**DOSSIER PROMOTEUR**

**DEMANDE D'EXTENSION DE CAPACITE**

**D’UNE UNITE DE SOINS INTENSIFS EN CARDIOLOGIE (USIC)**

**PREAMBULE**

**CADRE JURIDIQUE ET TEXTES DE REFERENCE**

* Code de la Santé Publique (CSP) : articles D6124-104 à D6124-116.
* Décret n° 2002 - 466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue et notamment,

Sous-section 6 :

Conditions techniques de fonctionnement relatives aux soins intensifs

Paragraphe 1er : Conditions générales

* Art. D. 712-112. – Les soins intensifs sont pratiqués dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées pour prendre en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l’organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance.
* Art. D. 712-113. – Le fonctionnement d’une unité de soins intensifs doit être organisé de façon à ce qu’elle soit en mesure d’assurer la mise en œuvreprolongée de techniques spécifiques, l’utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu’une permanence médicale et paramédicale permettant l’accueil des patients et leur prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l’année.

L’unité de soins intensifs doit pouvoir assurer le transfert des patients visés à l’article D. 712-112 vers une unité de surveillance continue ou une unité d’hospitalisation dès que leur état de santé le permet, ou dans une unité de réanimation si leur état le nécessite.

* Art. D. 712-114. – L’unité de soins intensifs ne peut fonctionner qu’au sein d’un établissement disposant, selon la nature de la spécialité concernée, d’installations de médecine ou de chirurgie en hospitalisation complète.

Paragraphe 2 :

Conditions particulières aux soins intensifs cardiologiques

* Art. D. 712-115. – L’unité de soins intensifs cardiologiques est organisée :

1° Dans les établissements publics de santé, en unité fonctionnelle, service, département ou fédération ;

2° Dans les établissements de santé privés, en unité individualisée.

* Art. D. 712-116. – L’unité de soins intensifs cardiologiques comporte au minimum six lits. Elle ne peut fonctionner que dans un établissement exerçant des activités de cardiologie.
* Art. D. 712-117. – Dans toute unité de soins intensifs cardiologiques, la permanence médicale est assurée par au moins un médecin membre de l’équipe médicale définie à l’article D. 712-119. Dans les établissements de santé publics et les établissements privés participant au service public hospitalier, elle peut être assurée, en dehors du service de jour, par un interne en médecine dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Dans ce cas, un médecin de l’équipe médicale mentionnée à l’article D. 712-119 est placé en astreinte opérationnelle.
* Art. D. 712-118. – Le responsable de l’unité de soins intensifs cardiologiques est titulaire de l’une des qualifications mentionnées à l’article D. 712-119.
* Art. D. 712-119. – L’équipe médicale est composée de médecins qualifiés spécialistes ou compétents en cardiologie et médecine des affections vasculaires ou qualifiés spécialistes en pathologie cardio-vasculaire.
* Art. D. 712-120. – Sous la responsabilité d’un cadre infirmier, l’équipe paramédicale de l’unité de soins intensifs cardiologiques comprend :
* de jour, un infirmier et un aide-soignant pour quatre patients ;
* de nuit, au moins un infirmier pour huit patients.

Lorsque, pour huit patients présents la nuit, un seul infirmier est affecté à l’unité, doit être en outre prévue la présence d’un aide-soignant.

* Art. D. 712-121. – L’établissement doit être en mesure de faire intervenir en permanence un masseur-kinésithérapeute et doit disposer, en tant que de besoin, d’un psychologue ou d’un psychiatre et de personnel à compétence biomédicale.
* Art. D. 712-122. – L’établissement dispose vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l’année :

1° Sur place :

* des moyens techniques permettant de pratiquer les examens de radiologie conventionnelle ;
* d’un écho-doppler avec mode M et sonde transoesophagienne.

2° Sur place ou par convention avec un autre établissement en disposant :

* des moyens techniques permettant de pratiquer des scintigraphies, des examens en scanographie, en imagerie par résonance magnétique et des angiographies pulmonaires et vasculaires ;
* d’un laboratoire en mesure de pratiquer des examens de bactériologie, hématologie, biochimie ainsi que ceux relatifs à l’hémostase et aux gaz du sang.

Lorsque la prestation est assurée par convention, elle doit l’être dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité.

* Art. D. 712-123. – L’unité de soins intensifs cardiologiques ainsi que l’unité de médecine de la spécialité à laquelle elle est rattachée doivent avoir accès, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, au sein de l’établissement d’implantation ou, en dehors de celui-ci par voie de convention, à une salle de coronarographie diagnostique et interventionnelle.
* Art. D. 712-124. – L’établissement de santé dans lequel fonctionne une unité de soins intensifs cardiologiques passe une convention précisant les conditions de transfert des patients avec des établissements de santé disposant d’une unité de réanimation.
* Circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue.
* Recommandations de la Société Française de Cardiologie (SFC) pour la prise en charge des urgences cardiologiques (mars 1999).
* Guidelines ESC (European Society of Cardiology) 2012
* PRS d’Ile-de-France adopté par arrêté du DG-ARS Ile-de-France en date du 21 décembre 2012 ainsi que le SROS et son Volet Hospitalier Cardiologie.

**DONNEES GENERALES**

**I - PRESENTATION DE L’ETABLISSEMENT DEMANDEUR**

1. AUTEUR DE LA DEMANDE

|  |  |
| --- | --- |
| **Désignation Etablissement** |  |
| **Auteur de la demande** |  |
| **Adresse** |  |
| **Code postal** |  |
| **Forme de gestion** |  |
| **Territoire de santé** |  |
| **N° FINESS juridique** |  |
| **N° FINESS géographique** |  |

2. ACTIVITE SANITAIRE DE L’ÉTABLISSEMENT

*Présentation globale :*

*Présentation de la cardiologie : médicale, interventionnelle (type 1, type 2, type 3), chirurgicale, adulte et pédiatrique :*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Description des services et du plateau technique | | |
| Cardiologie adulte |  |  |
| Réanimation de chirurgie cardiaque | *Nombre de lits HC[[1]](#footnote-1)* |  |
| Hébergement de chirurgie cardiaque | *Nombre de lits HC* |  |
| USIC | *Nombre de lits HC* | *Date de la reconnaissance contractuelle par l’ARSIF :* |
| USC | *Nombre de lits HC* |  |
| Réanimation médicale | *Nombre de lits HC* |  |
| Hébergement de médecine cardiologique | *Nombre de lits HC* |  |
| SSR cardiologie | *Nombre de lits HC* |  |
| SSR autre | *Nombre de lits HC* |  |
| HDJ SSR | *Nombre de places* |  |
| HDJ cardiologie | *Nombre de places* |  |
| HDJ autre | *Nombre de places* |  |
| Cardiologie pédiatrique |  |  |
| Réanimation de chirurgie cardiaque | *Nombre de lits HC* |  |
| Hébergement de chirurgie cardiaque | *Nombre de lits HC* |  |
| USC | *Nombre de lits HC* |  |
| Hébergement de médecine cardiologique | *Nombre de lits HC* |  |
| Plateau technique |  |  |
| Salles de chirurgie cardiaque | *Nombre de salles* |  |
| Salles de cardiologie interventionnelle type 1 | *Nombre de salles* | *Date de la dernière autorisation :* |
| Salles de cardiologie interventionnelle type 2 | *Nombre de salles* | *Date de la dernière autorisation :* |
| Salles de cardiologie interventionnelle type 3 | *Nombre de salles* | *Date de la dernière autorisation :* |
| Salles hybrides | *Nombre de salles* |  |
| IRM cardiaque | *Nombre de machines* |  |
| Scanner cardiaque | *Nombre de machines* |  |
| Scintigraphie cardiaque | *Nombre de machines* |  |
| Autre …. |  |  |
| Autres |  |  |
| Service d’accueil et d’urgences (SAU) | *Nombre de passages/an* |  |
| SMUR[[2]](#footnote-2) | *Nombre d’équipes SMUR* |  |

**II- NATURE ET MOTIVATIONS DE LA DEMANDE**

**1. NATURE DE LA DEMANDE**

**La demande a pour objet l’extension du nombre de lits d’USIC** et sollicite la reconnaissance contractuelle de **X lits supplémentaires** de soins intensifs cardiologiques en vue de porter la capacité de l’unité de **Y lits à Z lits.**

*Nb :Préciser la date prévisionnelle de mise en œuvre des capacités supplémentaires sollicitées.*

2. MOTIVATIONS DE LA DEMANDE

3. COHERENCE DE LA DEMANDE PAR RAPPORT

1. Au SROS-PRS
2. Au projet médical de l’établissement
3. Aux engagements inscrits dans le CPOM
4. Au projet médical partagé dans le cas d’un GHT[[3]](#footnote-3)

**DONNEES TECHNIQUES ET D’ORGANISATION ACTUELLES**

**I – LOCAUX ET EQUIPEMENTS ACTUELS**

1. **Identification de l’USIC** 
   1. **Présentation de l’USIC**

* Existence d’une unité individualisée : OUI ou NON

Si NON, de quelle unité l’USIC dépend ?

* Nombre de chambres :
* Nombre de lits actuellement reconnus :

- Existence d’un poste central de surveillance : OUI ou NON

Description :

- Les couloirs de circulation permettent-ils le passage d’un lit ou d’un appareil de radiologie mobile ? OUI ou NON

* 1. **Situation géographique et liaisons fonctionnelles avec les autres services**

*Joindre un plan de l’unité existante*

*Décrire le positionnement de l’USIC (bâtiment, niveau,…)*

1. **Equipements et matériels**

|  | **Présent pour chaque patient en USIC** | **Présent dans l’unité**  **(préciser la quantité)** | **Présent dans l’établissement** |
| --- | --- | --- | --- |
| Fluides médicaux |  |  |  |
| Pousse-seringues électriques |  |  |  |
| Pompes à perfusion |  |  |  |
| Module de mesure non invasive de pression artérielle |  |  |  |
| ECG numérisée 3 pistes |  |  |  |
| Module de pression invasive et de mesure de débit cardiaque |  |  |  |
| Module de surveillance ECG alarme et répétiteur central |  |  |  |
| Saturomètre |  |  |  |
| Défibrillateur externe |  |  |  |
| Chariot d’urgence |  |  |  |
| Respirateur de transport |  |  |  |
| Appareil de ventilation assistée |  |  |  |
| Respirateur permettant une assistance respiratoire durable |  |  |  |
| Appareil d’assistance cardiovasculaire par contre pulsion |  |  |  |
| ECMO |  |  |  |
| Autres….. |  |  |  |

1. **Environnement technique**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 24/7 | Sur place | Par convention avec : |
| Laboratoire de bactériologie, hématologie, biochimie, hémostase et gaz du sang | *OUI/NON* | *OUI/NON* |  |
| Radiologie conventionnelle | *OUI/NON* | *OUI/NON* |  |
| Echo-doppler avec mode M et sonde transoesophagienne | *OUI/NON* | *OUI/NON* |  |
| Scintigraphie | *OUI/NON* | *OUI/NON* |  |
| Scanographie | *OUI/NON* | *OUI/NON* |  |
| IRM | *OUI/NON* | *OUI/NON* |  |
| Angiographies pulmonaires et vasculaires | *OUI/NON* | *OUI/NON* |  |
| Coronarographies et angioplasties coronaires | *OUI/NON* | *OUI/NON* |  |
| Réanimation médicale | *OUI/NON* | *OUI/NON* |  |

1. **Filière avec les autres établissements de santé**

|  |  |
| --- | --- |
| **Etablissement disposant d’un** | **Nom** |
| Service de réanimation |  |
| Service de surveillance continue |  |
| Service de chirurgie cardiaque |  |
| Service de chirurgie vasculaire |  |
| Service de cardiologie interventionnelle type 1 (rythmologie) |  |
| Service de cardiologie interventionnelle type 2 (cardiopathies congénitales) |  |
| Service de cardiologie interventionnelle type 3  (coronarographie et angioplasties coronaires) |  |
| Service de cardiologie interventionnelle type 3 (TAVI) |  |

**II– PERSONNEL DE L’USIC ACTUEL**

**1. Personnel médical**

**Responsable(s) de l’USIC**

|  |  |
| --- | --- |
| **Prénom NOM** | **Qualification** |
|  |  |
|  |  |

**Médecins intervenant dans l’USIC**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Prénom NOM** | **Qualifications** | **N° RPPS** | **Quotité de travail** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Modalités d’organisation de la permanence et de la continuité des** **soins**

- Garde sur place : OUI ou NON

Si oui, sont-elles toutes assurées par les médecins de l’unité ?

- Astreinte opérationnelle : OUI ou NON

D*escription de la permanence des soins (nuits, week-ends, jours fériés)*

**2. Personnel soignant**

|  |  |
| --- | --- |
| **Qualification** | **ETP** |
| IDE cadre |  |
| IDE |  |
| ASQ |  |

* Ce personnel est-il dédié à l’USIC : OUI ou NON

Si NON, à quelle autre unité est-il rattaché ?

* Avec la création ou l’extension du nombre de lits d’USIC envisagez-vous des recrutements supplémentaires ? OUI ou NON

Si OUI : remplir le tableau

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Qualification** | **Nombre** | **ETP** |
| IDE cadre |  |  |
| IDE |  |  |
| ASQ |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre de personnes présentes dans l’unité** | **Jour** | **Nuit** |
| IDE cadre |  |  |
| IDE |  |  |
| ASQ |  |  |

1. **Autres professionnels intervenant dans l’USIC**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Personnel intervenant en USIC** | | | |
| **Qualification** | **ETP** | **Qualifications particulières, le cas échéant** | **Rattachement**  **à l’USIC** | **Rattachement**  **à l’établissement** |
| Secrétaire |  |  |  |  |
| Masseur kinésithérapeute |  |  |  |  |
| Psychologue ou psychiatre |  |  |  |  |
| Assistante sociale |  |  |  |  |
| Diététicien |  |  |  |  |
| Autre |  |  |  |  |

**III – MODALITES DE FONCTIONNEMENT ET ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE**

Existence d’organisations et procédures spécifiques à l’USIC (protocoles ou procédures d’admission, d’organisation des soins et de prise en charge des patients, protocoles de soins) : OUI ou NON

Si OUI, inscrire la liste :

**PROJET SPECIFIQUE LIE A LA DEMANDE D’EXTENSION DE L’USIC PAR RAPPORT A LA SITUATION EXISTANTE**

*(Par rapport à la situation existante décrite ci-dessus, préciser*

* *les évolutions éventuelles envisagées en termes* 
  + *de locaux,*
  + *de matériel,*
  + *de personnel,*
  + *d’organisation*
* *l’échéancier*
* *joindre un plan)*

**DONNEES D’ACTIVITE**

**DE L’ETABLISSEMENT, DE L’USIC, DE LA CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **2013** | **2014** | **2015** |
| Séjours totaux (hors séances) | | | |
| Nombre de séjours MCO réalisés |  |  |  |
| Nombre de journées réalisées |  |  |  |
| DMS des séjours |  |  |  |
| Séjours de médecine | | | |
| Nombre de séjours de médecine |  |  |  |
| DMS |  |  |  |
| Séjours de cardiologie médicale | | | |
| Nombre de séjours de cardiologie médicale |  |  |  |
| DMS |  |  |  |
| Séjours de chirurgie | | | |
| Nombre de séjours de chirurgie |  |  |  |
| DMS |  |  |  |
| Séjours de chirurgie cardiaque | | | |
| Nombre de séjours de chirurgie cardiaque |  |  |  |
| DMS |  |  |  |
| USIC | | | |
| Nombre de séjours |  |  |  |
| Nombre de journées |  |  |  |
| DMS |  |  |  |
| Taux d’occupation corrigé pour x lits |  |  |  |
| Nombre de patients ventilés |  |  |  |
| Nombre de décès en USIC |  |  |  |
| Age moyen |  |  |  |
| Age médian |  |  |  |
| Mode de sortie de l’USIC |  |  |  |
| Nombre de transferts en chirurgie cardio-vasculaire |  |  |  |
| Nombre de transferts en réanimation |  |  |  |
| Nombre de transferts en surveillance continue |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **USIC : 10 premiers diagnostics principaux (DP) en 2015**  **(les classer par ordre décroissant)** | | |
|  | Nombre de séjours | % |
| I200+0 - ANGOR INSTABLE AVEC ELEV. MARQUEURS BIOCH. [ENZYMES] MYOCARD. |  |  |
| I480 - FIBRILLATION AURICULAIRE PAROXYSTIQUE |  |  |
| I500 - INSUF. CARD. CONGESTIVE |  |  |
| I200 - ANGINE DE POITRINE INSTABLE |  |  |
| I481 - FIBRILLATION AURICULAIRE PERSISTANTE |  |  |
| I471 - TACHYCARDIE SUPRAVENTRICULAIRE |  |  |
| I501 - INSUF. VENTRICULAIRE GAUCHE |  |  |
| R073 - DOULEURS THOR., NCA |  |  |
| I2100 - INFARCTUS DU MYOCARDE ANT., P.E.C. INITIALE |  |  |
| I21100 - INFARCTUS DU MYOCARDE INF., P.E.C. INITIALE, INFARCTUS 24H OU MOINS |  |  |
| I21000 - INFARCTUS DU MYOCARDE ANT., P.E.C. INITIALE, INFARCTUS 24H OU MOINS |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **USIC : origine des patients hospitalisés en USIC** | | | | |
|  | 2014 | | 2015 | |
|  | Nombre de séjours | % | Nombre de séjours | % |
| **Île-de-France** |  |  |  |  |
| **Essonne** |  |  |  |  |
| **Val-de-Marne** |  |  |  |  |
| **Hauts-de-Seine** |  |  |  |  |
| **Seine-et-Marne** |  |  |  |  |
| **Paris** |  |  |  |  |
| **Yvelines** |  |  |  |  |
| **Seine-Saint-Denis** |  |  |  |  |
| **Val-d'Oise** |  |  |  |  |
| Hors Ile-de-France |  |  |  |  |
| Etranger |  |  |  |  |
| **Total général** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombres d’actes de cardiologie interventionnelle (annexe : codes CCAM)** | **2013** | **2014** | **2015** |
| Type 1 (rythmologie interventionnelle) soumis à autorisation et à seuil (50 actes/an) |  |  |  |
| Pace maker mono et double chambre (DELF005, DELF007) |  |  |  |
| Type 2 (cardiopathies congénitales) |  |  |  |
| Type 3 (autres cardiopathies de l’adulte) soumis à seuil (350 actes par an) |  |  |  |
| TAVI (DBLF001, DBLA004) |  |  |  |

**ENGAGEMENT DU DEMANDEUR**

Je soussigné, M. ou Mme…, m’engage :

* à ne pas modifier les caractéristiques du projet tel qu'il aura été reconnu
* à respecter les conditions techniques de fonctionnement telles que prévues dans le Code de Santé Publique
* à respecter les effectifs et la qualification des personnels
* à mettre en œuvre l'évaluation prévue par les textes et à en communiquer les résultats aux tutelles

Fait à ……… , le …..

Signature

Annexe : codes CCAM des actes de cardiologie interventionnelle mise à jour en 2014

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Code CCAM** | **Type** | **Seuil** | **Codes CCAM** | **Type** | **Seuil** | **Codes CCAM** | **Type** | **Seuil** |
| DENF014 | 1 | Seuil | DAAF001 | 2 | Seuil | DDAF001 | 3 | Seuil |
| DENF015 | 1 | Seuil | DAAF002 | 2 | Seuil | DDAF003 | 3 | Seuil |
| DENF017 | 1 | Seuil | DAAF003 | 2 | Seuil | DDAF004 | 3 | Seuil |
| DENF018 | 1 | Seuil | DAGF001 | 2 | Seuil | DDAF006 | 3 | Seuil |
| DENF021 | 1 | Seuil | DAMF001 | 2 | Seuil | DDAF007 | 3 | Seuil |
| DENF035 | 1 | Seuil | DASF001 | 2 | Seuil | DDAF008 | 3 | Seuil |
| DEPF004 | 1 | Seuil | DASF002 | 2 | Seuil | DDAF009 | 3 | Seuil |
| DEPF005 | 1 | Seuil | DASF003 | 2 | Seuil | DDAF010 | 3 | Seuil |
| DEPF012 | 1 | Seuil | DASF004 | 2 | Seuil | DDFF001 | 3 | Seuil |
| DEPF014 | 1 | Seuil | DBAF001 | 2 | Seuil | DDFF002 | 3 | Seuil |
| DEPF025 | 1 | Seuil | DBAF002 | 2 | Seuil | DDPF002 | 3 | Seuil |
| DEPF033 | 1 | Seuil | DBAF003 | 2 | Seuil | DASF005 | 3 | Hors seuil |
| DEEF001 | 1 | Hors seuil | DBAF004 | 2 | Seuil | DBLF001 | 3 | Hors seuil |
| DEEF002 | 1 | Hors seuil | DBAF005 | 2 | Seuil | DDLF001 | 3 | Hors seuil |
| DEGF001 | 1 | Hors seuil | DBSF001 | 2 | Seuil | DFNF001 | 3 | Hors seuil |
| DEGF002 | 1 | Hors seuil | DDSF001 | 2 | Seuil | DFNF002 | 3 | Hors seuil |
| DEGF003 | 1 | Hors seuil | DFAF001 | 2 | Seuil | DFSF001 | 3 | Hors seuil |
| DEGF004 | 1 | Hors seuil | DFAF002 | 2 | Seuil | DBLA004 | 3 | Hors Seuil |
| DEGF005 | 1 | Hors seuil | DFAF003 | 2 | Seuil |  |  |  |
| DEGF006 | 1 | Hors seuil | DFAF004 | 2 | Seuil |  |  |  |
| DELF006 | 1 | Hors seuil | DGAF001 | 2 | Seuil |  |  |  |
| DELF011 | 1 | Hors seuil | DGAF003 | 2 | Seuil |  |  |  |
| DELF012 | 1 | Hors seuil | DGAF004 | 2 | Seuil |  |  |  |
| DELF013 | 1 | Hors seuil | DGAF006 | 2 | Seuil |  |  |  |
| DELF014 | 1 | Hors seuil | DGAF007 | 2 | Seuil |  |  |  |
| DELF015 | 1 | Hors seuil | DGLF003 | 2 | Seuil |  |  |  |
| DELF016 | 1 | Hors seuil | EZGF001 | 2 | Seuil |  |  |  |
| DELF017 | 1 | Hors seuil |  |  |  |  |  |  |
| DELF018 | 1 | Hors seuil |  |  |  |  |  |  |
| DELF019 | 1 | Hors seuil |  |  |  |  |  |  |
| DELF020 | 1 | Hors seuil |  |  |  |  |  |  |
| DELF900 | 1 | Hors seuil |  |  |  |  |  |  |
| DELF901 | 1 | Hors seuil |  |  |  |  |  |  |
| DELF902 | 1 | Hors seuil |  |  |  |  |  |  |
| DELF903 | 1 | Hors seuil |  |  |  |  |  |  |
| DELF904 | 1 | Hors seuil |  |  |  |  |  |  |
| DELF905 | 1 | Hors seuil |  |  |  |  |  |  |
| DEPF006 | 1 | Hors seuil |  |  |  |  |  |  |
| DEPF010 | 1 | Hors seuil |  |  |  |  |  |  |
| DERF001 | 1 | Hors seuil |  |  |  |  |  |  |
| DERF002 | 1 | Hors seuil |  |  |  |  |  |  |
| DERF003 | 1 | Hors seuil |  |  |  |  |  |  |
| DERF004 | 1 | Hors seuil |  |  |  |  |  |  |

1. HC : Hospitalisation Complète [↑](#footnote-ref-1)
2. SMUR : Service Mobile d’Urgences et de Réanimation [↑](#footnote-ref-2)
3. GHT : Groupement Hospitalier de Territoire [↑](#footnote-ref-3)