

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 bissextiles) « 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 découpant 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 séjours sont exclus 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 intégrera 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.