

# ACTIVITES D'APPAREILLAGE (hors brûlés)

## Ateliers intégrés et sous-traitance<sup>1</sup>

Cette fiche concerne uniquement les établissements qui prennent en charge :

- des patients nécessitant un **appareillage orthopédique réalisé sur mesure**,
- en hospitalisation SSR (complète, partielle).

**Les consultations au bénéfice de patients non hospitalisés ne rentrent pas dans le champ de ce recueil.**

**La confection des orthèses de main (hors contexte des brûlés) entre dans le périmètre des plateaux techniques traités dans le fiche « PT – Fiche de synthèse ».**

### 1) NATURE DES APPAREILLAGES

Précisez les appareillages dont bénéficient les patients que vous prenez en charge :

- ☐ Prothèse du membre inférieur
- ☐ Prothèse du membre supérieur
- ☐ Corset
- ☐ Corset-siège (siège-coquille)
- ☐ Orthèse du membre inférieur
- ☐ Orthèse du membre supérieur (à l'exclusion des orthèses de main)
- ☐ Chaussures orthopédiques sur mesure

### 2) DESCRIPTION DES PRATIQUES

**Pour chaque type d'appareillage coché au point 1, précisez l'organisation mise en place au sein de votre établissement :** pour chaque étape du processus, cochez les cases correspondantes (**plusieurs cases peuvent être cochées simultanément**).

Etapes du processus	Modalités de réalisation	
	Réalisation par des professionnels salariés de l'établissement	Sous-traitance*
Prise d'empreinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confection et modifications du positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réalisation de l'appareillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adaptations, application	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien et réparations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Recours à des professionnels qui ne sont pas salariés de l'établissement.



Lorsque tout ou partie du processus d'appareillage est réalisée par des professionnels salariés de votre établissement, cette activité concerne-t-elle parfois des **patients pris en charge dans votre établissement en hospitalisation à domicile** ?

- ☐ OUI  
☐ NON

<sup>1</sup> Recours à des professionnels qui ne sont pas salariés de l'établissement (orthoprothésistes libéraux, professionnels exerçant au sein d'autres établissements, ...).

**3) DESCRIPTION DES ESPACES DEDIES A L'APPAREILLAGE****➤ NATURE DES LOCAUX**

Disposez-vous, au sein de votre établissement, pour les appareillages précisés au point 1,

♦ **d'une/de zone(s) de fabrication<sup>2</sup> ?**

☐ OUI → Surface de cette/ces zone(s) (m<sup>2</sup> SHON) .....[\_\_\_\_]

☐ NON

♦ **d'une/de zone(s) d'application et d'essayage<sup>3</sup> ?**

☐ OUI → Surface de cette/ces zone(s) (m<sup>2</sup> SHON).....[\_\_\_\_]

☐ NON

**➤ EQUIPEMENTS SPECIFIQUES – Conception Fabrication Assistée par Ordinateur**

♦ **Disposez-vous, au sein de votre établissement, d'équipements de CFAO ? .....OUI / NON**

▪ **Si OUI**, précisez la nature des équipements

☐ **Prise d'empreinte**

▪ Date d'acquisition de l'équipement (année).....[\_\_\_\_]

▪ Nom du fabricant et références ..... [\_\_\_\_]

☐ **Fraiseuse numérique**

▪ Date d'acquisition de l'équipement (année).....[\_\_\_\_]

▪ Nom du fabricant et références ..... [\_\_\_\_]

**4) ACTIVITE 2010 (réalisée au sein des ateliers intégrés ou sous-traitée)**

Pour chaque type d'appareillage précisé au point 1, indiquez les volumes d'activité considérés.

♦ **Prothèse du membre inférieur**

▪ Nb de patients ayant bénéficié d'un appareillage .....[\_\_\_\_]

▪ Nb d'emboitures réalisées .....[\_\_\_\_]

• dont nb d'emboitures réalisées par des professionnels salariés de l'établissement .....[\_\_\_\_]

♦ **Prothèse du membre supérieur**

▪ Nb de patients ayant bénéficié d'un appareillage .....[\_\_\_\_]

▪ Nb d'emboitures réalisées .....[\_\_\_\_]

• dont nb d'emboitures réalisées par des professionnels salariés de l'établissement .....[\_\_\_\_]

♦ **Corset** ..... • Nb de corsets réalisés.....[\_\_\_\_]

• dont nb de corsets réalisés par des professionnels salariés de l'établissement ...[\_\_\_\_]

♦ **Corset siège** ..... • Nb de corsets siège réalisés .....[\_\_\_\_]

• dont nb de corsets réalisés par des professionnels salariés de l'établissement ...[\_\_\_\_]

♦ **Orthèse membre inférieur** • Nb d'orthèses réalisées .....[\_\_\_\_]

• dont nb d'orthèses réalisées par des professionnels salariés de l'établissement .[\_\_\_\_]

♦ **Orthèse membre supérieur** • Nb d'orthèses réalisées .....[\_\_\_\_]

• dont nb d'orthèses réalisées par des professionnels salariés de l'établissement .[\_\_\_\_]

♦ **Chaussures orthopédiques** • Nb de paires de chaussures réalisées .....[\_\_\_\_]

• dont nb de paires réalisées par des professionnels salariés de l'établissement ...[\_\_\_\_]

<sup>2</sup> Salle de plâtre, salle de thermoformage et stratification, atelier de montage et rectification, réserve.

<sup>3</sup> Les vestiaires attenants doivent être inclus.

## 5) RESSOURCES HUMAINES DE L'ETABLISSEMENT<sup>4</sup> MOBILISEES POUR LA REALISATION DES ACTIVITES D'APPAREILLAGE<sup>5</sup>

Personnel assurant la réalisation d'une ou de plusieurs étapes du processus décrit au point 2<sup>6</sup>. Les activités de rééducation (réapprentissage de la marche par exemple) sont exclues.

	Personnel salarié, mis à disposition, intérimaire	
	Nb d'ETP rémunérés annuels	Montant des rémunérations <sup>7</sup> (salaires + charges)
<b>Personnel non médical</b>		
Orthoprothésiste		
Ouvrier orthoprothésiste		
Kinésithérapeute		
Autre : précisez		
<b>Personnel médical</b>		

## 6) ACHATS A CARACTERE MEDICAL

- ♦ Coût de **consommables** (vis, outils, ...) et de **matières premières**  
lié à l'activité des zones de fabrication et d'application-essayage (en €) .... [\_\_\_\_\_]
- ♦ Coût des **dispositifs médicaux** (« pièces détachées »)  
constitutifs des **appareillages** (notamment prothèses) (en €) ..... [\_\_\_\_\_]

<sup>4</sup> Personnels dont les charges de rémunération sont supportées par l'établissement.

<sup>5</sup> Le personnel d'entretien et de maintenance des équipements (machine outil, ...) et des locaux ne rentre pas dans ce cadre.

<sup>6</sup> Lorsque la fabrication de l'appareillage est sous-traitée, il convient de prendre en compte, le cas échéant, le temps consacré par les professionnels de l'établissement aux activités qu'ils mèneraient conjointement avec les intervenants externes (lors de la phase d'application par exemple).

<sup>7</sup> Ces données seront automatiquement renseignées en fonction de ce qui aura été déclaré dans la fiche « Caractéristiques générales de l'établissement ».

## 7) CHARGES LIEES AU MATERIEL EQUIPANT LES ZONES DE FABRICATION ET D'APPLICATION-ESSAYAGE (y compris équipements de CFAO)

### ➤ Charges annuelles (tous équipements confondus, y compris CFAO)

- ♦ Charges d'amortissement (en €) ..... [\_\_\_\_\_]
- ♦ Crédit-bail (en €) ..... [\_\_\_\_\_]
- ♦ Location (en €) ..... [\_\_\_\_\_]
- ♦ Entretien et maintenance : sous-traitance ou personnel salarié de l'étab<sup>8</sup> (en €) [\_\_\_\_\_]

### ➤ CFAO : valeur et modalités d'acquisition ou d'installation des équipements

#### ♦ PRISE D'EMPREINTE

- ☐ Location
- ☐ Crédit-bail
  - ♦ Valeur d'acquisition mentionnée dans le contrat (en €) [\_\_\_\_\_]
- ☐ Achat
  - ♦ Valeur d'acquisition<sup>9</sup> (en €) ..... [\_\_\_\_\_]
  - ♦ Durée d'amortissement retenue ..... [\_\_\_\_\_]
  - ♦ Type d'amortissement retenu
    - ☐ Linéaire
    - ☐ Autre : précisez ..... [\_\_\_\_\_]

#### ♦ FRAISEUSE NUMERIQUE

- ☐ Location
- ☐ Crédit-bail
  - ♦ Valeur d'acquisition mentionnée dans le contrat (en €)..... [\_\_\_\_\_]
- ☐ Achat
  - ♦ Valeur d'acquisition<sup>9</sup> (en €) ..... [\_\_\_\_\_]
  - ♦ Durée d'amortissement retenue ..... [\_\_\_\_\_]
  - ♦ Type d'amortissement retenu
    - ☐ Linéaire
    - ☐ Autre : précisez ..... [\_\_\_\_\_]

<sup>8</sup> Entretien et maintenance du matériel (fraiseuses, extracteur d'air, ...).

<sup>9</sup> Valeur d'acquisition hors ristournes et rabais.

**8) PRODUITS GENERES PAR L'ACTIVITE D'APPAREILLAGE**

- ♦ Recouvrement de factures émises directement auprès de l'assurance maladie au titre de la réalisation d'un appareillage définitif (en €) ..... [\_\_\_\_\_]
- Nb de patients correspondants.....[\_\_\_\_\_]
- Nature des appareillages considérés
  - Nb de prothèses de membre inférieur .....[\_\_\_\_\_]
  - Nb de prothèses de membre supérieur .....[\_\_\_\_\_]
  - Nb de corsets .....[\_\_\_\_\_]
  - Nb de corset-sièges.....[\_\_\_\_\_]
  - Nb d'orthèses de membres inférieurs.....[\_\_\_\_\_]
  - Nb d'orthèses de membres supérieurs.....[\_\_\_\_\_]
  - Nb de paires de chaussures orthopédiques.....[\_\_\_\_\_]
- ♦ Recouvrement de factures émises auprès d'autres étbts sous-traitant la réalisation d'appareillages provisoires (en €) ..... [\_\_\_\_\_]
- ♦ **Autres produits**<sup>10</sup> ..... [\_\_\_\_\_]

**9) CHARGES LIEES A LA SOUS-TRAITANCE DES ACTIVITES D'APPAREILLAGE**

Charges supportées par l'établissement dans le cadre des hospitalisations SSR qu'il assure. Il s'agit des factures (exprimées en nomenclature LPPR) émises par les intervenants externes (orthoprothésistes) et qui correspondent aux activités d'appareillage qui sont sous-traitées par l'établissement.

- ♦ Montant global des factures (en €) ..... [\_\_\_\_\_]
- ♦ Nb de patients..... [\_\_\_\_\_]

<sup>10</sup> Location de la zone d'application mise à disposition des orthoprothésistes externes, ....