

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.