures non autorisées pour les antennes de MU, ou spécialisées dans la prise en charge en antenne de MU de certaines pathologies uniquement (mains, ophtalmologie, dentaire, psychiatrie, etc.).

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

- **Case B60** lorsque le patient est hospitalisé dans la même entité juridique quel que soit le mode de prise en charge ;
- **Case C60** lorsque le patient est transféré vers la structure des urgences avec laquelle l'antenne de MU est conventionnée.

Case A61 : Nombre de lits dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). 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 B61 : 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 C61 à E61 : Séjours avec au moins un passage dans l'unité médicale '07C'. Le nombre de journées correspond à celles effectuées au sein de l'unité médicale '07C'.

Case A62 : Suivi des temps d'attente et de passage, par exemple à partir du système d'information de la structure des urgences.

Case A66 : Indiquer ici si un temps d'attente actualisé en temps réel (avant d'être vu par l'IOA et/ou par un médecin) est communiqué aux usagers, que ce par exemple aux patients présents aux urgences ou sur le site Internet de l'établissement de santé. Le temps d'attente, actualisé en temps réel, correspond à l'attente (avant de voir l'IOA ou le MAO) que vont expérimenter les patients ce jour précis et à cette heure précise en arrivant à la structure des urgences et reflète donc notamment l'affluence au moment où il est affiché.

Case A63 : Revue de mortalité et morbidité (RMM). Indiquer si de telles réunions sont organisées par l'équipe médicale de l'antenne de médecine d'urgence. Il s'agit d'indicateurs de qualité des pratiques organisationnelles mises en place dans les services.

SMUR ET SAMU

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 ?
Saisonnière ?

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

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 ?

A7	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
----	---

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

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 (dont interventions paramédicalisées SMUR)

Sorties terrestres	Sorties terrestres primaires	Nombre
	Sorties terrestres secondaires	A12
	Sorties terrestres dans le cadre de transport infirmier interhospitalier	A13
Sorties aériennes	Sorties aériennes primaires	A14
	Sorties aériennes secondaires	A15
Sorties maritimes		A16

Nombre total de sorties dans l'année

A17

Sorties primaires du SMUR (y compris maritimes)

Sorties primaires du SMUR non suivies de transport par le SMUR	Total des sorties primaires du SMUR non suivies de transports par le SMUR	Nombre
	Patients décédés	A19
	Patients laissés sur place (refus d'évacuation)	A20
	Patients traités sur place	A21
	Patients transportés à l'hôpital, mais pas par le SMUR	A22
Répartition des patients transportés dans le cadre de sorties primaires du SMUR	Total des patients transportés par le SMUR vers un établissement de soins (quel que soit le véhicule, dont interventions paramédicalisées SMUR)	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 et du service d'accès aux soins (SAS)

Nombre d'appels :

présentés
non décrochés, mais raccrochés par l'appelant en moins de 15 secondes
décrochés
décrochés en moins d'une minute
décrochés en moins de 30 secondes

A28	
A55	
A29	
A30	
A69	

Nombre de Dossiers de Régulation :

Dont nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM) :

Dont nombre de DRM effectués par des médecins régulateurs de la filière ambulatoire du SAS ou de la PDSA(*)

Dont nombre de DRM effectués par des médecins régulateurs de la PDSA (donc hors SAS) :

A31	
A32	
A58	
A33	

(*) PDSA : permanence des soins ambulatoires

Organisation du SAMU

Êtes-vous SAMU référent ?

Si oui, sur quel territoire ?

Si oui, sur quelle(s) spécialité(s) ?

Pédiatrie ?

Psychiatrie ?

Gériatrie ?

Autres ?

Numéro spécifique pour la médecine libérale ?

Nombre de médecins correspondants de SAMU (MCS) libéraux :

Nombre de médecins correspondants de SAMU (MCS) salariés :

Nombre d'infirmiers correspondants de SAMU (ICS) libéraux :

Nombre d'infirmiers correspondants de SAMU (ICS) salariés :

Nombre de carences ambulancières :

Plateforme commune SAMU-SDIS (unité de lieu) :

A59	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A60	<input type="radio"/> Régional <input type="radio"/> Interdépartemental

A61	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A62	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A63	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A64	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

A39	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
A40	
A54	
A65	
A66	

SMUR ET 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

Décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Décret n° 2023-1376 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée de médecine d'urgence

Arrêté du 29 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU)

Décret n° 2024-541 du 14 juin 2024 relatif à l'organisation et au fonctionnement du service d'accès aux soins

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 2025

- Il est précisé que les sorties primaires mentionnées au sein du questionnaire correspondent toujours aux sorties primaires du SMUR.

- Il est ajouté le nombre d'appels décrochés en moins de 30 secondes.

STRUCTURE MOBILE D'URGENCE ET DE REANIMATION (SMUR)

Les premières questions concernent le type d'autorisation détenue.

Cases A1 à A6 : Précisez si, au cours de l'année sur laquelle porte l'enquête, 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 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 au sein de l'équipe d'intervention SMUR) ou paramédicalisées (présence de personnel infirmier, mais pas de médecin, au sein de l'équipe d'intervention SMUR) 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 interhospitaliers (TIIH) n'entrent pas dans le cadre de l'activité de SMUR. Néanmoins, certains services de SMUR mettent à disposition leurs moyens humains (ex : infirmier, ambulancier) ou matériels (ex : véhicules) pour l'activité de TIIH. N'étant pas une activité de SMUR, le nombre d'interventions TIIH en A13 ne doit pas être comptabilisé en A12.

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

Cases A18 à A22 : Total des sorties primaires du SMUR 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 du SMUR n'a pas été suivie d'un transport SMUR 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).

Les sorties primaires du SMUR suivies de transports SMUR paramédicalisés ne sont pas à comptabiliser dans les cases A18 à A22.

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), et quelle que soit l'équipe (médicale ou paramédicale).

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 (SAMU) – SERVICE D'ACCES AUX SOINS (SAS) – RÉGULATION DES APPELS (SAMU/SAS)

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

Cases A28, A55, A29, A30 et A69 : 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/ SAS. 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.**
- **Appels décrochés en moins de 30 secondes.**

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 réception et de régulation des appels 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.

Cases A58 et A33 : Nombre de DRM traités par des médecins régulateurs de la filière ambulatoire du SAS ou de la PDSA (qu'ils soient libéraux conventionnés rémunérés par l'Assurance maladie, non conventionnés ou salariés rémunérés par

l'ARS, un centre de santé, une association SAS ou PDSA, ou l'établissement de santé) . Sont exclus les DRM traités par les médecins hospitaliers (rémunérés par l'établissement sans contrepartie financière par l'ARS pour assurer la régulation PDSA ou SAS).

La **case A33** correspond aux seuls DRM effectués par les médecins régulateurs de la PDSA (en horaire de PDSA).

Cases A59 à A64 : L'agence régionale de santé (ARS) peut confier à un ou plusieurs SAMU de son ressort territorial dotés d'une expertise spécifique le rôle de référent interdépartemental ou régional pour les prises en charge correspondantes (article R6123-13-1). Auquel cas, un tel SAMU référent peut apporter une expertise ponctuelle ou un soutien opérationnel à un autre SAMU du ressort territorial considéré.

Si le SAMU est un SAMU référent (**case A59**), il est demandé :

- si le territoire pour lequel le SAMU est référent est régional ou interdépartemental (**case A60**). S'il existe au moins une spécialité pour laquelle le SAMU est référent régional, préciser « régional ».
- et sur quelle(s) spécialité(s) le SAMU est référent: en pédiatrie, en psychiatrie, en gériatrie et/ou dans d'autres spécialités (**cases A61 à A64**).

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 ce dispositif 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 https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf.

Cases A65 et A66 : Nombre d'infirmiers correspondants de SAMU (ICS) libéraux ou salariés. Nombre d'infirmiers libéraux ou salariés formés à ce dispositif et et reconnus par les ARS.

Case A41 : Nombre de carences ambulancières. Les carences ambulancières sont définies par le nombre d'interventions réalisées 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 CONCOURANT A LA MEDECINE D'URGENCE

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année	Total médecine d'urgence	dont structure des urgences	dont SMUR	dont régulation du SAMU/PDSA/ [†] SAS (y compris filière ambulatoire)**
	A	B	C	D
Médecins	1			
IDE (infirmiers diplômés d'état) avec ou sans spécialisation	2			
Ambulanciers (ou faisant fonction)	3			
Médecins régulateurs (hors internes)	4			
dont médecins régulateurs hospitaliers participant à l'aide médicale urgente	5			
ARM (Assistants de régulation médicale)	6			
Opérateurs de soins non-programmés (OSNP)	7			

[†] PDSA: permanence des soins ambulatoires (***) SAS : service d'accès aux soins (régulation médicale)

Personnels affectés à la médecine d'urgence (structure des urgences, SMUR et SAMU), contribuant à l'activité (salariés ou non, rémunérés par la structure ou pas)

	code SAE		TOTAL MEDECINE D'URGENCE ^(*)		doint STRUCTURE DES URGENCES		MUTUALISATION SU/SMUR		doint SMUR		doint régulation aide médicale urgente (SAMU)	
			ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	Personnel commun SMUR / URGENCES	Si oui, personnel adjoint, conjoint, les deux ^(**) ?	ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12	ETP annuels moyens des salariés	Effectifs des libéraux au 31/12
Personnel médical (hors internes)	M1000 M2000 M3020	8					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> adjoint conjoint les deux				
dont pédiatries	M1140	9					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> adjoint conjoint les deux				
dont psychiatres	M3020	10										
dont médecins régulateurs (filière de l'aide médicale urgente)		11										
Personnel non médical	N9999	12					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> adjoint conjoint les deux				
dont cadres de santé	N2120	13					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> adjoint conjoint les deux				
dont IDE, avec ou sans spécialisation (exemples : puéricultrices, (ADE), mais hors encadrement	N2200 N2300	14					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> adjoint conjoint les deux				
dont aides-soignants	N2500	15										
dont brancardiers	N2620	16					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> adjoint conjoint les deux				
dont ambulanciers	N5140	17										
dont assistants de service social	N3120	18										
dont secrétaires et autres personnels administratifs	N1210 N1220	19					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> adjoint conjoint les deux				
dont assistants de régulation médicale (ARM)	N1230	20										

(*) Le total des ETP salariés de l'agrégat "médecine d'urgence" est calculé automatiquement, comme la somme des ETP des colonnes "structure des urgences", "Smur" et "régulation aide médicale urgente (SAMU)" (A = C+G+I). Il en va de même des effectifs de libéraux (B=D+H+J).

(**) Mutualisation adjointe : polyvalence d'un professionnel (ex: régulateur AMU, SMUR, urgentiste) alternativement (un jour sur un poste, l'autre jour sur un autre poste)

Mutualisation conjointe : polyvalence d'un professionnel (ex: régulateur AMU, SMUR, urgentiste) le même jour

Effectifs de médecins participant à la régulation médicale de la filière ambulatoire PDSA/SAS

Effectifs au 31/12 des médecins-prenant part à la régulation médicale de la filière ambulatoire PDSA/SAS

Durant les horaires de permanence des soins ambulatoires - PDSA (hors SAS)	A22	
Au titre de la filière ambulatoire du SAS	A23	

Personnel concourant à la médecine d'urgence

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau permet de décrire en un seul bordereau le personnel concourant à la médecine d'urgence de l'établissement géographique sanitaire interrogé, donc ceux concourant à la structure des urgences (cf. le bordereau URGENCES), et/ou le SMUR et/ou le SAMU/SAS (cf. le bordereau SMURSAMU).

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins décrites dans les bordereaux URGENCES et SMURSAMU, 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.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques qui ont une activité autorisée d'urgences générales ou pédiatriques ou d'antenne de médecine d'urgence d'une part et de SMUR ou de SAMU/SAS d'autre part. Les antennes SMUR répondent pour elles-mêmes.

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 (générales, pédiatriques, antenne de médecine d'urgence) et à celle de SMUR et de SAMU/SAS.

Ce bordereau se déclenche en fonction des questions A16 (structure autorisée des urgences, soit générales, soit pédiatriques, soit antenne de médecine d'urgence) et A17 (SAMU ou SMUR ou antenne SMUR) du bordereau FILTRE.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Décret n° 2023-1376 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée de médecine d'urgence

Arrêté du 29 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU)

Circulaire n°DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire

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 FINESS et ARHROS.

NOUVEAUTES SAE 2025

Est supprimée dans le Tableau des personnels affectés à la médecine d'urgence la possibilité de dénombrer des médecins régulateurs hors du SAMU. De même, est retirée de ce tableau la ligne dédiée aux OSNP car il est hors filière ambulatoire SAS/PDSA (et ne concerne donc pas les OSNP).

Concernant les médecins participant à la régulation médicale de la filière ambulatoire PDSA/SAS, ceux participant à la fois à la PDSA et au SAS doivent désormais être comptés à la fois en A22 et en A23 (contrairement à la consigne donnée lors de la SAE 2024).

NOMBRE HEBDOMADAIRE MOYEN D'HEURES POSTÉES DES SALARIÉS SUR L'ANNÉE

Lignes 1 à 7 : Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année pour la structure des urgences (**colonne B**), pour la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) [**colonne C**], pour la régulation du service

d'aide médicale urgente (SAMU), la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et le service d'accès aux soins (SAS) [colonne D]. La colonne A est calculée automatiquement : colonne A = colonne B + colonne C + colonne D.

Pour l'ensemble de ces structures, il faut comptabiliser le nombre d'heures postées par semaine, c'est-à-dire (sauf cas particulier des antennes de médecine d'urgence) un multiple de 24*7=168 heures. Par exemple, si vous avez x postes de médecins postés 24h/24 et 365 jours par an, il faut y compter x*24*7 pour une semaine. Pour donner un second exemple, si l'organisation de la structure des urgences 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 ou au SMUR ou au SAMU/SAS.

Colonnes B et C : Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année dédiées pour l'activité des structures des urgences générales et pédiatriques et antennes médicales d'urgence (**colonne B**) et dédiées pour l'activité de SMUR (**colonne C**).

Concernant l'activité des structures d'urgences (**colonne B**), les questions sur le nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année prennent ici en compte, sans les distinguer, l'activité des structures des urgences autorisées (urgences générales, urgences pédiatriques et antennes de médecine d'urgence). Tout particulièrement, les consultations de pédiatrie ou encore l'activité réalisée en maternité ne doivent pas être prises en considération dans le présent décompte.

Concernant l'activité de SMUR (**colonne C**), les questions sur l'activité prennent en compte, sans les distinguer, l'activité de SMUR général et pédiatrique, et d'antenne SMUR, que ces personnels soient affectés au SMUR ou y exercent une part de leur activité.

Il convient d'indiquer :

- pour les médecins, le temps clinique posté défini dans l'Instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 [**cases B1 et C1**] ;
- 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) [**case B2**] ou l'activité de SMUR [**case C2**].
- pour les ambulanciers, le cumul annuel du nombre d'heures dédiées à l'activité de SMUR [**case C3**].

Le nombre d'heures de présence clinique dédiées à l'activité d'accueil et de traitement des urgences (et/ou au SMUR) 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 exclusivement réalisés aux urgences, à renseigner en **colonne B** (ayant pour libellé « dont structure des urgences ») du bordereau PCAMEDURG ;
- 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 est consacré à l'activité d'accueil et de traitement des urgences doit être comptabilisé avec les heures postées réalisées aux urgences, à renseigner en **colonne B** ; le temps qui n'est pas consacré à l'activité d'accueil et de traitement des urgences, mais consacré à l'activité du SMUR doit être comptabilisé avec les heures postées réalisées au SMUR, à renseigner en **colonne C** ;
- soit, en cas d'activité exclusive au SMUR (équipe distincte, mutualisation adjointe), du temps de présence destiné aux soins exclusivement réalisés au SMUR, à renseigner en **colonne C**.

Sont considérés tous les personnels ayant contribué à l'activité d'accueil et de traitement des urgences (ou au SMUR), que ces personnels soient affectés à la structure des urgences (ou au SMUR), ou qu'ils y exercent une part de leur activité.

Case B1 : 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.

Case B2 : Pour les infirmiers, il s'agit des infirmiers diplômés d'État et des infirmiers diplômés d'État intérimaires.

Case C1 : 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.

Case C2 : Pour les infirmiers, il s'agit des infirmiers diplômés d'État et des infirmiers diplômés d'État intérimaires.

Case C3 : 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.

Colonne D : Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année, dédiées pour la régulation du SAMU (et du SAS).

Les questions sur le nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année pour la régulation prennent en compte, sans les distinguer, la régulation du SAMU, de la PDSA et du SAS (y compris la filière ambulatoire).

La filière ambulatoire (ou de médecine générale) de la régulation prodigue un conseil médical téléphonique au patient ou lui organise un rendez-vous dans un cabinet médical, ou chez un autre professionnel de santé (par exemple un dentiste), lui propose une visite à domicile ou encore une téléconsultation.

Pour la régulation, 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 sont présents 24 heures sur 24 toute la semaine, il faut renseigner $2 \times (24 \times 7) = 336$ heures postées hebdomadaires.

Nombre d'heures de présence, en moyenne sur une semaine, soit le cumul annuel du nombre d'heures de présence en régulation, rapporté par semaine. Il convient d'indiquer que le nombre d'heures postées peut être comptabilisé :

- 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 le(s) opérateur(s) de soins non-programmés (OSNP) professionnel participant à la régulation dans le cadre de la filière ambulatoire du service d'accès aux soins (SAS)/PDSA.

Cases D4 et D5 : Médecin(s) régulateur(s) (hors internes). Pour les médecins régulateurs participant à l'aide médicale urgente (**ligne 4**), 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. La ligne 5 concerne le sous-champ des médecins régulateurs hospitaliers participant à l'aide médicale urgente (et donc pas à la filière ambulatoire du SAS/PDSA).

Case D6 : Assistant(e)s de régulation médicale (ARM). En premier niveau, tous les appels au 15 sont réceptionnés par un assistant de régulation médicale (ARM), qui a une expertise de qualification des appels à caractère urgent. Cet ARM identifie, priorise et oriente l'appel pour une prise en charge sans délai dans les situations d'urgence vitale : vers l'ARM du service d'aide médicale urgente (SAMU) lorsque la demande relève d'un besoin de soins urgents, ou vers l'OSNP de la régulation de médecine ambulatoire lorsque la demande relève d'un besoin de soins non programmés.

Case D7 : Opérateurs de soins non-programmés (OSNP). L'Opérateur de Soins Non Programmés (OSNP) exerce au sein du SAS/PDSA (filière ambulatoire) et travaille en appui du médecin généraliste régulateur. Il accueille les appels téléphoniques dans un contexte de demande de soins non programmés ou de conseil médical, chargé notamment de poursuivre l'analyse de la demande du patient et la qualification de l'appel. Il priorise l'orientation vers le médecin régulateur de la PDSA/SAS et l'appuie.

Pour rappel, les personnels des Centres de soins non programmés (CSNP) ne sont pas concernés par ce bordereau, qui ne vise que les structures des urgences autorisées (générales, pédiatriques, antenne de médecine d'urgence), les SMUR et la régulation SAMU/PDSA/SAS.

PERSONNEL CONCOURANT À LA MEDECINE D'URGENCES

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins décrites dans les bordereaux URGENCES et SMURSAMU, 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 dans ces bordereaux, ou de professionnels mutualisés pour assurer les soins dans différentes unités. Les personnels participant à la filière ambulatoire du SAS/PDSA ne sont pas à inclure dans ce tableau.

Les équivalents temps plein travaillés (ETP_T) du personnel salarié et les effectifs des libéraux du personnel sont ceux ayant contribué à l'activité de la structure des urgences (passages et UHCD) et à l'activité du SMUR (sorties) et de la régulation de l'aide médicale urgente (réponses aux appels et régulations), même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs.

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 »](#)).

Colonnes C, G et I : ETP travaillés (ETP_T) des personnels salariés, en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de la structure des urgences, de SMUR ou de SAMU/SAS, 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.

Pour les personnels salariés qui partagent leur temps entre plusieurs activités (structure des urgences, SMUR, SAMU ou autres), **compter en ETP_T la fraction de leur temps (valeur estimée) consacrée à la structure de la colonne d'intérêt** (structure des urgences en colonne C, SMUR en colonne G, ...).

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, H et J : Effectifs physiques des libéraux présents au 31 décembre, quel que soit le temps passé à travailler dans l'établissement.

Lorsque du personnel exerce par exemple dans la structure des urgences, dans le SMUR et dans le SAMU, il sera déclaré sur les colonnes D, H ou J **selon la structure où le libéral passe la majeure partie de son temps travaillé. Ou proratiser, le cas échéant très simplement.** En tout cas ne pas les compter deux fois, car cela introduirait des doubles comptes dans la colonne B.

Ligne 13 : 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 (**ligne 14**).

MUTUALISATION SU/SMUR (colonnes E et F)

Colonne E : 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 des urgences au sein du SMUR (ou inversement). Dans ce cas, répondre OUI dans la **colonne E**, 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 E** est 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 cadres de santé) **sont en commun, l'établissement répondra OUI.**

Colonne F : Mutualisation adjointe et/ou conjointe.

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

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

MÉDECINS PARTICIPANT À LA RÉGULATION MÉDICALE DE LA FILIERE AMBULATOIRE PDSA/SAS

Case A22 : Effectifs des médecins prenant part à la régulation médicale de la filière ambulatoire en horaire de PDSA. Il convient d'indiquer ici le nombre de médecins libéraux (y compris les médecins de ville, tels les salariés des centres de santé) participant à la régulation médicale durant les horaires de PDSA.

Case A23 : Effectifs des médecins prenant part à la régulation médicale de la filière ambulatoire du SAS (i.e. pas en horaire de PDSA). Il convient d'indiquer ici le nombre de médecins libéraux (y compris les médecins de ville, tels les salariés des centres de santé) participant à la régulation médicale au titre de la filière ambulatoire du SAS (hors horaires de PDSA).

Lorsqu'un médecin prend part à la régulation médicale PDSA/SAS à la fois en et hors horaire de PDSA, il sera compté à la fois en A22 et en A23.

SOINS CRITIQUES

(réanimation et soins intensifs, hors néonatalogie et hors grands brûlés)

Equipement et activité

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

* comprend aussi la réanimation pédiatrique spécialisée et la réanimation pédiatrique de recours.

Disposez-vous d'une unité de réanimation pédiatrique de recours ? (avec une UM typée dans le PMSI)*

* : unité à déclarer uniquement si une UM de réanimation pédiatrique de recours a été typée dans le PMSI-MCO.

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



Si oui, nombre de lits installés au 31/12

	SOINS INTENSIFS ADULTES						SOINS INTENSIFS PEDIATRIQUES (hors néonatalogie)				TOTAL SOINS INTENSIFS (hors néonatalogie) (calculé)
	USIP	USIC	USINV	USIH	Autres USI	Total adultes (calculé)	USIP	USIH	Autres USI	Total pédiatrique (calculé)	
	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	
Nombre de lits installés au 31/12	10										
Journées lits-exploitables	11										
Nombre de séjours	12	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI	
Nombre de journées	13	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI	PMSI	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

	REANIMATION			SOINS INTENSIFS			
	Adultes	Pédiatrique (hors néonatalogie)	Pédiatrique de recours (hors néonatalogie)	Adultes	Pédiatrique (hors néonatalogie)		
	A	B	H	I	J		
Médecins (hors internes) (M1000)	ETP annuels moyens des salariés	38					
	Effectifs des libéraux au 31/12	39					
Infirmiers DE avec spécialisation (code SAE : N2300)	ETP annuels moyens des salariés	40					
	Effectifs des libéraux au 31/12	41					
Infirmiers DE sans spécialisation (code SAE : N2200)	ETP annuels moyens des salariés	42					
	Effectifs des libéraux au 31/12	43					
Aides-soignants (code SAE : N2500)	ETP annuels moyens des salariés	44					
	Effectifs des libéraux au 31/12	45					
Kinésithérapeutes (code SAE : N2130, N2410)	ETP annuels moyens des salariés	46					
	Effectifs des libéraux au 31/12	47					
Autre personnel non médical	ETP annuels moyens des salariés	48					
	Effectifs des libéraux au 31/12	49					

Soins critiques

(réanimation et soins intensifs, hors néonatalogie et hors grands brûlés)

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne la description des unités de réanimation pour adultes et pédiatrique (y compris réanimation pédiatrique spécialisée et de recours), des unités de soins intensifs adultes (y compris USI de recours) et pédiatriques (y compris dérogatoires), obéissant aux textes réglementaires du 26 avril 2022.

Les unités de soins intensifs de cardiologie (USIC), neuro-vasculaires (USINV) ou d'hématologie (USIH) notamment, soumises aux mêmes conditions générales de fonctionnement, sont également détaillées 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, sont à ce titre décrits dans le bordereau correspondant, **et ceux des grands brûlés**, également indissociables de l'autorisation d'activité et par conséquent décrits dans le bordereau particulier dédié à cette prise en charge.

Les objectifs de ce bordereau refondu suite à la réforme des autorisations sont :

- Disposer d'une vision plus fine de la diversité des soins intensifs et de la répartition des réanimations pédiatriques.
- Mieux décrire l'organisation graduée des deux niveaux de soins critiques adultes et pédiatriques 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 soins critiques (réanimation et soins intensifs).

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 du bordereau FILTRE dans le bloc A : A31 (réanimation et soins intensifs).

DEFINITIONS REGLEMENTAIRES

« L'activité de **soins critiques** consiste en la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance. » Cette définition reprend largement celle de la réanimation (voir [Article R6123-33 du CSP](#) réédité dans le décret n°2022-690 du 26/04/2022).

Les nouvelles mentions des **soins critiques adultes** reprennent :

- 1/ l'ancienne autorisation de réanimation adulte ;
- 2/ l'**« ancienne »** reconnaissance contractuelle des soins intensifs ;
- 3/ une partie de la surveillance continue intégrée dans les soins intensifs polyvalents (dérogatoire ou non) ;
- 4/ les soins intensifs de cardiologie (SIC), de neurologie vasculaire (SINV) et d'hématologie (SIH).

Tandis que les nouvelles mentions des **soins critiques pédiatriques** reprennent et intègrent :

- 1/ les deux mentions de réanimation de recours (ex-spécialisée) et pédiatrique ;
- 2/ les reconnaissances contractuelles des ex-surveillances continues pédiatriques intégrées en soins intensifs pédiatriques polyvalents ;
- 3/ les soins intensifs pédiatriques d'hématologie (SIH).

« L'unité de **réanimation** assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance » (voir [Article R6123-33 du CSP](#) réédité dans le décret n°2022-690 du 26/04/2022).

« L'unité de **réanimation pédiatrique de recours** assure la prise en charge des patients âgés de moins de dix-huit ans qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance, et dont l'affection peut requérir des avis et des soins particuliers, du fait de sa rareté ou sa complexité. » (voir Décret n°2022-690 du 26/04/2022).

« L'unité de **réanimation pédiatrique** assure la prise en charge des patients âgés de moins de dix-huit ans qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance. » (Article R6123-38-3 du CSP réédité dans le décret n°2022-690 du 26/04/2022).

Les soins critiques doivent être organisés en **plateau technique** comprenant au moins une unité de réanimation et au moins une **unité de soins intensifs polyvalents (USIP)** contiguë. On entend par « polyvalent » les unités de soins intensifs qui sont à proximité immédiate de l'unité de réanimation (USIP) alors que l'on entend par « polyvalent dérogatoire » celles qui sont sur site en l'absence d'une unité de réanimation (pour plus de détails, voir Art. R. 6123-34-3-III dans le décret n°2022-690 du 26/04/2022). Les USIP contigus et les USIP dérogatoires se caractérisent principalement par l'attente d'un transfert en réanimation ou le transfert direct en réanimation en cas de nécessité de traitement de suppléance d'organe.

La nouvelle définition des **soins intensifs par spécialité** s'aligne sur la définition générale des soins intensifs polyvalents ou polyvalents dérogatoires en se restreignant sur la spécificité de la pathologie diagnostiquée ainsi que sur les traitements spécifiques qui s'y rattachent. L'ancienne définition des soins intensifs par spécialité (voir Article D.6124-104 du CSP) est en partie réécrite sans en changer le sens. Pour les adultes, les spécialités priorisées concernent la cardiologie, la neurologie vasculaire et l'hématologie et en pédiatrie, elles concernent uniquement l'hématologie.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques.
Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques.
Arrêté du 26 avril 2022 modifiant l'arrêté du 4 août 2006 fixant l'activité minimale annuelle des unités de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique spécialisée.

RAPPELS POUR LA SAE 2025

- Les lits des **Unités de soins intensifs polyvalent (USIP)** sont bien à intégrer dans le bordereau REA, au sein des soins intensifs.
Attention à ne pas les compter également dans la partie surveillance continue du bordereau MCO.

ÉQUIPEMENT ET ACTIVITÉ

Attention : au passage au nouveau régime d'autorisation de soins critiques, les soins intensifs peuvent intégrer une partie des anciennes unités de surveillance continue (USC) (dans le cas général, celles localisées à proximité de réanimation).

Prenant l'exemple simplifié d'un basculement intégral au 1^{er} juillet d'une unité de surveillance continue en unité de soins intensifs polyvalents (USIP), la déclaration cette année dans la SAE doit être la suivante :

- Les lits au 31/12 de la nouvelle USIP sont bien à déclarer dans le bordereau Soins critiques (REA), même s'ils ne sont associés à l'activité de l'USIP qu'au second semestre (qui aura été typée dans le PMSI dans une unité médicale de soins intensifs).
 - ➔ L'activité de l'USC au premier semestre est déclarée dans le bordereau MCO, partie D (mais aucun lit d'USC n'y est déclaré puisque le nombre de lits demandé est celui au 31/12 où l'USIP remplace désormais l'USC).
- Le nombre de journées-lits exploitables correspondra de même à un nombre calculé sur le second semestre uniquement.
 - ➔ Les journées-lits exploitables associées à l'USC sont à déclarer dans le bordereau MCO, partie D. On aura donc 0 lit pour l'USC au 31/12 mais un nombre de journées-lits exploitables non nul correspondant au nombre de journées-lits en USC effectivement exploitables en 2025. Pour 10 lits adultes en USC du 01/01/2025 au 01/07/2025 par exemple, on aura donc $10 \times 365 / 2 = 1\,830$ journées-lits exploitables à déclarer en A63 du bordereau MCO.
 - ➔ Pour faciliter la validation de la SAE 2025, il est fortement recommandé en cas de passage au nouveau régime d'autorisation de soins critiques de mentionner en commentaires de la partie D quand ce nouveau passage a eu lieu.

Attention : dans le cas de figure identifié ci-dessus, le typage de l'Unité Médicale dans le PMSI a dû être modifié au passage au nouveau régime d'autorisation de soins critiques (les séjours effectués dans l'USIP ne sont plus typés avec le code de l'unité de surveillance continue, mais avec le code de l'USIP).

Si jamais il y a un délai dans le PMSI dans cette modification du typage PMSI des séjours de la nouvelle USIP (voire que l'ancien typage est resté jusqu'à la fin de l'année), l'import PMSI ne reflétera pas fidèlement la répartition de l'activité (sur le nombre de séjours et de journées) au cours de l'année entre ancienne et nouvelle UM.

- ➔ Dans ce cas de figure, merci d'indiquer en commentaire de la case associée à la nouvelle UM (sur le site de collecte), en ligne 12 : « DNR={la Date de passage au Nouveau Régime des autorisations, au format JJ/MM/2025}, DNT={la Date de passage au Nouveau Typage, au format JJ/MM/2025 ou 2026 si jamais cette modification du typage n'est pas encore arrivée pendant l'année 2025.} »

Par exemple, dans le cas de figure d'un basculement intégral au 1^{er} juillet d'une unité de surveillance continue adulte en unité de soins intensifs polyvalents (USIP), mais d'un typage des séjours dans le PMSI en USIP réalisé seulement à partir du 1^{er} novembre (i.e. ils sont typés en unité de surveillance continue pour les mois jusqu'en octobre inclus, et dans l'USIP à partir du 1^{er} novembre), on intégrera en commentaire de la case E12 : DNR=01/07/2025, DNT=01/11/2025. Dans le même cas de figure, si les données PMSI pour 2025 sont intégralement typées en unité de surveillance continue, on intégrera en commentaire de la case E12 : DNR=01/07/2025, DNT=2026.

Lignes 1 et 10 : Nombre de lits

Pour chaque catégorie d'unités dont dispose l'établissement (voir l'encadré « définitions règlementaires »), 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. Ils ne peuvent être inclus qu'en cas de travaux ou désinfection occasionnant une fermeture de très courte durée (quelques jours).

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

Lignes 2 et 11 : 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 ».

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

Lignes 3, 4, 5 et 6 : Dans la colonne A, est décrite l'activité en unités de réanimation adultes (code unité médicale (UM) dans le PMSI 01A), hors grands brûlés. Dans la colonne B est décrite l'activité en unités de réanimation pédiatrique y compris la réanimation pédiatrique spécialisée et la réanimation pédiatrique de recours (UM 13A et UM 13G), hors néonatalogie et hors grands brûlés. Les nombres de séjours et journées correspondants sont calculés en 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 (**ligne 4**), dont les passages de 0 jour (**ligne 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).

Case A50 : Il s'agit de préciser l'existence d'une unité de réanimation pédiatrique de recours (voir l'encadré « définitions règlementaires »), correspondant à une unité médicale typée 13G dans le PMSI.

Case A51 : Nombre de lits

Si l'établissement dispose d'une unité de réanimation pédiatrique de recours : 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. Ils ne peuvent être inclus qu'en cas de travaux ou désinfection occasionnant une fermeture de très courte durée (quelques jours).

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

Lignes 10, 11, 12 et 13 : Il s'agit ici de comptabiliser le nombre de lits (voir aussi au-dessus), de journées lits-exploitables (voir aussi au-dessus), de séjours et le nombre de journées associées, avec au moins un passage dans la ou les unités médicales associée à la colonne de la case (voir ci-dessous).

Colonnes des soins intensifs adultes (hors grands brûlés) :

Colonne E : Correspond aux unités de soins intensifs polyvalents adultes (**USIP adulte** : UM codée 02C) ou de soins intensifs polyvalents dérogatoires adultes (**USIP dérogatoire adulte** : UM codée 02D). Ne compter dans cette colonne que les capacités et journées lits-exploitables (lignes 10 et 11) rattachées à ces USIP.

Colonne F : Correspond aux unités de soins intensifs cardiologiques adultes (**USIC adulte** : UM codée 02E). Ne compter dans cette colonne que les capacités et journées lits-exploitables (lignes 10 et 11) rattachées à ces USIC.

Quand les soins critiques sont dans l'ancien régime des autorisations, c'est dans cette colonne que sont à reporter les capacités et journées lits-exploitables des **USIC** (UM codée 02A).

En cas de changement de régime d'autorisation en cours d'année, le nombre de séjours et de journées reporté dans cette colonne correspond à la somme sur les USIC adultes (du nouveau régime, codées 02E) et les USIC (de l'ancien régime, codées 02A).

Colonne G : Correspond aux unités de soins intensifs neurovasculaires adultes (**USINV adulte** : UM codée 02F). Ne compter dans cette colonne que les capacités et journées lits-exploitables (lignes 10 et 11) rattachées à ces USINV.

Quand les soins critiques sont dans l'ancien régime des autorisations, c'est ici dans cette colonne que sont à reporter les capacités et journées lits-exploitables des **USINV** (UM codée 18).

En cas de changement de régime d'autorisation en cours d'année, le nombre de séjours et de journées reporté dans cette colonne correspond à la somme sur les USINV adultes (du nouveau régime, codées 02F) et les USINV (de l'ancien régime, codées 18).

Colonne H : Correspond aux unités de soins intensifs d'hématologie adultes (**USIH adulte** : UM codée 02H). Ne compter dans cette colonne que les capacités et journées lits-exploitables (lignes 10 et 11) rattachées à ces USIH.

Quand les soins critiques sont dans l'ancien régime des autorisations, c'est ici dans cette colonne que sont à reporter les capacités et journées lits-exploitables des **USIH** (UM codée 16).

En cas de changement de régime d'autorisation en cours d'année, le nombre de séjours et de journées reporté dans cette colonne correspond à la somme sur les USIH adultes (du nouveau régime, codées 02H) et les USIH (de l'ancien régime, codées 16).

Colonne I : « Autres SI » rassemble des unités de soins intensifs adultes d'autres spécialités (**autres USI adultes hors grands brûlés**, par exemple en pneumologie, gastroentérologie, néphrologie, greffés, infectiologie, etc. ; UM codées 02I). Ne compter dans cette colonne que les capacités et journées lits-exploitables (lignes 10 et 11) rattachées à ces USI.

Quand les soins critiques sont dans l'ancien régime des autorisations, c'est ici dans cette colonne que sont à reporter les capacités et journées lits-exploitables des **autres USI** (UM codée 02B).

NB : jusqu'à la SAE 2023, la case « autres SI » comportait aussi les unités d'hématologie équipée d'un système de traitement de l'air (UM codée 16). Ce n'est plus le cas à partir de la SAE 2024 puisque les USI d'hématologie sont l'objet de la colonne H (voir au-dessus).

En cas de changement de régime d'autorisation en cours d'année, le nombre de séjours et de journées reporté dans cette colonne correspond à la somme sur les autres USI adultes (du nouveau régime, codées 02I) et les autres USI (de l'ancien régime hors UM 16, codées donc 02B).

NB : Dans l'activité reportée, si plusieurs passages dans ces unités (les autres USI sont considérées comme une unité ici) 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.

Colonnes des soins intensifs pédiatriques (hors néonatalogie) :

Colonne K : Correspond aux unités de soins intensifs polyvalents pédiatriques (**USIP pédiatriques** : UM codée 25C) ou de soins intensifs polyvalents dérogatoires pédiatriques (**USIP dérogatoires pédiatriques** : codée 25D), ou de soins intensifs polyvalents pédiatriques de recours (**USIP pédiatriques de recours** : UM codée 15G). Les unités de soins intensifs de néonatalogie ne sont pas incluses. Ne compter dans cette colonne que les capacités et journées lits-exploitables (lignes 10 et 11) rattachées à ces USIP.

Colonne L : Correspond aux unités de soins intensifs d'hématologie pédiatriques (**USIH pédiatrique**, UM codée 15H). Les unités de soins intensifs de néonatalogie ne sont pas incluses. Ne compter dans cette colonne que les capacités et journées lits-exploitables (lignes 10 et 11) rattachées à ces USIH.

Colonne M : « Autres SI » rassemble des unités de soins intensifs de cardiologie (**USIC pédiatriques**, UM codée 15E), et d'autres spécialités (**autres USI pédiatriques**, par exemple neurovasculaire, pneumologie, gastroentérologie, néphrologie, greffés, infectiologie, etc. ; UM codées 15I). Les unités de soins intensifs de néonatalogie et pour grands brûlés ne sont pas incluses. Ne compter dans cette colonne que les capacités et journées lits-exploitables (lignes 10 et 11) rattachées à ces USI.

NB : Dans l'activité reportée, si plusieurs passages dans ces unités (les autres USI sont considérées comme une unité ici) 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.

Colonne J, N et D : Les cases de cette colonne ne sont pas à saisir : elles sont automatiquement calculées.

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, y compris réanimation pédiatrique de recours et de soins intensifs, 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 pédiatriques (**colonne B**) et pédiatriques de recours (**colonne H**), 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 [respectivement spécialistes en anesthésie-réanimation (avec une expérience en anesthésie réanimation pédiatrique de recours), en pédiatrie de recours ou en chirurgie pédiatrique de recours]. Compter également les assistants chefs de clinique ou les assistants spécialistes inscrits en DESC de réanimation médicale et médecine intensive.

Colonnes I et J : « Soins intensifs », cumuler tous les médecins seniors (hors internes) intervenant, quelle que soit leur spécialité, comme par exemple, pneumologie, gastro-entérologie, néphrologie, greffes, infectiologie, etc. (pour les adultes et les enfants séparément).

1. Effectifs au 31/12 selon la spécialité exercée, par sexe et temps de travail

Code SAE	PRATICIENS SALARIES				PRATICIENS LIBERAUX			
	Effectif des personnels salariés temps plein		Effectif des personnels salariés temps partiel		Effectif des praticiens libéraux temps plein		Effectif des praticiens libéraux temps partiel	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
TOTAL PERSONNEL MEDICAL	M9999	1						
SPECIALITES MEDICALES y compris MEDECINE GENERALE	M1000							
Médecine générale (hors DES urgentistes, hors gériatrie)	M1010	2						
Médecine d'urgence	M1340	49						
Anatomie et cytologie pathologiques	M1020	3						
Anesthésie-réanimation et intensif-réanimation	M1030	4						
Cardiologie et maladies vasculaires	M1040	5						
Dermatologie - Vénérologie - Allergologie	M1050	6						
Endocrinologie et maladies métaboliques	M1070	7						
Gastro-entérologie et hépatologie	M1090	8						
Génétique	M1310	9						
Gériatrie	M1320	10						
Hématologie	M1330	11						
Médecine Interne et immunologie clinique	M1100	12						
Médecine nucléaire	M1210	13						
Médecine physique et de réadaptation	M1180	14						
Néphrologie	M1110	15						
Neurologie	M1120	16						
Pédiatrie	M1140	17						
Pneumologie	M1150	18						
Radiologie	M1160	19						
Oncologie médicale	M1130	20						
Oncologie radiothérapeutique	M1170	21						
Réanimation médicale	M1031	22						
Rhumatologie	M1190	23						
Autres spécialités médicales	M1200	24						
SPECIALITES CHIRURGICALES	M2000							
Chirurgie générale	M2010	25						
Chirurgie digestive	M2120	26						
Chirurgie vasculaire	M2130	27						
Chirurgie maxillo-faciale - Stomatologie - Chirurgie orale	M2020	28						
Chirurgie orthopédique et traumatologique	M2030	29						
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	M2040	30						
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	M2140	31						
Gynécologie - Obstétrique	M2050	32						
Neuro-chirurgie	M2060	33						
Chirurgie pédiatrique	M2150	34						
Ophthalmologie	M2070	35						
Oto-rhino, laryngologie et cervico-faciale	M2080	50						
Chirurgie urologique	M2100	37						
AUTRES DISCIPLINES	M3000							
Médecins spécialisés en biologie médicale	M3011	39						
Psychiatrie	M3020	40						
Odontologie	M3030	41						
Pharmacien spécialisés en biologie médicale	M3012	42						
Pharmacien (hors biologie médicale)	M3050	43						
Santé publique (y compris DIM)	M3040	44						
Médecins du travail	M3060	45						
Autres	M3070	46						

2. ETP moyens annuels des salariés selon la spécialité exercée et le sexe, ou selon le statut

PRATICIENS SALARIES		
ETP moyen annuel rémunéré total des personnels salariés		
Code SAE	Hommes	Femmes
	I	J
TOTAL PERSONNEL MEDICAL	M9999	1
SPECIALITES MEDICALES y compris MEDECINE GENERALE	M1000	
Médecine générale (hors DES urgentistes, hors gériatrie)	M1010	2
Médecine d'urgence	M1340	49
Anatomie et cytologie pathologiques	M1020	3
Anesthésie-réanimation et intensif-réanimation	M1030	4
Cardiologie et maladies vasculaires	M1040	5
Dermatologie - Vénérologie - Allergologie	M1050	6
Endocrinologie et maladies métaboliques	M1070	7
Gastro-entérologie et hépatologie	M1090	8
Génétique	M1310	9
Gériatrie	M1320	10
Hématologie	M1330	11
Médecine Interne et immunologie clinique	M1100	12
Médecine nucléaire	M1210	13
Médecine physique et de réadaptation	M1180	14
Néphrologie	M1110	15
Neurologie	M1120	16
Pédiatrie	M1140	17
Pneumologie	M1150	18
Radiologie	M1160	19
Oncologie médicale	M1130	20
Oncologie radiothérapeutique	M1170	21
Réanimation médicale	M1031	22
Rhumatologie	M1190	23
Autres spécialités médicales	M1200	24
SPECIALITES CHIRURGICALES	M2000	
Chirurgie générale	M2010	25
Chirurgie digestive	M2120	26
Chirurgie vasculaire	M2130	27
Chirurgie maxillo-faciale - Stomatologie - Chirurgie orale	M2020	28
Chirurgie orthopédique et traumatologique	M2030	29
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	M2040	30
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	M2140	31
Gynécologie - Obstétrique	M2050	32
Neuro-chirurgie	M2060	33
Chirurgie pédiatrique	M2150	34
Ophthalmologie	M2070	35
Oto-rhino, laryngologie et cervico-faciale	M2080	50
Chirurgie urologique	M2100	37
AUTRES DISCIPLINES	M3000	
Médecins spécialisés en biologie médicale	M3011	39
Psychiatrie	M3020	40
Odontologie	M3030	41
Pharmacien spécialisés en biologie médicale	M3012	42
Pharmacien (hors biologie médicale)	M3050	43
Santé publique (y compris DIM)	M3040	44
Médecins du travail	M3060	45
Autres	M3070	46

PRATICIENS SALARIÉS DES ETABLISSEMENTS PUBLICS		
ETP moyen annuel rémunéré total des personnels salariés du public		
		V
TOTAL PERSONNEL MEDICAL	1	
Hospitaliers universitaires titulaires	2	
Praticiens hospitaliers titulaires	3	
Hospitaliers universitaires non titulaires et temporaires	4	
Nouveaux statuts de praticiens contractuels	5	
Assistants des hôpitaux	6	
Praticiens contractuels et praticiens adjoints contractuels (statuts en extinction)	7	
Praticiens cliniciens et praticiens attachés (statuts en extinction)	8	
Praticiens associés	9	
Praticiens attachés associés et assistants associés (statuts en extinction)	10	
Praticiens associés contractuels temporaires	12	
Autres salariés	11	

3. Taux

Code SAE	PRATICIENS SALARIES		PRATICIENS LIBERAUX
	Effectif total	ETP moyen annuel rémunéré total	Effectif total
	S	T	U
TOTAL PERSONNEL MEDICAL	M9999	1	
SPECIALITES MEDICALES y compris MEDECINE GENERALE	M1000		
Médecine générale (hors DES urgentistes, hors gériatrie)	M1010	2	
Médecine d'urgence	M1340	49	
Anatomie et cytologie pathologiques	M1020	3	
Anesthésie-réanimation et intensif-réanimation	M1030	4	
Cardiologie et maladies vasculaires	M1040	5	
Dermatologie - Vénérologie - Allergologie	M1050	6	
Endocrinologie et maladies métaboliques	M1070	7	
Gastro-entérologie et hépatologie	M1090	8	
Génétique	M1310	9	
Gériatrie	M1320	10	
Hématologie	M1330	11	
Médecine Interne et immunologie clinique	M1100	12	
Médecine nucléaire	M1210	13	
Médecine physique et de réadaptation	M1180	14	
Néphrologie	M1110	15	
Neurologie	M1120	16	
Pédiatrie	M1140	17	
Pneumologie	M1150	18	
Radiologie	M1160	19	
Oncologie médicale	M1130	20	
Oncologie radiothérapeutique	M1170	21	
Réanimation médicale	M1031	22	
Rhumatologie	M1190	23	
Autres spécialités médicales	M1200	24	
SPECIALITES CHIRURGICALES	M2000		
Chirurgie générale	M2010	25	
Chirurgie digestive	M2120	26	
Chirurgie vasculaire	M2130	27	
Chirurgie maxillo-faciale - Stomatologie - Chirurgie orale	M2020	28	
Chirurgie orthopédique et traumatologique	M2030	29	
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	M2040	30	
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	M2140	31	
Gynécologie - Obstétrique	M2050	32	
Neuro-chirurgie	M2060	33	
Chirurgie pédiatrique	M2150	34	
Oncologie	M2070	35	
Oto-rhino, laryngologie et cervico-faciale	M2080	50	
Chirurgie urologique	M2100	37	
AUTRES DISCIPLINES	M3000		
Médecins spécialisés en biologie médicale	M3011	39	
Psychiatrie	M3020	40	
Odontologie	M3030	41	
Pharmacien spécialisés en biologie médicale	M3012	42	
Pharmacien (hors biologie médicale)	M3050	43	
Santé publique (y compris DIM)	M3040	44	
Médecins du travail	M3060	45	
Autres	M3070	46	

Q20 – Personnels médicaux (hors internes) des établissements sanitaires par spécialité exercée : effectifs et ETP moyens annuels rémunérés

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne le **personnel médical rémunéré** par l'établissement géographique sanitaire interrogé et les **médecins libéraux** intervenant dans l'établissement.

Doit être dénombré le personnel médical de la section hôpital, et également le personnel médical de l'administration et des fonctions médicotechniques. Le personnel médical inclut les pharmaciens, odontologistes et médecins spécialisés en biologie médicale.

En revanche, le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formations est à exclure.

Les étudiants de 3^{ème} cycle (internes, docteurs juniors et faisant fonction d'internes) ne sont pas concernés par ce bordereau mais par les bordereaux Q21 et Q22.

Le bordereau Q20 fonctionne avec le bordereau Q21 : la somme des ETP rémunérés (ETP_R) des salariés du Q20 doit être égale à celle du Q21 (hors étudiants de 3^{ème} cycle). De la même façon, la somme des effectifs des libéraux du Q20 doit être égale à celle du Q21.

CONCEPTS IMPORTANTS

Définitions génériques

Dans ce bordereau, le personnel mis à disposition doit être renseigné uniquement par l'établissement qui prend en charge la rémunération, en effectif comme en ETP_R, que l'établissement géographique qui reçoit le salarié rembourse ou non le salaire. Le personnel des antennes SMUR est ainsi à déclarer par les établissements qui rémunèrent le personnel et qui le mettent à disposition dans les antennes SMUR.

Le personnel mis à disposition, payé par un autre établissement de santé, le personnel intérimaire, et le personnel rémunéré par un prestataire ne doivent pas figurer dans ce bordereau.

Le personnel qui a bénéficié d'un rappel à l'exclusion de toute autre rémunération ne doit pas être comptabilisé.

Un salarié **travaillant dans deux établissements géographiques** et rémunéré par chacun d'eux sera compté pour 1 en effectif dans chacun des établissements géographiques et en ETP_R au prorata du temps passé.

Dans le cas d'un **salarié partagé entre plusieurs établissements géographiques d'une même entité juridique (EJ) publique, avec une rémunération unique au sein de cette EJ publique**, le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement géographique et sera comptabilisé au prorata en ETP_R dans chaque établissement géographique. Pour une même entité juridique publique, il n'y a donc pas de double compte. Ce principe peut également être appliqué pour les **entités de dialyse**. Dans le cas cité, un établissement géographique peut donc avoir à déclarer l'ETP_R partiel d'un salarié sans le déclarer dans son effectif.

Pour le **personnel travaillant sur des fonctions transversales liées au fonctionnement d'un groupement hospitalier de territoire (GHT)**, il sera comptabilisé sur un établissement géographique de l'entité juridique publique qui le rémunère. S'il est **partagé entre plusieurs établissements de plusieurs entités juridiques, mais est rémunéré par une unique entité juridique publique**, comme par exemple l'entité juridique support du GHT, la règle reste de concentrer l'effectif et les ETP_R au sein de l'entité juridique rémunératrice : le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement géographique de l'entité juridique qui le rémunère et sera comptabilisé au prorata en ETP_R dans chaque établissement géographique de cette entité juridique.

Pour les entités juridiques publiques et de dialyse, il est primordial que la **somme des effectifs déclarés sur les différents établissements géographiques** soit bien égale à **l'ensemble du personnel rémunéré par l'entité juridique**. Le personnel mutualisé (siège, plateaux techniques) peut être affecté au prorata de l'activité des établissements géographiques ou selon une clef de répartition budgétaire, ou peut être enregistré sur un établissement géographique particulier.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décret n° 2024-1190 du 19 décembre 2024 relatif aux praticiens associés contractuels temporaires

Décret n° 2024-1191 du 19 décembre 2024 relatif aux modalités de délivrance de l'attestation permettant un exercice provisoire mentionnée aux articles L. 4111-2-1 et L. 4221-12-1 du code de la santé publique

Arrêtés du 21 avril 2017 et du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des Diplômes d'Études Spécialisées (DES) et des Diplômes d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) de médecine.

Article L6151-1 du code de la santé publique

Article L6152-1 du code de la santé publique

1. EFFECTIF AU 31/12 DES PRATICIENS SALARIES ET LIBERAUX SELON LA SPECIALITE EXERCEE, PAR SEXE ET PAR TEMPS DE TRAVAIL (page 1/3)

• Effectif au 31 décembre

Pour le **personnel salarié**, il s'agit du nombre de personnes physiques sous contrat au 31 décembre, qu'elles soient ou non présentes dans l'établissement géographique à cette date (exemple : congé simple, congés longue durée).

Pour les **médecins libéraux**, on approxime les effectifs au 31 décembre en comptant les libéraux qui sont intervenus dans l'établissement géographique au mois de décembre, car on ne souhaite pas avoir un biais lié aux vacances de fin d'année.

• Temps plein (colonnes A, B, E et F)

Dans ce cadre, est considéré comme un temps plein tout médecin qui exerce à temps plein quel que soit son statut. Par exemple, un attaché qui effectue 10 vacations figurera comme temps plein.

Les praticiens hospitalo-universitaires sont comptés comme des effectifs à temps plein, même s'ils sont présents à mi-temps.

Les médecins à temps plein qui sont partagés entre deux activités (comme un anesthésiste chargé à temps partiel du DIM ou un réanimateur de l'hygiène hospitalière), figureront dans la partie du bordereau relative aux effectifs sur une seule ligne et devront donc être affectés arbitrairement sur une seule des deux spécialités. Par contre, dans la partie suivante sur les **ETP_R** par statut et spécialité exercée, ils seront répartis en deux fractions d'équivalents temps plein (par exemple 0,5 en réanimation et 0,5 en hygiène hospitalière).

• Temps partiel (colonnes C, D, G et H)

Dans les colonnes temps partiel, figureront toutes les personnes qui travaillent à temps partiel, quels que soient leur statut et leur quotité de travail (50 %, 80 %, etc.).

2. ETP DES PRATICIENS SALARIES SELON LA SPECIALITE EXERCEE, PAR SEXE ET PAR STATUT (page 2/3)

Pour les praticiens salariés, la répartition des ETP moyens annuels rémunérés est demandée par sexe et par spécialité exercée.

Pour les établissements publics, un tableau complémentaire demande une ventilation des ETP moyens annuels rémunérés des praticiens par statut uniquement. Pour les établissements publics, le total par sexe doit être égal au total par statut : la somme des cases I1 et J1 doit être égale à la case V1.

• ETP moyens annuels rémunérés des salariés (colonnes I et J)

Dans les bordereaux d'activité, le personnel qu'il est demandé de renseigner est celui qui concourt effectivement à l'activité. La notion d'équivalent temps plein qui y est associée fait alors référence à la notion d'ETP moyens annuels travaillés (ETP_T).

Ici, c'est la notion d'ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) qui est demandée, car les bordereaux de personnel cherchent à cerner ce que l'établissement dépense directement pour payer son personnel.

Les ETP_R des salariés sont alors comptabilisés selon leur taux de rémunération, quel que soit leur temps de présence effectif. Par exemple :

- Une personne en mi-temps thérapeutique (donc travaillant à mi-temps pour un salaire à 100 %) compte pour 1 ETP_R.
- Une personne à 80 % payée 86 % comptera pour 0,86 ETP_R.
- Une personne en congés longue durée payée à 50 % comptera pour 0,5 ETP_R.
- Une personne en formation longue pour l'année payée à 100 % comptera pour 1 ETP-R.

Cas de l'arrivée d'un salarié en cours d'année : un salarié qui change d'établissement géographique en cours d'année doit être compté en ETP_R au prorata de la rémunération prise en charge dans chaque établissement géographique, et en effectif dans l'établissement géographique qui le rémunère au 31 décembre.

Exemple : si un salarié est rémunéré par un établissement géographique A jusqu'au 31 mars (un quart de l'année), puis par un établissement géographique B jusqu'à la fin de l'année, avec une rémunération mensuelle équivalente dans les deux établissements, il doit être compté comme suit :

	Effectif	ETP_R
Établissement géographique A	0	0,25
Établissement géographique B	1	0,75

Dans le cas d'un établissement géographique qui a eu des fortes variations d'effectif sur l'année (restructuration, fermeture, ouverture), il se peut donc qu'il n'y ait pas cohérence entre les effectifs au 31 décembre et les ETP_R moyens sur l'année.

Précisions sur le calcul des ETP_R à partir des taux de rémunération

Dans les bordereaux d'activité, le personnel qu'il est demandé de renseigner est celui qui concourt effectivement à l'activité. La notion d'équivalent temps plein qui y est associée fait alors référence à la notion d'ETP moyens annuels travaillés (ETP_T). Dans les bordereaux Q20 à Q24, c'est la notion d'ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) qui est demandée, car les bordereaux de personnel cherchent à cerner ce que l'établissement dépense directement pour son personnel (Q20 à Q24). Les ETP_R des salariés sont alors comptabilisés selon leur taux de rémunération, quel que soit leur temps de présence effectif. Aucun salarié ne doit compter pour plus de 1 dans les informations renseignées dans la SAE.

- **Précision du détail par statut (établissements publics uniquement)**

La correspondance entre les statuts demandés ici et la nomenclature des emplois hospitaliers (NEHMED) est disponible dans la brochure des nomenclatures.

Case V2 : Hospitaliers-universitaires titulaires (PU-PH et MCU-PH¹). Pour tenir compte de leur double appartenance, les hospitaliers universitaires titulaires doivent être comptés comme 0,5 ETP_R.

Case V3 : Praticiens hospitaliers titulaires. N'inscrire dans cette colonne que les praticiens hospitaliers titulaires (PH titulaires).

Case V4 : Hospitaliers-universitaires temporaires (PHU) et non titulaires (AHU et CCU-AH²). Pour tenir compte de leur double appartenance, les praticiens hospitalo-universitaires temporaires et non titulaires doivent être comptés comme 0,5 ETP_R.

Case V5 : Nouveaux praticiens contractuels. Leur statut a été créé par le décret n°2022-135 du 5 février 2022 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels (articles R6152-334 et suivants du code de la santé publique).

Case V6 : Assistants des hôpitaux. Il s'agit des assistants des hôpitaux non-universitaires.

¹ PU-PH : Professeur des universités-praticien hospitalier
MCU-PH : Maître de conférence des universités – praticien hospitalier

²AHU : Assistant hospitalier universitaire
CCU-AH : chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux

Case V7 : Praticiens contractuels et praticiens adjoints contractuels. Il s'agit des praticiens adjoints contractuels (PAC) et des anciens praticiens contractuels (articles R6152-400 et suivants du code de la santé publique).

Case V8 : Praticiens cliniciens et praticiens attachés. Il s'agit de statuts en extinction. Les ETP_R correspondent à la quotité de temps rémunérée dans l'année. Ils doivent être comptabilisés même lorsqu'ils sont rémunérés sur des postes vacants ou des budgets spécifiques. Si le temps de travail est compté en vacations, la méthode à retenir est de considérer qu'une vacation correspond à une demi-journée de travail. L'ETP_R est donc égal à 1 si le praticien effectue 10 vacations dans la semaine.

Case V9 : Praticiens associés (articles R6152-901 et suivants du code de la santé publique).

Case V10 : Praticiens attachés associés et assistants associés. Ces statuts en extinction désignent des praticiens non titulaires ne disposant pas du plein exercice.

Case V12 : Praticiens associés contractuels temporaires. Ce statut concerne des praticiens à diplôme hors Union Européenne (PADHUE) avant qu'ils ne deviennent des praticiens associés après réussite des épreuves de vérification des connaissances (EVC).

Case V11 : Autres salariés. Déclarer ici les ETP_R des personnels médicaux non classés ailleurs.

3. PRÉCISIONS SUR LA SPECIALITE EXERCEE (pages 1/3 et 2/3)

Dans l'ensemble du bordereau, on s'intéresse à la spécialité principale d'exercice des médecins, **correspondant à la prestation rendue par le médecin au patient**.

La liste des spécialités proposées est celle des DES et des DESC de type II dits « qualifiants ». De manière générale, elle équivaut à la spécialité d'inscription à l'Ordre et d'enregistrement à l'assurance maladie. Dans le public, elle correspond le plus souvent à l'intitulé du poste occupé.

Même si pour la majorité des médecins, il y a équivalence entre diplôme et exercice, il existe des exceptions :

- Un certain nombre de médecins de DIM sont titulaires de diplômes de spécialités cliniques. Il faut dans ce cas les compter en « Santé publique (y compris DIM) » (**ligne 44**).
- Les médecins à diplôme étranger n'ont pas toujours leur qualification ordinaire en France dans la spécialité dans laquelle ils exercent (ils seront néanmoins inscrits dans leur spécialité d'exercice).
- Certains médecins ont plusieurs spécialités et seront inscrits dans celle correspondant à leur exercice principal.

Les médecins exerçant aux urgences ont la possibilité d'obtenir, depuis septembre 2017, une équivalence en DES médecine d'urgence. Depuis la SAE 2018, année pleine de l'obtention de l'équivalence, ils sont comptés dans la spécialité « Médecine d'urgence » (**ligne 49**) et sont donc isolés de la médecine générale.

La catégorie « Autres spécialités médicales » (**ligne 24**) ne doit être utilisée que pour les professionnels ayant une spécialité Maladies infectieuses et tropicales (MIT) ou Médecine légale et expertises médicales.

La spécialité exercée renvoie aussi à une notion différente de la discipline d'équipement du service dans lequel le praticien exerce. Par exemple, les pédiatres qui interviennent en maternité ne sont pas à inscrire en gynécologie-obstétrique.

Les spécialistes d'organe également pédiatres (cardiologues infantiles, néphrologues infantiles, etc.) qui exercent dans des unités spécialisées pour enfants doivent être répertoriés comme exerçant des activités de cardiologie, de néphrologie etc. Ils ne doivent pas être répertoriés en pédiatrie.

Les médecins qui sont partagés entre deux activités (par exemple Anesthésie-Réanimation et DIM) figureront dans la partie du bordereau relative aux effectifs sur une seule ligne (là où la quotité horaire est la plus importante, arbitrairement si elles sont égales) et devront donc être affectés sur une seule spécialité. Par contre, dans la partie suivante sur les ETP_R moyens annuels des salariés par statut ou spécialité exercée, ils seront répartis en deux fractions d'équivalents temps plein rémunéré (par exemple 0,5 en « Anesthésie-Réanimation » et 0,5 en « Santé publique (y compris DIM) »). Pour un même établissement géographique, il ne peut donc pas y avoir de double-compte, ni en effectif, ni en ETP_R.

Concernant le **personnel de recherche**, seul le personnel affecté à la recherche clinique doit être comptabilisé, selon la spécialité principale d'exercice des médecins. Ainsi, les effectifs qui travaillent sur des sujets de recherche non clinique (par exemple : recherche moléculaire sans lien avec des patients) ne sont pas à compter. En revanche, ceux qui sont impliqués dans la recherche clinique doivent y figurer.

Q21 - PERSONNELS MÉDICAUX DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES PAR GROUPE DE DISCIPLINES D'ÉQUIPEMENT

ETP moyens annuels des salariés et des internes

		Médecine, chirurgie et obstétrique	Psychiatrie	HAD	Soins médicaux et de réadaptation	Soins de longue durée	Total Section hôpital (calculé)	Administration, services hôteliers et techniques	Total entité interrogée (calculé)
		2100	2200	2300	2400	2500	2000	1000	9999
		A	B	C	D	E	F	G	H
ETP moyen annuel rémunéré du personnel médical salarié	1								
Dont ETP moyen annuel rémunéré du personnel médical de statut hospitalo-universitaire	2								
Dont ETP moyen annuel rémunéré du personnel mis à disposition	3								
ETP moyen annuel rémunéré des étudiants de 3ème cycle (y compris internes, docteurs juniors et FFI)	5								
Dont ETP moyen annuel rémunéré des stagiaires associés	7								

Effectifs des praticiens libéraux au 31 décembre

		Médecine, chirurgie et obstétrique	Psychiatrie	HAD	Soins médicaux et de réadaptation	Soins de longue durée	Total Section hôpital (calculé)	Administration, services hôteliers et techniques	Total entité interrogée (calculé)
		2100	2200	2300	2400	2500	2000	1000	9999
		A	B	C	D	E	F	G	H
Effectifs des praticiens libéraux	6								

Q21 – Personnels médicaux des établissements sanitaires par groupe de discipline d'équipement : ETP moyens annuels rémunérés des salariés et effectifs des libéraux

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne le **personnel médical rémunéré** par l'établissement géographique sanitaire interrogé et les **médecins libéraux** intervenant dans l'établissement.

Doit être dénombré le personnel médical de la section hôpital, et également le personnel médical de l'administration et des fonctions médicotechniques. Le personnel médical inclut les pharmaciens, odontologues et médecins spécialisés en biologie médicale.

Les étudiants de 3^{ème} cycle (internes, docteurs juniors et faisant fonction d'internes) sont recensés dans ce bordereau, contrairement au bordereau Q20.

En revanche, le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formations est à exclure.

Le bordereau Q21 fonctionne avec le bordereau Q20 : la somme des ETP rémunérés (ETP_R) des salariés du Q20 doit être égale à celle du Q21 (hors étudiants de 3^{ème} cycle). De la même façon, la somme des effectifs des libéraux du Q20 doit être égale à celle du Q21.

CONCEPTS IMPORTANTS

Définitions génériques

Dans ce bordereau, le personnel mis à disposition doit être renseigné uniquement par l'établissement qui prend en charge la rémunération, en effectif comme en ETP_R, que l'établissement géographique qui reçoit le salarié rembourse ou non le salaire. Le personnel des antennes SMUR est ainsi à déclarer par les établissements qui rémunèrent le personnel et qui le mettent à disposition dans les antennes SMUR.

Le personnel mis à disposition, payé par un autre établissement de santé, le personnel intérimaire, et le personnel rémunéré par un prestataire ne doivent pas figurer dans ce bordereau.

Le personnel qui a bénéficié d'un rappel à l'exclusion de toute autre rémunération ne doit pas être comptabilisé.

Un salarié **travaillant dans deux établissements géographiques** et rémunéré par chacun d'eux sera compté dans chaque établissement géographique en ETP_R au prorata du temps passé.

Dans le cas d'un **salarié partagé entre plusieurs établissements géographiques d'une même entité juridique (EJ) publique, avec une rémunération unique au sein de cette EJ publique**, le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement géographique et sera comptabilisé au prorata en ETP_R dans chaque établissement géographique. Pour une même entité juridique publique, il n'y a donc pas de double compte. Ce principe peut également être appliqué pour les **entités de dialyse**. Dans le cas cité, un établissement géographique peut donc avoir à déclarer l'ETP_R partiel d'un salarié sans le déclarer dans son effectif.

Pour le personnel travaillant sur des fonctions transversales liées au fonctionnement d'un groupement hospitalier de territoire (GHT), il sera comptabilisé sur un établissement géographique de l'entité juridique publique qui le rémunère. S'il est partagé entre plusieurs établissements de plusieurs entités juridiques, mais est rémunéré par une unique entité juridique publique, comme par exemple l'entité juridique support du GHT, la règle reste de concentrer l'effectif et les ETP_R au sein de l'entité juridique rémunératrice : le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement géographique de l'entité juridique qui le rémunère et sera comptabilisé au prorata en ETP_R dans chaque établissement géographique de cette entité juridique.

Pour les entités juridiques publiques et de dialyse, il est primordial que la **somme des effectifs déclarés sur les différents établissements géographiques** soit bien égale à **l'ensemble du personnel rémunéré par l'entité juridique**. Le personnel mutualisé (siège, plateaux techniques) peut être affecté au prorata de l'activité des établissements géographiques ou selon une clef de répartition budgétaire, ou peut être enregistré sur un établissement géographique particulier.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 portant dispositions applicables aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie

DISCIPLINE D'EQUIPEMENT

Il s'agit de répartir les personnels médicaux en fonction de leur affectation et de cumuler les ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) des salariés qui sont affectés dans un même groupe de disciplines d'équipement, quelle que soit l'activité exercée (au sens de la spécialité). Il convient de réaliser cette même répartition pour les ETP_R des étudiants de 3^{ème} cycle (**ligne 5**) ainsi que pour les effectifs des praticiens libéraux (**ligne 6**).

La nomenclature agrégée des disciplines d'équipement, ainsi que la correspondance avec les anciens codes NODESS sont proposées dans la brochure des nomenclatures.

Pour un **médecin salarié** qui se partage entre deux activités n'appartenant pas au même groupe de disciplines, il convient de calculer un ETP_R au prorata du temps consacré à chacune d'entre elles.

Par exemple, un pédiatre qui travaille à mi-temps dans une maternité et à mi-temps en soins de suite et réadaptation sera compté 0,5 ETP_R dans la colonne « Médecine, chirurgie et obstétrique », et 0,5 ETP_R dans la colonne « Soins de suite et réadaptation ».

Pour un **médecin libéral** qui se partage entre deux activités n'appartenant pas au même groupe de disciplines, il convient de renseigner cet effectif une seule fois, dans la discipline d'équipement qui l'occupe majoritairement. Il ne doit pas y avoir de double compte d'effectifs entre deux disciplines d'équipement.

La **discipline d'équipement « Administration »** contient à la fois :

- l'administration, c'est-à-dire le personnel médical ne concourant pas directement aux soins des patients, comme les médecins DIM et les médecins du travail ;
- pour les salariés, la différence entre les heures travaillées (ETP_T) et les heures rémunérées (ETP_R). Ainsi, pour le personnel dont le temps rémunéré est supérieur au temps travaillé, l'ETP travaillé (ETP_T) se situe dans le groupe de discipline d'équipement dans lequel le personnel est affecté et le complément de rémunération dans la colonne « Administration » (voir exemples plus bas). Si la distinction temps travaillé/rémunéré ne peut pas être faite, renseigner l'ETP rémunéré (ETP_R) dans l'unité ou groupe de discipline d'équipement.

Les **pharmacien**s sont à compter dans le personnel médical par assimilation et ne sont pas à classer dans la colonne Administration. Lorsque les pharmaciens d'un établissement exercent dans une seule discipline, les pharmaciens sont à classer dans cette discipline. Lorsqu'ils exercent dans plusieurs disciplines, ils sont à classer dans les disciplines d'exercice au prorata du temps passé. En revanche, lorsque les pharmaciens d'un établissement géographique exercent dans plusieurs disciplines et que la ventilation entre les différentes disciplines est impossible, il faut classer les pharmaciens dans une seule discipline, en donnant priorité aux disciplines dans l'ordre du bordereau Q21 (MCO> PSY>HAD> SMR>SLD).

Par exemple :

- Si la répartition par discipline est impossible pour des pharmaciens exerçant en MCO, PSY et HAD, ils doivent apparaître dans la colonne MCO.
- Si la répartition par discipline est impossible pour des pharmaciens exerçant en PSY et SLD, ils doivent apparaître dans la colonne PSY.

Concernant le **personnel de recherche**, seuls les ETP_R salariés consacrés à la recherche clinique doivent être comptabilisés selon la discipline d'équipement de l'activité réalisée. En revanche, le temps passé à de la recherche non clinique (par exemple, recherche moléculaire sans lien avec des patients) n'est pas à compter en ETP salariés.

ETP MOYENS ANNUELS REMUNERES DES SALARIES ET EFFECTIFS DES LIBERAUX

Dans les bordereaux d'activité, le personnel qu'il est demandé de renseigner est celui qui concourt effectivement à l'activité. La notion d'équivalent temps plein qui y est associée fait alors référence à la notion d'ETP moyens annuels travaillés (ETP_T).

Ici, c'est la notion d'ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) qui est demandée, car les bordereaux de personnel cherchent à cerner ce que l'établissement dépense réellement pour payer son personnel.

Les ETP_R des salariés sont alors comptabilisés selon leur taux de rémunération, quel que soit leur temps de présence effectif. La différence entre le temps travaillé et le temps rémunéré se trouve dans la colonne administration. Par exemple :

- Une personne en mi-temps thérapeutique (donc travaillant à mi-temps pour un salaire à 100 %) compte pour 1 ETP_R, dont 0,5 en colonne « Administration » (cas 1 dans le tableau qui suit).
- Une personne à 80 % payée 86 % comptera pour 0,86 ETP_R, dont 0,06 en colonne « Administration » (cas 2).
- Une personne en congés longue durée payée à 50 % comptera pour 0,5 ETP_R, dont 0,5 en colonne « Administration » (cas 3).
- Une personne en formation longue pour l'année payée à 100 % comptera pour 1 ETP_R, entièrement affecté à la colonne « Administration » (cas 4).

Dans les cas cités au-dessus :

	Discipline d'équipement (MCO, PSY, HAD, SMR, ou SLD)	Administration (colonne G)	TOTAL
Cas 1 : mi-temps thérapeutique	0,50	0,50	1
Cas 2 : temps partiel 80 %	0,80	0,06	0,86
Cas 3 : congé longue durée	0	0,50	0,50
Cas 4 : formation longue	0	1	1

Les étudiants de 3^{ème} cycle ne sont pas comptabilisés dans ce personnel médical salarié.

- **Dont ETP du personnel médical de statut hospitalo-universitaire**

Ligne 2 : Pour tenir compte de leur double appartenance, les praticiens hospitalo-universitaires (titulaires et non titulaires) doivent être comptés comme 0,5 ETP_R.

- **Dont ETP du personnel mis à disposition**

Ligne 3 : Sur cette ligne doit apparaître le personnel salarié payé par l'entité répondante et mis à disposition dans une autre entité. Il doit apparaître dans la discipline d'équipement dans laquelle il exerce ou, si cette information n'est pas connue, dans la colonne Administration.

- **ETP moyen annuel rémunéré des étudiants de 3^{ème} cycle (y compris internes, docteurs juniors et FFI)**

Ligne 5 : Il s'agit ici des ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) des étudiants de 3^{ème} cycle en médecine (dont médecine d'urgence et médecine générale), pharmacie et odontologie. Le statut de docteur junior concerne les étudiants de 3^{ème} cycle de médecine et de pharmacie (pour la spécialité biologie médicale) en phase de « consolidation ». Les docteurs juniors doivent donc être comptés avec les étudiants de 3^{ème} cycle, tout comme les Faisant Fonction d'Internes (FFI) et les stagiaires associés.

Ligne 7 : On précisera ici les ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) des stagiaires associés. Les stagiaires associés sont des praticiens hors Union européenne titulaires d'un diplôme leur permettant d'exercer dans leur pays d'origine ou d'obtention du diplôme (contrairement aux FFI qui ne sont pas nécessairement diplômés). Ils sont recrutés pour une période de six mois renouvelable une seule fois alors que les FFI sont nommés pour une durée allant de la prise de fonctions jusqu'à la date correspondant à la fin de leur période de stage, celle-ci pouvant être renouvelée sans limitation tous les six mois.

- **Effectifs des libéraux**

Ligne 6 : Pour les **médecins libéraux**, on approxime les effectifs au 31 décembre par le nombre de libéraux qui sont intervenus dans l'établissement au mois de décembre, car on ne souhaite pas avoir un biais lié aux vacances de fin d'année. Les effectifs des libéraux doivent être égaux à ceux déclarés dans le bordereau Q20.

COHERENCE ENTRE LES BORDEREAUX Q20 ET Q21

Les ETP_R et effectifs déclarés dans ce bordereau doivent correspondre aux ETP_R et effectifs totaux du bordereau Q20, comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

Catégorie de personnel	Q20	Q21
ETP_R du personnel médical salarié	Case T1	Case H1
Dont personnel médical de statut hospitalo-universitaire	Cases K1 + N1	Case H2
Effectifs des praticiens libéraux	Case U1	Case H6

Précisions sur le calcul des ETP_R à partir des taux de rémunération

Dans les bordereaux d'activité, le personnel qu'il est demandé de renseigner est celui qui concourt effectivement à l'activité. La notion d'équivalent temps plein qui y est associée fait alors référence à la notion d'ETP moyens annuels travaillés (ETP_T). Dans les bordereaux Q20 à Q24, c'est la notion d'ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) qui est demandée, car les bordereaux de personnel cherchent à cerner ce que l'établissement dépense directement pour son personnel (Q20 à Q24). Les ETP_R des salariés sont alors comptabilisés selon leur taux de rémunération, quel que soit leur temps de présence effectif. Aucun salarié ne doit compter pour plus de 1 dans les informations renseignées dans la SAE.

Q22 - ÉTUDIANTS DE 3ème CYCLE ET FAISANT FONCTION D'INTERNES

Effectifs au 31 décembre

	Code SAE	Effectifs au 31/12	
		internes	Docteurs Juniors
		A	B
Étudiants de 3ème cycle	médecine générale (hors DES urgentistes)	211B	4
	médecine d'urgence	211D	7
	médecine*	211A	1
	pharmacie	2120	2
	odontologie	2130	3
Total (calculé)		10	

* toutes spécialités confondues, hormis celles de médecine générale et médecine d'urgence

	Effectifs au 31/12	
Faisant fonction d'internes (FFI)	2200	A5
Dont stagiaires associés	2210	A9

Q22 – Étudiants de 3ème cycle et faisant fonction d'internes

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne les étudiants de 3^{ème} cycle et les faisant fonction d'internes (FFI), parmi lesquels les stagiaires associés affectés dans l'établissement interrogé.

Doivent être comptabilisés les étudiants de 3^{ème} cycle en médecine (en distinguant la médecine générale, la médecine d'urgence), en pharmacie et en odontologie, ainsi que les FFI et les stagiaires associés.

Les internes, les docteurs juniors, les FFI et les stagiaires associés ne doivent être inscrits que dans les bordereaux Q21 et Q22.

CONCEPTS IMPORTANTS

Les étudiants de 3^{ème} cycle et résidents affectés dans un établissement privé sous dotation globale, bien que rémunérés par un centre hospitalier universitaire (CHU), doivent figurer dans les effectifs de l'établissement privé où ils exercent leur activité (et non dans ceux du CHU de rattachement).

Les étudiants de 3^{ème} cycle en stage chez le praticien ne doivent pas figurer dans les effectifs des CHU qui leur versent la rémunération. De même, les étudiants de 3^{ème} cycle en stages extrahospitaliers, bien que rémunérés par un CHU, ne doivent pas figurer dans les effectifs du CHU.

La seule exception concerne les étudiants de 3^{ème} cycle en stages hors subdivision (et à l'étranger) car leur rémunération n'est pas remboursée au CHU dont ils dépendent, contrairement aux trois cas de figure précédents. Ils seront donc inclus dans les effectifs du CHU dont ils dépendent.

Le personnel qui a bénéficié d'un rappel à l'exclusion de toute autre rémunération ne doit pas être comptabilisé.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 portant dispositions applicables aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie.

Sont comptabilisés les effectifs au 31 décembre, c'est-à-dire le nombre d'étudiants de 3^{ème} cycle et de FFI sous contrat au 31 décembre, qu'ils soient en congés ou non à cette date.

La nouvelle version du Diplôme d'Études Spécialisées (DES), instaurée par la réforme du 3^{ème} cycle à la rentrée 2017, est scindée en trois phases d'apprentissage (hors DES en 3 ans pour lesquels il n'y a que deux phases).

Pour les DES de médecine (hors DES de médecine générale qui dure 3 ans) et de pharmacie (pour la spécialité biologie médicale), cette réforme crée également un nouveau statut : le statut de docteur junior. Les étudiants entrant dans la phase « de consolidation », 3^{ème} phase d'apprentissage, passent sous ce statut, à partir de la rentrée 2020 (étudiant entrés en DES à la rentrée 2017).

Pour les nouvelles générations d'étudiants en santé, le statut d'interne ne concerne donc plus que les étudiants des deux premières phases (« socle » et « d'approfondissement ») des DES de médecine et de pharmacie pour la spécialité biologie médicale, ainsi que les étudiants en DES d'odontologie et de pharmacie (hors spécialité de biologie médicale).

Depuis la SAE 2022, une ventilation par spécialité des docteurs juniors est demandée. Les étudiants entrés en DES avant la mise en place de la réforme de 2017 et finissant leurs études sont à comptabiliser dans la partie sur les étudiants de 3^{ème} cycle.

Case A1 : Internes de médecine (toutes spécialités confondues hormis celles de médecine générale et de médecine d'urgence). Sont à comptabiliser les effectifs des internes de médecine, à l'exclusion des internes en DES de médecine générale et des internes en DES de médecine d'urgence. Les docteurs juniors sont bien sûr à exclure.

Case B1 : Docteurs juniors de médecine (toutes spécialités confondues hormis celles de médecine générale et de médecine d'urgence). Sont à comptabiliser les effectifs de docteurs juniors de médecine, à l'exclusion des docteurs juniors de médecine d'urgence.

Case A2 : Internes de pharmacie : Sont à comptabiliser les effectifs des internes de pharmacie. Les docteurs juniors sont bien sûr à exclure.

Case B2 : Docteurs juniors de pharmacie. Sont à comptabiliser les effectifs des docteurs juniors de pharmacie.

Case A3 : Internes d'odontologie. Les docteurs juniors sont bien sûr à exclure.

Case B3 : Docteurs juniors d'odontologie.

Case A4 : Internes de médecine générale. Sont à comptabiliser les effectifs des seuls internes en DES de médecine générale (hors DES de médecine d'urgence). Les docteurs juniors sont bien sûr à exclure.

Les internes de médecine générale entrés en troisième cycle depuis les ECN 2005-2006 sont des internes de spécialités, comme tous les autres internes de médecine. Néanmoins, du fait de la place spécifique qu'occupe ce Diplôme d'Études Spécialisées, il est préférable de continuer à les distinguer.

Case A7 : Internes de médecine d'urgence. Sont à comptabiliser les seuls internes en DES de médecine d'urgence. Depuis la SAE 2018, les internes du DES de médecine d'urgence ne sont plus comptabilisés avec ceux de médecine générale. Les docteurs juniors sont bien sûr à exclure.

Case B7 : Docteurs juniors de médecine d'urgence. Sont à comptabiliser les seuls docteurs juniors en DES de médecine d'urgence, à l'exclusion des internes.

Case A5 : Faisant Fonction d'Internes. Les stagiaires associés ainsi que les licences de remplacement sont à compter avec les FFI.

Case A9 : Dont stagiaires associés. On précisera ici les effectifs des stagiaires associés. Les stagiaires associés sont des praticiens hors Union européenne titulaires d'un diplôme leur permettant d'exercer dans leur pays d'origine ou d'obtention du diplôme (contrairement aux FFI qui ne sont pas nécessairement diplômés). Ils sont recrutés pour une période de six mois renouvelable une seule fois alors que les FFI sont nommés pour une durée allant de la prise de fonctions jusqu'à la date correspondant à la fin de leur période de stage, celle-ci pouvant être renouvelée sans limitation tous les six mois.

Q23 - SAGES-FEMMES ET PERSONNELS NON MÉDICAUX SALARIES DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES (1/2)

Effectifs salariés au 31/12 et ETP salariés moyens annuels rémunérés

Code SAE	Personnel en CDI		Personnel en CDD		Titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière		Ensemble du personnel salarié des établissements sanitaires (calculé)	
	Effectif au 31/12	ETP moyen annuel rémunéré	Effectif au 31/12	ETP moyen annuel rémunéré	Effectif au 31/12	ETP moyen annuel rémunéré	Effectif au 31/12	ETP moyen annuel rémunéré
	A	B	C	D	E	F	G	H

PERSONNELS de DIRECTION et ADMINISTRATIFS

PERSONNELS DE DIRECTION	N1100	1						
DIRECTEURS DE SOINS (yc directeurs de soins infirmiers)	N1300	55						
N1400								
AUTRES PERSONNELS ADMINISTRATIFS								
Secrétaires médicaux et assistants médico-administratifs	N1210	4						
Autres personnels administratifs - N.d.a	N1220	5						
<i>Total personnels de direction et administratifs (calculé)</i>	N1000	6						

PERSONNELS des SERVICES de SOINS

PERSONNELS D'ENCADREMENT (SERVICES DE SOINS)								
Surveillants, surv. chefs infirmiers et cadres infirmiers	N2120	7						
Surveillants, surv. chefs des pers. de rééducation et cadres non infirmiers	N2130	8						
INFIRMIERS DIPLÔMÉS D'ETAT SANS SPECIALISATION								
Infirmiers diplômés d'Etat (hors secteur psychiatrique)	N2210	9						
Infirmiers diplômés d'Etat en secteur psychiatrique	N2220	10						
INFIRMIERS DIPLÔMÉS D'ETAT AVEC SPECIALISATION								
Infirmiers anesthésistes	N2310	11						
Infirmiers de bloc opératoire	N2320	12						
Puéricultrices	N2340	13						
Infirmiers en pratique avancée (IPA)	N2350	53						
AIDES-SOIGNANTS								
Aides-soignants	N2510	14						
Aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux	N2520	15						
Auxiliaires de puériculture	N2530	16						
ASHQ ET AUTRES PERSONNELS DE SERVICE								
Agents de service hospitalier qualifiés (ASHQ)	N2610	17						
Autres personnels de service des services de soins	N2620	18						
Familles d'accueil	N2630	19						
PSYCHOLOGUES	N2710	20						
SAGES-FEMMES (y compris encadrement et écoles)	N2800	21						

PERSONNELS DE REEDUCATION									
Kinésithérapeutes	N2410	22							
Pédicures-podologues	N2420	23							
Orthophonistes	N2430	24							
Orthoptistes	N2440	25							
Diététiciens	N2450	26							
Ergothérapeutes	N2460	27							
Psychomotriciens	N2470	28							
Autres emplois des services de rééducation	N2480	29							
Total personnels des services de soins (calculé)	N2000	30							

Q23 - SAGES-FEMMES ET PERSONNELS NON MÉDICAUX SALARIES DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES (2/2)

Effectifs salariés au 31/12 et ETP salariés moyens annuels rémunérés

Code SAE	Personnel en CDI			Personnel en CDD			Titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière		Ensemble du personnel salarié des établissements sanitaires (calculé)					
	A	Effectif au 31/12	ETP moyen annuel rémunéré	B	Effectif au 31/12	ETP moyen annuel rémunéré	C	Effectif au 31/12	ETP moyen annuel rémunéré	D	E	F	G	H
PERSONNELS EDUCATIFS et SOCIAUX														

Cadres socio-éducatifs	N3121	31												
Educateurs spécialisés	N3111	32												
Assistants de service social	N3120	33												
Autres personnels éducatifs et sociaux	N3130	34												
Total personnels éducatifs et sociaux (calculé)	N3000	35												

PERSONNELS MEDICO-TECHNIQUES														
Cadres de santé médico-techniques	N4160	36												
Techniciens de laboratoires	N4110	37												
Personnels de services de pharmacie	N4120 et N412A	38												
Manipulateurs d'électroradiologie médicale	N4130	39												
Dosimétristes	N4170	40												
Radiophysiciens - Physiciens médicaux	N4180	41												
Conseillers en génétique	N4190	42												
Autres personnels des services de radiologie	N4140	43												
Autres personnels médico-techniques	N4150	44												

<i>Total personnels médico-techniques (calculé)</i>	N4000	45								
---	-------	----	--	--	--	--	--	--	--	--

PERSONNELS TECHNIQUES et OUVRIERS

Ingénieurs	N5110	46								
Personnels des services techniques (hors ingénieurs)	N511A	47								
Personnels informatique et organisation (hors ingénieurs)	N5120	48								
Personnels des services ouvriers et des services intérieurs	N5130	49								
Ambulanciers	N5140	50								
<i>Total personnels techniques et ouvriers (calculé)</i>	N5000	51								

TOTAL SAGES-FEMMES et PERSONNELS NON MEDICAUX (CALCULE)	N9999	52								
--	-------	----	--	--	--	--	--	--	--	--

TOTAL PERSONNELS NON MEDICAUX HORS SAGES-FEMMES (CALCULE)	N9999 sauf N2800	54								
--	------------------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--

Q23 – Sages-femmes et personnels non médicaux salariés des établissements sanitaires : effectifs et ETP moyens annuels rémunérés

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne les **sages-femmes et le personnel non médical rémunérés** par l'établissement géographique sanitaire interrogé. Doit être dénombré le personnel non médical de la section hôpital, et également le personnel non médical de l'administration et des fonctions médico-techniques. En revanche, le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation est à exclure.

Ne doivent pas être comptabilisés dans ce bordereau :

- les élèves qui sont encore en formation, y compris les apprentis ;
- les pharmaciens et odontologues, qui font partie des personnels médicaux (bordereaux Q20 et Q21) ;
- les emplois aidés ;
- les salariés des sociétés de sous-traitance ou d'intérim exerçant leur activité dans l'enceinte de l'établissement ;
- les non-salariés, congrégationnistes et bénévoles qui ne sont pas à la charge de l'établissement.

Le bordereau Q23 fonctionne avec le bordereau Q24 : la somme des ETP rémunérés (ETP_R) du Q23 doit être égale à celle du Q24.

CONCEPTS IMPORTANTS

Définitions génériques

Dans ce bordereau, le personnel mis à disposition doit être renseigné uniquement par l'établissement qui prend en charge la rémunération, en effectif comme en ETP_R, que l'établissement géographique qui reçoit le salarié rembourse ou non le salaire. Le personnel des antennes SMUR est ainsi à déclarer par les établissements qui rémunèrent le personnel et qui le mettent à disposition dans les antennes SMUR.

Le personnel mis à disposition, payé par un autre établissement de santé, le personnel intérimaire et le personnel rémunéré par un prestataire ne doivent pas figurer dans ce bordereau.

Le personnel qui a bénéficié d'un rappel à l'exclusion de toute autre rémunération ne doit pas être comptabilisé.

Un salarié **travaillant dans deux établissements géographiques** et rémunéré par chacun d'eux sera compté pour 1 en effectif dans chacun des établissements géographiques et en ETP_R au prorata du temps passé.

Dans le cas d'un **salarié partagé entre plusieurs établissements géographiques d'une même entité juridique (EJ) publique, avec une rémunération unique au sein de cette EJ publique**, le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement géographique et sera comptabilisé au prorata en ETP_R dans chaque établissement géographique. Pour une même entité juridique publique, il n'y a donc pas de double compte. Ce principe peut également être appliqué pour les **entités de dialyse**. Dans le cas cité, un établissement géographique peut donc avoir à déclarer l'ETP_R partiel d'un salarié sans le déclarer dans son effectif.

Pour le personnel travaillant sur des fonctions transversales liées au fonctionnement d'un groupement hospitalier de territoire (GHT), il sera comptabilisé sur un établissement géographique de l'entité juridique publique qui le rémunère. S'il est **partagé entre plusieurs établissements de plusieurs entités juridiques, mais est rémunéré par une unique entité juridique publique**, comme par exemple l'entité juridique support du GHT, la règle reste de concentrer l'effectif et les ETP_R au sein de l'entité juridique rémunératrice : le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement géographique de l'entité juridique qui le rémunère et sera comptabilisé au prorata en ETP_R dans chaque établissement géographique de cette entité juridique.

Pour les entités juridiques publiques et de dialyse, il est primordial que la **somme des effectifs déclarés sur les différents établissements géographiques** soit bien égale à l'**ensemble du personnel rémunéré par l'entité juridique**. Le personnel mutualisé (siège, plateaux techniques) peut être affecté au prorata de l'activité des établissements géographiques ou selon une clef de répartition budgétaire, ou peut être enregistré sur un établissement géographique particulier.

EFFECTIF SALARIE AU 31/12 ET ETP MOYENS ANNUELS REMUNERES DU PERSONNEL SALARIE

• Effectif au 31 décembre

Il s'agit du nombre de personnes physiques sous contrat au 31 décembre, qu'elles soient ou non présentes dans l'établissement géographique à cette date (exemple : congé simple, congés longue durée).

• ETP moyens annuels rémunérés

Dans les bordereaux d'activité, le personnel qu'il est demandé de renseigner est celui qui concourt effectivement à l'activité. La notion d'équivalent temps plein qui y est associée fait alors référence à la notion d'ETP moyens annuels travaillés (ETP_T).

Ici, c'est la notion d'ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) qui est demandée, car les bordereaux de personnel cherchent à cerner ce que l'établissement dépense réellement pour payer son personnel.

Les ETP_R des salariés sont alors comptabilisés selon leur taux de rémunération, quel que soit leur temps de présence effectif. Par exemple :

- Une personne en mi-temps thérapeutique (donc travaillant à mi-temps pour un salaire à 100 %) compte pour 1 ETP_R.
- Une personne à 80 % payée 86 % comptera pour 0,86 ETP_R.
- Une personne en congés longue durée payée à 50 % comptera pour 0,5 ETP_R.
- Une personne en formation longue pour l'année payée à 100 % comptera pour 1 ETP_R.

Cas de l'arrivée d'un salarié en cours d'année : un salarié qui change d'établissement géographique en cours d'année doit être compté en ETP_R au prorata de la rémunération prise en charge dans chaque établissement géographique, et en effectif dans l'établissement géographique qui le rémunère au 31 décembre.

Exemple : si un salarié est rémunéré par un établissement géographique A jusqu'au 31 mars (un quart de l'année), puis par un établissement géographique B jusqu'à la fin de l'année, avec une rémunération mensuelle équivalente dans les deux établissements, il doit être compté comme suit :

	Effectif	ETP_R
Établissement géographique A	0	0,25
Établissement géographique B	1	0,75

Dans le cas d'un établissement géographique qui a eu des fortes variations d'effectif sur l'année (restructuration, fermeture, ouverture), il se peut donc qu'il n'y ait pas cohérence entre les effectifs au 31 décembre et les ETP_R moyens sur l'année.

Précisions sur le calcul des ETP_R à partir des taux de rémunération

Dans les bordereaux d'activité, le personnel qu'il est demandé de renseigner est celui qui concourt effectivement à l'activité. La notion d'équivalent temps plein qui y est associée fait alors référence à la notion d'ETP moyens annuels travaillés (ETP_T). Dans les bordereaux Q20 à Q24, c'est la notion d'ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) qui est demandée, car les bordereaux de personnel cherchent à cerner ce que l'établissement dépense directement pour son personnel (Q20 à Q24). Les ETP_R des salariés sont alors comptabilisés selon leur taux de rémunération, quel que soit leur temps de présence effectif. Aucun salarié ne doit compter pour plus de 1 dans les informations renseignées dans la SAE.

TYPE DE CONTRAT

Tous les postes doivent être renseignés, y compris les postes sur emplois non permanent, dans une des trois catégories suivantes :

- Colonnes A et B : Personnel en CDI
- Colonnes C et D : Personnel en CDD, c'est-à-dire y compris les vacataires, mais hors prestataires. Pour comptabiliser le personnel en CDD, il faut que celui-ci ait signé avec l'établissement un contrat de travail.
- Colonnes E et F : Titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière.

Le personnel de remplacement rémunéré par l'établissement doit être comptabilisé parmi les CDD.

Le personnel exerçant une activité libérale et qui a un contrat de travail, comme un CDD ou une vacation, doit être comptabilisé dans les colonnes C et D. En revanche, si le personnel ayant une activité libérale n'est pas salarié et est payé par honoraire, facturation ou autre, il convient de ne pas le comptabiliser.

CATEGORIE DE PERSONNEL

La nomenclature des catégories de personnel SAE est disponible dans la brochure des nomenclatures.

Les sages-femmes et le personnel non médical sont comptabilisés selon l'emploi ou le grade et non selon l'unité fonctionnelle ou le service où se trouve l'emploi. Par exemple, un aide-soignant travaillant dans un service médico-technique doit être comptabilisé en tant qu'aide-soignant et non en tant qu'autre personnel médico-technique.

Concernant le **personnel de recherche médicale**, seul le personnel affecté à la recherche clinique doit être comptabilisé selon la discipline d'équipement de l'activité réalisée. Ainsi, les effectifs qui travaillent sur des sujets de recherche non clinique (par exemple : recherche moléculaire sans lien avec des patients) ne sont pas à compter. En revanche, ceux qui sont impliqués dans la recherche clinique doivent y figurer.

Concernant les **autres personnels de recherche, non médicale**, ils doivent être comptabilisés selon la discipline d'équipement de l'activité réalisée. Par exemple, un ingénieur de recherche en développement informatique sera comptabilisé en tant qu'ingénieur.

Le personnel absent pour formation est compté dans le grade où il est rémunéré. Tout agent relevant d'un grade local ne figurant pas dans la liste doit être compté dans la rubrique "autres" du groupe de grades le plus adapté.

Q24 - SAGES-FEMMES ET PERSONNELS NON MÉDICAUX SALARIES DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES PAR GROUPE DE DISCIPLINES D'ÉQUIPEMENT

ETP salariés moyens annuels rémunérés

			Médecine, chirurgie et obstétrique	Psychiatrie	HAD	Soins médicaux et de réadaptation	Soins de longue durée	Total Section hôpital (calculé)	Administration, services hôteliers et techniques	Total entité interrogée (calculé)
	Code SAE		2100	2200	2300	2400	2500	2000	1000	9999
			A	B	C	D	E	F	G	H
Personnels de direction	N1100	1								
Directeurs de soins (yc directeurs de soins infirmiers)	N1300 N1400	22								
Autres personnels administratifs	N1200	3								
Total personnels de direction et administratifs (calculé)	N1000	5								
Personnels d'encadrement (total)	N2100	6								
Infirmiers DE sans spécialisation	N2200	7								
Infirmiers DE avec spécialisation	N2300	8								
Aides-soignants	N2500	9								
ASHQ et autres personnels de services	N2600	10								
Psychologues	N2700	11								
Sages-femmes	N2800	12								
Personnels de rééducation	N2400	13								
Total personnels des services de soins (calculé)	N2000	14								
Personnels éducatifs et sociaux (sauf Assistants de service social)	N3100 sauf N3120	15								
Assistants de service social	N3120	16								
Total personnels éducatifs et sociaux (calculé)	N3000	17								
Personnels médico-techniques	N4100	18								
Personnels techniques et ouvriers	N5100	19								
TOTAL PERSONNELS (calculé)	N9999	20								
TOTAL PERSONNELS NON MEDICAUX HORS SAGES-FEMMES (CALCULE)	N9999 sauf N2800	21								

Q24 – Sages-femmes et personnels non médicaux salariés des établissements sanitaires par groupe de discipline d'équipement : ETP moyens annuels rémunérés

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne les **sages-femmes et le personnel non médical rémunérés** par l'établissement géographique sanitaire interrogé. Doit être dénombré le personnel non médical de la section hôpital, et également le personnel non médical de l'administration et des fonctions médico-techniques. En revanche, le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation est à exclure.

Ne doivent pas être comptabilisés dans ce bordereau :

- les élèves qui sont encore en formation, y compris les apprentis ;
- les pharmaciens et odontologues, qui font partie des personnels médicaux (bordereaux Q20 et Q21) ;
- les emplois aidés ;
- les salariés des sociétés de sous-traitance ou d'intérim exerçant leur activité dans l'enceinte de l'établissement ;
- les non-salariés, congrégationnistes et bénévoles qui ne sont pas à la charge de l'établissement.

Le bordereau Q24 fonctionne avec le bordereau Q23 : la somme des ETP rémunérés (ETP_R) du Q23 doit être égale à celle du Q24.

CONCEPTS IMPORTANTS

Définitions génériques

Dans ce bordereau, le personnel mis à disposition doit être renseigné uniquement par l'établissement qui prend en charge la rémunération, en effectif comme en ETP_R, que l'établissement géographique qui reçoit le salarié rembourse ou non le salaire. Le personnel des antennes SMUR est ainsi à déclarer par les établissements qui rémunèrent le personnel et qui le mettent à disposition dans les antennes SMUR.

Le personnel mis à disposition, payé par un autre établissement de santé, le personnel intérimaire et le personnel rémunéré par un prestataire ne doivent pas figurer dans ce bordereau.

Le personnel qui a bénéficié d'un rappel à l'exclusion de toute autre rémunération ne doit pas être comptabilisé.

Un salarié **travaillant dans deux établissements géographiques** et rémunéré par chacun d'eux sera compté pour 1 en effectif dans chacun des établissements géographiques et en ETP_R au prorata du temps passé.

Dans le cas d'un **salarié partagé entre plusieurs établissements géographiques d'une même entité juridique (EJ) publique, avec une rémunération unique au sein de cette EJ publique**, le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement géographique et sera comptabilisé au prorata en ETP_R dans chaque établissement géographique. Pour une même entité juridique publique, il n'y a donc pas de double compte. Ce principe peut également être appliqué pour les **entités de dialyse**. Dans le cas cité, un établissement géographique peut donc avoir à déclarer l'ETP_R partiel d'un salarié sans le déclarer dans son effectif.

Pour le personnel travaillant sur des fonctions transversales liées au fonctionnement d'un groupement hospitalier de territoire (GHT), il sera comptabilisé sur un établissement géographique de l'entité juridique publique qui le rémunère. S'il est **partagé entre plusieurs établissements de plusieurs entités juridiques, mais est rémunéré par une unique entité juridique publique**, comme par exemple l'entité juridique support du GHT, la règle reste de concentrer l'effectif et les ETP_R au sein de l'entité juridique rémunératrice : le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement géographique de l'entité juridique qui le rémunère et sera comptabilisé au prorata en ETP_R dans chaque établissement géographique de cette entité juridique.

Pour les entités juridiques publiques et de dialyse, il est primordial que la **somme des effectifs déclarés sur les différents établissements géographiques** soit bien égale à l'**ensemble du personnel rémunéré par l'entité juridique**. Le personnel mutualisé (siège, plateaux techniques) peut être affecté au prorata de l'activité des établissements géographiques ou selon une clef de répartition budgétaire, ou peut être enregistré sur un établissement géographique particulier.

DISCIPLINE D'EQUIPEMENT

Il s'agit de répartir les sages-femmes et personnels non médicaux salariés en fonction de leur affectation et de cumuler les ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) qui sont affectés dans un même groupe de disciplines d'équipement.

La nomenclature agrégée des disciplines d'équipement, ainsi que la correspondance avec les anciens codes NODESS sont proposées dans la brochure des nomenclatures.

Pour un personnel qui se partage entre deux activités n'appartenant pas au même groupe de disciplines, il convient de calculer un ETP_R au prorata du temps consacré à chacune d'entre elles.

Les infirmiers diplômés d'état avec ou sans spécialisation qui constituent un pôle polyvalent sont à renseigner dans le groupe de disciplines "Administration, services hôteliers et techniques".

La discipline d'équipement « Administration » contient à la fois :

- l'administration, c'est-à-dire le personnel non médical ne concourant pas directement aux soins des patients et n'étant pas directement en relation avec les services de soins, comme les personnels de direction ;
- pour les salariés des différentes disciplines d'équipement, la différence en ETP entre les heures travaillées (ETP_T) et les heures rémunérées (ETP_R). Ainsi, pour le personnel dont le temps rémunéré est supérieur au temps travaillé, l'ETP travaillé se situe dans le groupe de discipline d'équipement dans lequel le personnel est affecté et le complément de rémunération dans la colonne Administration (voir exemples plus bas). Si la distinction temps travaillé/rémunéré ne peut être faite, renseigner l'ETP rémunéré dans l'unité ou groupe de discipline d'équipement.

ETP MOYENS ANNUELS REMUNERES DU PERSONNEL SALARIE

Dans les bordereaux d'activité, le personnel qu'il est demandé de renseigner est celui qui concourt effectivement à l'activité. La notion d'équivalent temps plein qui y est associée fait alors référence à la notion d'ETP moyens annuels travaillés (ETP_T).

Ici, c'est la notion d'ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) qui est demandée, car les bordereaux de personnel cherchent à cerner ce que l'établissement dépense réellement pour payer son personnel.

Les ETP_R des salariés sont alors comptabilisés selon leur taux de rémunération, quel que soit leur temps de présence effectif. La différence entre le temps travaillé et le temps rémunéré se trouve dans la colonne administration. Par exemple :

- Une personne en mi-temps thérapeutique (donc travaillant à mi-temps pour un salaire à 100 %) compte pour 1 ETP_R, dont 0,5 en colonne « Administration » (cas 1 dans le tableau qui suit).
- Une personne à 80 % payée 86 % comptera pour 0,86 ETP_R, dont 0,06 en colonne « Administration » (cas 2).
- Une personne en congés longue durée payée à 50 % comptera pour 0,5 ETP_R, dont 0,5 en colonne « Administration » (cas 3).
- Une personne en formation longue pour l'année payée à 100 % comptera pour 1 ETP_R, entièrement affecté à la colonne « Administration » (cas 4).

Dans les cas cités au-dessus :

	Discipline d'équipement (MCO, PSY, HAD, SMR, ou SLD)	Administration	TOTAL
Cas 1 : mi-temps thérapeutique	0,50	0,50	1
Cas 2 : temps partiel 80 %	0,80	0,06	0,86
Cas 3 : congé longue durée	0	0,50	0,50
Cas 4 : formation longue	0	1	1

Précisions sur le calcul des ETP_R à partir des taux de rémunération

Dans les bordereaux d'activité, le personnel qu'il est demandé de renseigner est celui qui concourt effectivement à l'activité. La notion d'équivalent temps plein qui y est associée fait alors référence à la notion d'ETP moyens annuels travaillés (ETP_T). Dans les bordereaux Q20 à Q24, c'est la notion d'ETP moyens annuels rémunérés (ETP_R) qui est demandée, car les bordereaux de personnel cherchent à cerner ce que l'établissement dépense directement pour son personnel (Q20 à Q24). Les ETP_R des salariés sont alors comptabilisés selon leur taux de rémunération, quel que soit leur temps de présence effectif. Aucun salarié ne doit compter pour plus de 1 dans les informations renseignées dans la SAE.

CATEGORIE DE PERSONNEL

La nomenclature des catégories de personnel SAE est disponible dans la brochure des nomenclatures.

Les sages-femmes et le personnel non médical sont comptabilisés selon l'emploi ou le grade et non pas selon l'unité fonctionnelle ou le service où se trouve l'emploi. Le personnel absent pour formation est compté dans le grade où il est rémunéré.

Concernant le **personnel de recherche médicale**, seul le personnel affecté à la recherche clinique doit être comptabilisé selon la discipline d'équipement de l'activité réalisée. Ainsi, les effectifs qui travaillent sur des sujets de recherche non clinique (par exemple : recherche moléculaire sans lien avec des patients) ne sont pas à compter. En revanche, ceux qui sont impliqués dans la recherche clinique doivent y figurer.

Concernant les **autres personnels de recherche, non médicale**, ils doivent être comptabilisés selon la discipline d'équipement de l'activité réalisée. Par exemple, un ingénieur de recherche en développement informatique sera comptabilisé en tant qu'ingénieur.

COHERENCE ENTRE LES BORDEREAX Q23 ET Q24

Les ETP_R déclarés dans ce bordereau doivent correspondre aux ETP_R totaux du bordereau Q23, comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

Catégorie de personnel	ETP_R du Q23	ETP_R du Q24
Personnels de direction et administratifs	Case H6	Case H5
Personnels des services de soins	Case H30	Case H14
Personnels éducatifs et sociaux	Case H35	Case H17
Personnels médico-techniques	Case H45	Case H18
Personnels techniques et ouvriers	Case H51	Case H19

Fin du questionnaire

**Nous vous remercions pour votre contribution
N'oubliez pas de valider votre questionnaire pour que votre réponse soit prise en compte**

Pouvez-vous indiquer le temps de réponse à l'enquête ?

A1 heures

B1 minutes

Si vous avez des remarques sur la SAE, merci de les préciser dans l'encart ci-dessous :

A2

L'enquête SAE fournit des éléments de cadrage indispensables et un panorama complet de l'offre de soins existante pour l'ensemble du secteur sanitaire, toutes disciplines confondues.

Elle produit ainsi des indicateurs pour le suivi des politiques nationales (pacte de refondation des urgences, Alzheimer, soins palliatifs) et régionales et alimente de nombreux systèmes d'information et tableaux de bord (tableaux de bord de contractualisation État / UNCAM, CPOM ARS, indicateurs PQE, Hospidiag, Scope-santé, etc.).

Elle permet ainsi de rendre compte des transformations des établissements et de l'organisation des soins.

Une fois la collecte terminée et les données validées, la SAE est diffusée, à la fin août, via le site internet de diffusion : <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>.

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter le Bureau des Établissements de Santé à la DREES: drees-sae@sante.gouv.fr ou la hotline à hotlinesae@enquetes-drees.fr