

DIRECTION DES HOPITAUX
8, avenue de Ségur
75350 PARIS 07 SP
Sous-Direction de la qualité et du
fonctionnement des établissements de santé
Mission PMSI
DH/E3/PMSI/
Dossier suivi par : Christine BRONNEC
tél. 01.40.56.51.97
fax : 01.40.56.50.37
Email : rineau@moka.ccr.jussieu.fr

PMSI PSYCHIATRIE TEST FAISABILITE RECUEIL STANDARD

16 OCTOBRE – 12 NOVEMBRE 2000

GUIDE METHODOLOGIQUE DE PRODUCTION DES RESUMES HEBDOMADAIRES STANDARDISES (RHS)

SOMMAIRE

Introduction : objectif du test de faisabilité du recueil d'information standard

Chapitre I : Champ de production

Chapitre II : Loi du 6 janvier 1978

Chapitre III : Présentation du recueil temps complet – temps partiel

Chapitre IV : Volet Identifiant Patient, caractéristiques démographiques et sociales du patient, filière de soins

Chapitre V : Volet Mouvements

Chapitre VI : Le RHS – volet 1

Chapitre VII : Le RHS – volet 2 –Morbidité

Annexes

INTRODUCTION

OBJECTIF DU TEST DE FAISABILITE DU RECUEIL D'INFORMATION STANDARD

1) RAPPEL DU CONTEXTE

- **En décembre 1997 et janvier 1998**, une base de données a été recueillie dans une centaine d'établissements, sélectionnés par échantillonnage stratifié, afin de construire une classification médico-économique en psychiatrie.
- **La construction de cette classification, conjuguant analyse statistique et travail à dires d'experts s'est achevée en juin 2000.**
- Parallèlement l'exploitation de cette base de données a également permis de **définir le contenu et les modalités d'un recueil d'information standard** qui permette à partir de quelques variables caractérisant les patients et leur prise en charge, d'affecter ceux-ci à des classes de journées ou des classes d'actes homogènes du point de vue médico-économique.
- Ce recueil remplira donc pour le secteur de la psychiatrie la même fonction que celle du RSS (Résumé de Sortie Standardisé) en soins MCO (médecine chirurgie obstétrique).
- Il constituera le noyau commun obligatoire du système d'information médicalisée en psychiatrie, les établissements pouvant l'enrichir selon leurs besoins spécifiques.
- **La généralisation de ce recueil se déroulera à partir du second semestre 2001.** Elle concernera l'ensemble des établissements publics ou privés ayant une activité de psychiatrie, pour lesquels ce recueil sera rendu obligatoire.
- Avant de lancer le recueil, il est nécessaire de **régler et optimiser les modalités pratiques, les outils et consignes de remplissage.** C'est l'objectif du test qui sera réalisé dans **30 services du 16 octobre au 12 novembre 2000.**

2) CONTENU DU TEST

- Le test du recueil d'information standard porte sur les éléments suivants :
 - Définition, modalités et consignes de remplissage des différentes variables
 - Les différents supports et outils du recueil : guides général de production
- **Le test ne portera pas sur les applications informatiques que certains services pourraient choisir de développer.** Pour l'instant, il n'est pas prévu de mettre à disposition une application informatique particulière pour réaliser la saisie des informations dont le recueil sera obligatoire ; en revanche, **le groupage des**

informations (RHS d'une part et RIS-A d'autre part) sera réalisé par un « logiciel groupeur » qui à terme au moment de la généralisation devrait être mis à disposition des établissements.

- Ce test a été préparé avec les experts constituant le **groupe technique des travaux d'extension du PMSI à la psychiatrie** (voir annexe 1).

3) 30 SERVICES PARTICIPANT AU TEST

Les 30 services participant au test ont été proposés avec leur accord, par les représentants des fédérations d'établissements siégeant au **Comité de Suivi PMSI psychiatrie** (voir annexe 2). Ils ont été sélectionnés en concertation avec les membres du groupe technique et du Comité de Suivi au cours de la réunion du 27 juin 2000.

4) SESSION DE FORMATION LES 19, 20 et 21 SEPTEMBRE 2000 A PARIS

- Le test du recueil standard suppose la participation obligatoire à une session de formation **les 19, 20 et 21 septembre à PARIS**.
- **Deux personnes de chaque service** sélectionné pour effectuer le test doivent participer à cette session :
 - Un médecin
 - Et selon l'organisation du service : un cadre infirmier ou un autre soignant.
- De plus, les **médecins responsables de DIM** dans les établissements participant au test sont conviés à participer à la première journée de formation du 19 septembre.

5) PERIODE DE RECUEIL

- Le recueil se déroulera dans chaque service pendant 4 semaines consécutives : du **lundi 16 octobre au dimanche 12 novembre 2000**.
- **Le retour d'information à la Mission PMSI**, sous la forme de bordereaux papier (ou de fichiers informatiques, le cas échéant, pour les services qui auront choisi de développer une application informatique dédiée à ce test) **devra être effectué avant le 15 décembre 2000**.
- Les établissements auront ainsi un mois pour consolider leurs données. Les médecins responsables du test dans les 30 services devront également adresser à la Mission PMSI **leur document d'évaluation** (document destiné à colliger les suggestions) **pour le 30 novembre au plus tard**.

- En cas de difficultés de recueil ou de codage rencontrées par les établissements, la Mission PMSI, le CTIP (Centre de Traitement pour l'Information du PMSI) ainsi que les membres du groupe technique formateurs au test (voir annexe 3) sont à leur disposition.
- Les demandes s'adressant à la Mission PMSI ou au CTIP pourront être effectuées par téléphone, par télécopie ou par e.mail. Pour les autres formateurs, les demandes d'assistance devront être réalisées exclusivement par télécopie.

6) MODALITES DIVERSES

- Pour se conformer aux exigences de la CNIL et à la loi du 6 janvier 1978, **les services participant au test doivent informer les patients de l'existence d'un recueil d'informations les concernant.** Cette information pourra se faire par voie de remise de document informatif remis au patient ou par voie d'affichage. Un modèle possible du type d'information à délivrer figure dans l'encadré ci-dessous :

Nous vous informons qu'à compter du 16 octobre et pour une période d'un mois, le service qui vous a pris en charge participe à un test de réglage mis en œuvre par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, afin de finaliser les modalités d'application du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.

Il est possible que des informations médico-administratives vous concernant soient recueillies dans le cadre de ce test. Toutefois, votre nom n'apparaîtra en aucune manière dans les documents destinés à être envoyés au Ministère.

Nous vous remercions de votre coopération et nous vous rappelons que votre médecin se tient à votre disposition pour vous fournir tout renseignement complémentaire.

- Le recueil de cette base de données fera l'objet par la Direction des Hôpitaux, d'une **demande d'avis à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.**
- Les renseignements transmis ne seront en aucun cas utilisés à des fins de contrôle fiscal ou de répression économique sur les unités enquêtées.

7) REMARQUE

Les chapitres I (paragraphe 1, 2, 3, 5) et surtout II (le recueil au regard de la loi du 6 janvier 1978) sont d'ores et déjà rédigés plus spécifiquement en vue de la généralisation du recueil en 2001.

Chapitre I

CHAMP DE PRODUCTION

- Le **champ** des établissements et secteurs/services mettant en œuvre des activités de psychiatrie, concernés par la production des Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS) et des Résumés d'Informations Standardisés pour l'ambulatoire (RIS-A) est **défini à partir de différents critères caractérisant les établissements de santé dans les nomenclatures des établissements sanitaires et sociaux**¹.
- Les établissements et services répondant simultanément aux différents critères décrits ci-après sont concernés par la production des RHS et/ou des RIS-A.
- Certains critères sont communs (4 premiers) à la production des RHS et des RIS-A ; alors que le dernier critère qui est le TYPE D'ACTIVITE est le critère différenciant les champs respectifs de production des RHS et des RIS-A :

CHAMP DE PRODUCTION des RESUMES HEBDOMADAIRES STANDARDISES (RHS)	CHAMP DE PRODUCTION des RESUMES D'INFORMATION STANDARDISES (RIS-A)
NIVEAU GEOGRAPHIQUE (cf ci-après)	
NIVEAU ENTITE JURIDIQUE / ETABLISSEMENT (cf ci-après)	
NIVEAU CATEGORIE ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS (cf ci-après)	
NIVEAU DISCIPLINE SANITAIRE (cf ci-après)	
NIVEAU TYPES d'ACTIVITE pour la production des RHS	NIVEAU TYPES d'ACTIVITE pour la production des RIS-A

1) NIVEAU GÉOGRAPHIQUE

¹ Publications : Nomenclatures des établissements sanitaires et sociaux - NODESS 1990 - Les qualificatifs des établissements sanitaires et sociaux (BO N° 90 -13 bis et 91-7 bis - Ministère des affaires sociales et de la solidarité) ;

FINESS 3 - Nomenclatures et codifications - (septembre 1995 - SESI - Ministère de la Santé publique et de l'assurance maladie).

- **France Métropolitaine et DOM**

2) NIVEAU DE RECUEIL entité/établissement

- **"Entité juridique"** pour :
 - . **les structures de statut juridique public,**
 - . **à l'exception de celles qui, sur dérogation de l'autorité de tutelle, sont autorisées à réaliser un recueil au niveau établissement ou groupe hospitalier.**
- **"Établissement"** pour :
 - . **les établissements de santé privés** (y compris ceux à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier et qui ont comme mode de fixation de tarif le budget global),
 - . **les structures de statut public qui, sur dérogation de l'autorité de tutelle, sont autorisées à réaliser un recueil au niveau établissement ou groupe hospitalier.**

3) CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENT

- **Établissements hospitaliers** (agrégat de code "catégorie d'établissement" : 1100)
- **Autres établissements relevant de la loi hospitalière** (agrégat de code "catégorie d'établissement" : 1200) : comprenant les "traitements et soins à domicile", la "dialyse ambulatoire"², les "autres établissements relevant de la loi hospitalière" c'est-à-dire hôpital militaire, établissement thermal, syndicat interhospitalier, autre établissement soumis aux dispositions de la loi hospitalière).

² Remarque : Les séances de dialyse réalisées dans des services de soins de courte durée relèvent du champ de production des Résumés de Sortie Standardisés (RSS), tel que défini dans le Bulletin Officiel 96/13 *bis* (Additif au guide méthodologique de production des Résumés de Sortie Standardisés).

4) TYPES D'ACTIVITÉ

- Le champ de production des RHS correspond à 10 types d'activité fondés sur les définitions de la SAE et sur les définitions des structures de l'arrêté du 14 mars 1986.

- 1 - **Hospitalisation complète** (code SAE 03) **en unité d'hospitalisation à temps complet ou au SMPR, hospitalisation de semaine** (code SAE 20) en unité d'hospitalisation à temps complet,
- 2 – a **Hospitalisation complète en centre de post-cure** (code SAE 38),
- 2 – b **Hospitalisation complète en appartement thérapeutique** (code SAE 37),
- 2 – c **Hospitalisation complète en centre de crise ou centre d'accueil permanent** (code SAE 39),
- 3 – a **Hospitalisation à domicile** (code SAE 06),
- 3 – b **Accueil familial thérapeutique** (code SAE 24),
- 3 – c **Séjour thérapeutique ou séjour de rupture sans accompagnement spécialisé** (code SAE 25),
- 4 - **Hospitalisation de nuit** (code SAE 05),
- 5 - a **Hospitalisation de jour** (code SAE 04),
- 5 – b **Accueil de jour** (code SAE 21)

- Les rubriques à remplir et les consignes de remplissage du RHS (partie hebdomadaire du recueil d'information standard) seront fonction du type d'activité 1, 2, 3, 4, ou 5 ci-dessus.

- Le champ de production des RIS-A (et RAS-G) correspond à 3 types d'activité fondés sur les définitions de la SAE : **Traitements et cures ambulatoires** (code SAE 19), **Prestations sur le lieu de vie** (code SAE 16), **consultations et soins externes** (code SAE 07).

4-1) Définition selon la SAE des types d'activité correspondants au champ de production des RHS :

- **Hospitalisation complète** (code type d'activité 03) : *"Qualifie l'activité des unités et services qui accueillent et hébergent les malades, blessés et femmes enceintes, et qui se caractérisent par un équipement en lits d'hospitalisation et par des équipes médicales et paramédicales assurant le diagnostic, les soins et la surveillance".*

- **Hospitalisation de semaine** (code type d'activité 20) : *"Qualifie l'activité des unités hospitalières ayant des moyens affectés (lits, personnels, ...) qui programment des séjours de 2 à 5 jours consécutifs (du lundi au vendredi)".*

- **Accueil en centre de post cure** (code type d'activité 38) :

- **Accueil en appartement thérapeutique** (code type d'activité 37)³ :

- **Accueil en centre de crise** (code type d'activité 39) :

- **Hospitalisation à domicile** (code type d'activité 06) : *"Qualifie l'activité des unités et services qui assurent un suivi de soins et de traitements à domicile à des personnes ayant le plus souvent séjourné à l'hôpital mais dont l'état ne nécessite plus cette infrastructure.*

"L'hospitalisation à domicile est une structure de soins intermédiaires entre les établissements hospitaliers et les diverses formes de soins ambulatoires. Elle vise à éviter, en maintenant le malade dans son cadre de vie habituel, le placement en milieu hospitalier. "

- **Accueil familial thérapeutique** (code type d'activité 24) : *"Activité d'accueil dans un milieu familial, substitut de la famille de la personne prise en charge. Un suivi thérapeutique est assuré au patient, au sein de la famille d'accueil. "*

- **Hébergement temporaire de week-end ou de vacances** (code type d'activité 25) : *"Qualifie les prestations servies dans toute structure d'hébergement, établissement d'accueil ou famille d'accueil. Les disciplines de prestations peuvent être de nature différentes. Ce type d'hébergement implique la présence, pendant la fin de semaine ou les vacances, de la clientèle à qui la prestation est servie. "*

- **Hospitalisation de nuit** (code type d'activité 05) : *"Qualifie l'activité des unités et services qui accueillent et traitent les malades dont l'état n'exige qu'une hospitalisation limitée à la période nocturne".*

- **Hospitalisation de jour** (code type d'activité 04) : *"Qualifie des unités hospitalières qui effectuent pendant la seule journée (donc sans hébergement nocturne) de façon programmée et concentrée sur une durée de moins de 24 heures :*

1) des investigations spécialisées à visée diagnostique faisant l'objet d'une synthèse médicale,

³ Les TA 37, 38, 39 sont envisagés dans la refonte de la SAE

- 2) des actes thérapeutiques,
- 2) des traitements médicaux séquentiels délicats comprenant un protocole astreignant,
- 4) des traitements de réadaptation fonctionnelle,
- 5) une surveillance médicale.

Commentaire : L'activité en hospitalisation de jour nécessite le soutien de l'ensemble du plateau technique hospitalier⁴. En effet, la durée et l'importance de l'activité médicale en hospitalisation de jour dépassent celles des consultations et soins externes⁵.

Néanmoins, les prestations délivrées en hospitalisation de jour équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent, à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet.

Exclus de cette rubrique :

les actes de chirurgie pratiqués dans un laps de temps inférieur à 24 h. De même tout acte médical ou d'investigation pratiqué sous anesthésie au sens de l'article 22 de la NGAP ;

les services de suppléance aux insuffisants chroniques, y compris les services de soins spécialisés à domicile qui relèvent du code 19 "traitements et cures ambulatoires".

- Accueil de jour (code type d'activité 21) : *"Qualifie les activités d'accueil sans hébergement, visant à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien. Ces actions peuvent prendre la forme de thérapie de groupe. Ce type d'activité concerne notamment les CATTP et les ateliers thérapeutiques."*

4-2) Définitions selon la SAE des types d'activité correspondants au champ de production des RIS-A :

- Traitements et cures ambulatoires (code type d'activité 19) : *"Qualifie en règle générale toute activité de soins ambulatoires visant à une réhabilitation polyvalente ou à une orientation. Dans le cadre hospitalier, seront qualifiées de "traitements et cures ambulatoires" les activités faisant référence à un schéma thérapeutique déterminé.
Exemples : dialyse en néphrologie"*

N.B. : l'hospitalisation de jour (04) ou l'accueil de jour (21) sont des notions voisines : toutefois, la distinction est importante puisque les hospitalisations et accueils de jour entraînent la production de RHS alors que les traitements et cures ambulatoires entraînent la production de RAS.

- Prestations sur le lieu de vie (code type d'activité 16) : *"Qualifie les activités des établissements et services intervenant sur le lieu de vie des personnes prises en charge : domicile, institution, cadre de vie habituel. "*

Les fonctions remplies sont les suivantes :

- soins à domicile ou en institution (soins et éducation spécialisée aux enfants handicapés, soins à domicile pour personnes âgées) ;

⁴ en l'occurrence en psychiatrie, il s'agit du soutien de l'ensemble ou d'une grande partie de l'équipe de soin

⁵ En particulier, le choix de la présence du patient dans un environnement institutionnel sécurisant fait partie d'un projet thérapeutique personnalisé.

- éducation générale et/ou professionnelle et soins pour enfants handicapés ;
- observation, orientation en milieu ouvert (activité des équipes de préparation et de suite de reclassement) ;
- animation de la vie sociale, actions socio-éducatives ;
- restauration et ensemble des activités ménagères.

N.B. : à distinguer de l'hospitalisation à domicile (06) et des traitements et cures ambulatoires (19).

- **consultations, soins externes** (code type d'activité 07) :

"Qualifie l'activité des consultations médicales (y compris pratique libérale), des consultations externes des hôpitaux, de la médecine systématique de dépistage, de la médecine préventive, des soins externes dans les cliniques privées".

Ne sont comptées en "consultations externes " que les consultations médicales facturées ou exonérées effectuées hors du cadre de la sectorisation psychiatrique. En effet, les consultations médicales effectuées dans le cadre de la sectorisation psychiatrique sont déjà comptabilisées dans les " traitements et cures ambulatoires".

- **consultations faites auprès des patients hospitalisés en médecine / chirurgie / obstétrique / SSR / long séjour dans le cadre du travail de liaison organisé par le secteur de psychiatrie.**

- Afin de délimiter les champs respectifs de production des RHS et des RIS-A, en fonction du type d'activité et compte tenu des activités de sectorisation psychiatrique gérées par les établissements hospitaliers, le tableau ci-après fait la correspondance, lorsqu'il y a lieu, entre le **type d'activité tel que défini par SAE**, le **type de prise en charge décrit par les rapports annuels de secteur** et les **structures de la sectorisation psychiatrique décrites dans l'arrêté du 1er mars 1986**.
- Ce tableau indique, compte tenu de ces éléments, dans quel champ de production RHS ou RIS-A, se situe l'activité en question.

Type d'activité SAE	Type de prise en charge rapports annuels de secteur	Structure énoncée dans l'arrêté du 14 mars 1986	Champ de production : RHS ou RIS- A
Hospitalisation complète (code 03)	Hospitalisation plein temps (PT)	unités d'hospitalisation à temps complet	RHS
Hospitalisation complète (code 38)	Accueil et soins de post-cure ou de réadaptation (PC)	centres de post-cure	RHS
Hospitalisation complète (code 37)	Accueil et soins en appartement thérapeutique (AT)	appartement thérapeutique	RHS
Hospitalisation complète (code 03)	Hospitalisation au SMPR avec permanence de l'équipe soignante (PTS)		RHS
Hospitalisation complète (code 03)	Hospitalisation au SMPR (HTS)		RHS
Hospitalisation complète (code 39)	Accueil et soins à temps complet autres (AP)	centres d'accueil permanent* centres de crise*	RHS
Hospitalisation à domicile (code 06)	Hospitalisation à domicile (HD)		RHS
Hospitalisation de semaine (code 20)	cf hospitalisation complète (1ère ligne)		RHS
Accueil familial thérapeutique (code 24)	Placement familial thérapeutique (PF)	Service d'accueil familial thérapeutique	RHS
Hébergement temporaire week-end vacances (code 25) (correspond au séjour thérapeutique)	Accueil et soins à temps complet autres (AP)		RHS
Hospitalisation de nuit (code 05)	Hospitalisation de nuit (NU) Hospitalisation de nuit au SMPR (NUS)	hôpital de nuit	RHS
Hospitalisation de jour (code 04)	Hospitalisation de jour (JO) Hospitalisation de jour (JOS)	hôpital de jour	RHS
Accueil de jour (code 21)	accueil et soins en atelier thérapeutique (TT) accueil et soins en CATTP (CA) accueil et soins à temps partiel autres (AJ) accueil et soins en atelier thérapeutique au SMPR (TTS) accueil et soins en atelier thérapeutique en autre établissement de détention (TTA) activité thérapeutique en structure extérieure à la prison (TTX) activité thérapeutique à temps partiel au SMPR (ATS) activité thérapeutique à temps partiel en autre établissement de détention (ATA) activité thérapeutique à temps partiel en structure extérieure à la prison (ATX)	CATTP* atelier thérapeutique	RHS

* Ces 3 structures sont citées dans les 2 tableaux car elles sont susceptibles de donner lieu à la production de RHS d'une part et de RIS-A d'autre part

Type d'activité SAE	Type de prise en charge rapports annuels de secteur	Structure énoncée dans l'arrêté du 14 mars 1986	Champ de production : RHS ou RIS-A
Traitements et cures ambulatoires (code 19) Consultations et soins externes (code 07)	soins en CMP (CO), soins ambulatoires autres (AA) entretien d'accueil par le SMPR (EAS) soins et interventions au SMPR (COS) soins et interventions en établissement pénitentiaire d'implantation (COE) soins et interventions au quartier disciplinaire (COD) soins et interventions en autre établissement pénitentiaire (COA) soins et interventions en structure extérieure à la prison (COX) soins en unités d'hospitalisation somatique (SU) soins en établissement médico-éducatif (ME) soins en PMI (MI) soins en milieu scolaire ou de formation (MS)	CMP unités de consultation centre d'accueil permanent*, centre de crise ⁶ *, CATTP*	RIS-A
Prestations sur le lieu de vie (code 16)	soins et interventions à domicile (SD) soins et interventions en institution substitutive du domicile (SI)		RIS-A

* Ces 3 structures sont citées dans les 2 tableaux car elles sont susceptibles de donner lieu à la production de RHS d'une part et de RIS-A d'autre part

⁶ centre d'accueil permanent (CAP) et centre de crise : structures assurant l'hospitalisation comme les soins ambulatoires d'après la définition dans l'arrêté du 14 mars 1986. Les CAP sont des CMP habilités à répondre à l'urgence psychiatrique, ouverts 24 h sur 24, disposant notamment d'une permanence téléphonique reliée avec les organismes d'aide médicale urgente et organisant l'accueil, l'orientation et, le cas échéant, les *soins d'urgence ambulatoires* et à domicile nécessaires. Ces centres peuvent comporter quelques lits pour des prises en charge ne pouvant dépasser 48 heures.

5) GRANDS GROUPES DE DISCIPLINES SANITAIRES

Chapitre II

LE RECUEIL AU REGARD DE LA LOI DU 6 JANVIER 1978⁷

- Le recueil d'information standard "PMSI PSYCHIATRIE" est un **recueil indirectement nominatif qui contient des données médicales protégées par le secret médical**. En conséquence, son contenu ne peut être porté qu'à la seule connaissance des acteurs légalement ou réglementairement autorisés et des personnels travaillant sous leur responsabilité.

- La création de fichiers et le traitement des données du **Résumé Hebdomadaire Standardisé (RHS)** et du **Résumé d'Information Standardisé pour l'ambulatoire (RIS-A)** doivent être soumis à l'avis préalable de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

- La conservation des **RHS et de RIS-A par les établissements est obligatoire**. Celle-ci est en effet indispensable aux contrôles et à la production de statistiques par unité médicale. La durée et le format de conservation des RHS et des RIS-A seront fixés par voie réglementaire.

- La transmission des informations contenues dans le RHS et le RIS-A à des acteurs autres que ceux autorisés (notamment aux services déconcentrés de l'État) s'opèrera sur la base de données agrégées et anonymes ou
 - ✓ **Résumés Hebdomadaires Anonymes (RHA)** obtenus en transformant les Résumés Hebdomadaires Standardisés.
 - ✓ **et Résumés d'Information pour l'Ambulatoire Anonymes (RIA)** obtenus en transformant les Résumés d'Informations Standardisés.

- Le format des **RHA et des RIA, les modalités et délais de leur transmission aux services déconcentrés de l'État** seront définis ultérieurement par arrêté.

⁷ Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Chapitre III

PRÉSENTATION DU RECUEIL TEMPS COMPLET - TEMPS PARTIEL

**activités autres que traitements et cures ambulatoires,
prestations sur le lieu de vie**

1) POUR CHAQUE SÉJOUR, "N" RÉSUMÉ(S) HEBDOMADAIRE(S) STANDARDISÉ(S)

- Le recueil d'information standard "PMSI Psychiatrie" se compose d'informations relatives à la prise en charge administrative et médicale du patient :

. 1 volet "Identifiant patient" décrivant les caractéristiques démographiques du patient, les caractéristiques sociales du patient à l'entrée du séjour, la filière de soins et le type d'activité.

. 1 volet "Mouvements" uniquement pour les patients pris en charge en hospitalisation complète, de semaine (types d'activité 1, 2, 3).

Ce volet n'est renseigné :

- ◇ ni pour les patients pris en charge en hospitalisation de jour, en accueil de jour (type d'activité 5) ;
- ◇ ni pour les patients pris en charge en hospitalisation de nuit (type d'activité 4).

. "N" Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS) de type 1 décrivant les caractéristiques de dépendance du patient ainsi que des "marqueurs" de sa prise en charge au cours de chaque semaine.

. "N" Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS) de type 2 décrivant les caractéristiques de morbidité au cours de chaque semaine.

- Ce recueil consiste donc à résumer le séjour non pas dans sa globalité mais par tranche de 7 jours.

Ainsi, compte tenu de la durée moyenne d'une hospitalisation complète en unité à temps complet de psychiatrie qui s'élève à 58 jours, un séjour en hospitalisation à temps plein génère en moyenne 8 RHS.

- En cas d'hospitalisation d'un parent et de son enfant (par exemple dans une unité mère-bébé) :

- ✓ soit la prise en charge est une prise en charge double, dans ce cas le parent et l'enfant font chacun l'objet d'un recueil individualisé (avec identification propre à chacun et numéro de séjour propre à chacun),

- ✓ soit il s'agit de la prise en charge de l'un des deux personnes de la dyade et l'autre est hébergé en tant qu'accompagnant (mère hébergée alors que l'enfant est hospitalisé ou enfant hébergé alors que la mère est hospitalisée), dans ce cas seul le sujet hospitalisé (mère ou enfant) fait l'objet d'un recueil.

2) CHAQUE RHS FAIT L'OBJET D'UN CLASSEMENT DANS UN "GROUPE HOMOGÈNE DE JOURNÉES"

- Dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), **chaque Résumé Hebdomadaire Standardisé (RHS) fait l'objet d'un classement dans un "Groupe Homogène de Journées" (GHJ)** selon "l'algorithme de la classification" spécifique à la psychiatrie (voir documents présentant la classification⁸).

- La **classification médico-économique "PMSI psychiatrie", ou "classification des Groupes Homogènes de Journées"**, est un outil permettant de classer chaque RHS, en fonction des informations qu'il contient, dans un et un seul GHJ.

- **"L'algorithme de la classification"** constitue l'ensemble des tests successifs réalisés par le **"logiciel groupeur"** sur les informations contenues dans le RHS et conduisant au classement de celui-ci :

- . en premier lieu dans un grand groupe, appelé **"Catégorie Majeure Diagnostique" (CMD)**,
- . et ensuite dans un Groupe Homogènes de Journées.

Il existe un **"arbre de décision" par Catégorie Majeure Diagnostique**. L'ensemble de ces arbres de décision constitue l'algorithme de la classification.

- La version 1 de la classification PMSI psychiatrie comporte x Catégories Majeures Diagnostiques qui sont les suivantes :
- Par ailleurs, la version 1 de la classification comporte une catégorie « 3 ans et moins » : l'orientation dans cette catégorie est commandée non pas par un diagnostic mais par la mention de l'âge du patient égal ou inférieur à 3 ans. La recherche du critère d'orientation dans cette catégorie précède les tests portant sur les diagnostics, qui conduisent à l'orientation dans l'une des catégories majeures diagnostiques.
- pour l'hospitalisation complète ou de semaine en unité à temps complet ou au SMPR, 237 GHJ présentant une homogénéité diagnostique et économique.

⁸ Manuel des Groupes Homogènes de Journées - PMSI psychiatrie (Volume 1 : Principes de construction de la classification ; volume 2 : Description de la classification)

- pour l'hospitalisation de jour - accueil de jour, 144 GHJ présentant une homogénéité diagnostique et économique.

3) CONSIGNES GÉNÉRALES DE REMPLISSAGE

- Les **rubriques sans objet** sont **remplies de zéro** (pour les distinguer des rubriques pour lesquelles il n'y a pas de réponse alors qu'elles ne sont pas sans objet).

Exemple d'une rubrique sans objet : diagnostic somatique si le patient n'a pas d'affection somatique significative.

- Sur le questionnaire papier, un **papillon, situé en haut de chaque bordereau**, identifie chaque patient et est destiné à faciliter l'organisation du recueil et à consolider les informations au sein de l'établissement. **Ce papillon, qui comporte les nom et prénom des patients, devra impérativement être découpé avant retour des questionnaires à la mission PMSI.**
- Sur chaque bordereau doivent être reportés dans le cadre en haut à gauche, **le N° FINESS, le N° d'unité médicale, le N° patient et le N° de séjour.**

4) NUMÉRO FINESS

- Le "**Numéro FINESS**" est le numéro de la structure. Dans le "Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux", les structures de santé sont identifiées par deux numéros :

. l'un concernant l'entité juridique à laquelle elles sont rattachées,

. et l'autre concernant l'établissement.

- Inscrire :

- . le numéro de l'entité juridique pour les structures au niveau entité juridique,
- . le numéro de l'établissement pour les structures au niveau établissement (voir paragraphe 2 "Niveau de recueil" du 1er chapitre "Champ de production des Résumés Hebdomadaires Standardisés").

5) NUMERO D'UNITE MEDICALE

- On désigne par **"Unité médicale"** un **ensemble individualisé de moyens assurant des soins aux malades**, repéré par un code spécifique dans une nomenclature déterminée par l'établissement.

- Le **"Numéro d'unité médicale"** est toujours celui de l'unité dans laquelle se situe le lit de psychiatrie ou la place de psychiatrie du patient, y compris lorsque l'équipe médicale qui assure la prise en charge est rattachée à une unité différente⁹.

- Dans les établissements publics et dans certains établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), le "Numéro d'unité médicale" correspond à une "unité fonctionnelle"¹⁰ ou à un groupe d'unités fonctionnelles (quelle que soit sa dénomination dans l'établissement : "unité fonctionnelle", "service", "département", "fédération" etc...).

Ce "Numéro d'unité médicale" peut, selon l'organisation interne de l'établissement, recouvrir ou non un "Type d'activité" (hospitalisation complète, hospitalisation de jour etc...).

- Dans les autres établissements privés, l'unité médicale peut être par exemple assimilée à la discipline médico-tarifaire, voire à l'établissement.

6) NUMERO DU PATIENT

- Ce **numéro, attribué à chaque patient pour les seuls besoins du test, est un numéro d'ordre aléatoire ou séquentiel**, qui ne doit pas correspondre pour des raisons de confidentialité au numéro d'assuré social du patient.

7) "NUMÉRO DE SÉJOUR PSYCHIATRIE" DU PATIENT

⁹ Il est évident que pour leur gestion interne, les établissements, dans ce cas de figure, ont intérêt à repérer ces deux notions.

¹⁰ Une unité fonctionnelle est une structure élémentaire de prise en charge des malades par une équipe soignante, identifiée par sa fonction et son organisation.

Les consignes ci-après visent à faire numéroté les séjours indépendamment des éventuelles prises en charge intercurrentes donnant lieu, non pas à des RHS mais à des RIS-A, c'est à dire les « traitements et cures ambulatoires », « consultations et soins externes » et les « prestations sur le lieu de vie », activités pour lesquelles il y a production d'un Résumé d'Information Standardisé Ambulatoire.

- Ce numéro, attribué à chaque séjour d'un patient dans une unité de psychiatrie, est un **numéro d'ordre aléatoire ou séquentiel qui ne doit pas correspondre, pour des raisons de confidentialité, au numéro d'hospitalisation du patient mentionné dans son dossier administratif.**

- **Son attribution est placée sous la responsabilité du médecin chargé de l'information médicale** qui conserve une table de correspondance entre les deux numéros ou entre le "Numéro de séjour PSYCHIATRIE", attribué au patient dans le cadre du recueil, et son identité.

- **Si un patient fait l'objet de plusieurs séjours psychiatriques en hospitalisation complète (ou de semaine) au sein de la même structure, un "Numéro de séjour psychiatrie" est attribué à chacune de ses hospitalisations** (voir schéma illustratif en annexe 4).

Par exemple, un patient ayant trois hospitalisations complètes (ou de semaine) dans une structure au cours d'une année (l'une d'un mois en janvier, une autre de trois semaines en avril et la dernière de deux semaines en octobre) fait l'objet de trois "Numéros de séjours psychiatrie" au cours de cette année.

- **En revanche, si un patient est pris en charge en "Hospitalisation de jour"¹¹, un même séjour (et par conséquent un même "Numéro de séjour psychiatrie") peut recouvrir des prises en charges discontinues.**

Par exemple, si un patient est pris en charge en hospitalisation de jour 3 jours par semaine, interrompt ce protocole pendant deux semaines (au cours desquelles il part en vacances) puis revient afin de poursuivre son traitement, la structure enquêtée est, selon son mode de gestion, libre d'attribuer :

** un seul "Numéro de séjour psychiatrie" recouvrant cette prise en charge discontinuée,*

** ou deux "Numéros de séjour psychiatrie" attribués respectivement à chacune de ces deux séquences.*

- **De même, si un patient est pris en charge en "Hospitalisation de nuit", un même séjour (et par conséquent un même "Numéro de séjour psychiatrie") peut recouvrir des prises en charges discontinues.**

¹¹ Par commodité, on entend ici par "hospitalisation de jour" l'hospitalisation de jour et l'accueil de jour.

- **En tout état de cause, des venues élémentaires (en hospitalisation de jour, en accueil de jour, en hospitalisation de nuit) réalisées au cours de la même semaine ne peuvent donner lieu à plusieurs "Numéros de séjour psychiatrie", dès lors qu'il n'y a pas rupture de la prise en charge par un autre type d'hospitalisation (voir schéma illustratif page en annexe 4).**

Par exemple, un patient pris en charge en hospitalisation de jour le lundi et le vendredi d'une même semaine ne peut faire l'objet que d'un seul "Numéro de séjour psychiatrie".

- **Si un patient change de "Type d'activité"¹² au sein du champ psychiatrie de la même structure, deux situations sont possibles :**

- **Soit il s'agit d'un changement de type d'activité entre les activités 1, 2, 3 relatives à l'hospitalisation complète et les activités 4, 5 : dans ce cas, un nouveau "Numéro de séjour psychiatrie" lui est attribué** (voir schéma illustratif page en annexe 4) y compris si le patient alterne des hospitalisations de jour et des hospitalisations de nuit.

Dans le cadre du recueil PMSI psychiatrie, l'hospitalisation de semaine est assimilée à l'hospitalisation complète. Par conséquent, le passage de l'un à l'autre de ces "Types d'activité" au sein de la structure enquêtée n'entraîne pas de changement de "Numéro de séjour psychiatrie".

Exemples :

. Si un patient est pris en charge en hospitalisation complète du jeudi 9 avril 1998 au samedi 25 avril 1998 et qu'il passe la semaine suivante en hospitalisation de jour (au sein de la structure enquêtée), deux "Numéros de séjours psychiatrie" lui seront attribués :

- * l'un pour sa prise en charge en hospitalisation complète,*
- * et l'autre pour celle en hospitalisation de jour.*

. Si la prise en charge d'un patient en hospitalisation de jour les lundi 6 et mardi 7 avril 1998 est interrompue par un passage en hospitalisation complète les mercredi 8 et jeudi 9 avril pour ensuite être reprise le vendredi 10 avril 1998 (au sein de la structure enquêtée), trois "Numéros de séjours psychiatrie" lui seront attribués :

- * un pour sa prise en charge en hospitalisation de jour en début de semaine,*
- * un pour son hospitalisation complète de 2 jours,*
- * un dernier pour sa reprise d'hospitalisation de jour le vendredi.*

- **Soit il s'agit d'un changement de type d'hospitalisation complète, par conséquent entre les types d'activité 1, 2, et 3 (par exemple, passage d'une hospitalisation en unité temps plein à une hospitalisation complète en appartement thérapeutique qui correspond au passage de l'activité 1 à l'activité 2b) : dans ce cas, le "Numéro de séjour psychiatrie" reste identique.**

¹² Les 10 types d'activité (hospitalisation complète en unité à temps complet, en appartement thérapeutique, en hospitalisation de jour, etc...) sont définis dans le 4ème paragraphe "Types d'activité" du 1er chapitre "Champ de production des Résumés Hebdomadaires Standardisés" .

- Si un patient change d'unité médicale de psychiatrie :
 - . au cours du même séjour sans interruption du séjour,
 - . au sein de la même structure,
 - . et sans changer de "Type d'activité" (le passage d'hospitalisation complète à hospitalisation de semaine ou vice versa n'est pas considéré comme un changement de "Type d'activité"),
 alors son "Numéro de séjour psychiatrie" reste identique.

- Si un patient change de mode de placement (passage d'hospitalisation libre à hospitalisation d'office ...) :
 - . au cours du même séjour sans interruption du séjour,
 - . au sein de la même structure et de la même unité médicale,
 - . et sans changer de "Type d'activité" (le passage d'hospitalisation complète à hospitalisation de semaine ou vice versa n'est pas considéré comme un changement de "Type d'activité"),
 alors son "Numéro de séjour psychiatrie" reste identique.

En résumé, les 3 situations où le N° séjour ne change pas alors qu'il y a mouvement (et clôture du RHS en cours) :

- Mouvement par changement d'unité médicale sans interruption de séjour (voir le chapitre V sur les mouvements : ce mouvement est une « mutation »),
- Mouvement par changement de type d'hospitalisation complète (changement de type d'activité entre les activités 1, 2 et 3) sans interruption de séjour (voir le chapitre V sur les mouvements : ce mouvement est également une « mutation »),
- Mouvement par « changement de mode de placement » sans interruption de séjour.

8) LE QUESTIONNAIRE "PMSI PSYCHIATRIE"

- Voir en annexe 5.

9) CHAMP DE L'ENQUETE POUR LE TEST

- Le questionnaire doit être renseigné **pour chaque malade pris en charge dans le service ou secteur choisi pour faire le test, quel que soit le type d'activité (hospitalisation complète, de nuit, de jour, accueil de jour)** parmi ceux définis au 4^e paragraphe du 1^{er} chapitre relatif au champ de production, au cours de la période de l'enquête du 16 octobre au 12 novembre, **quelle que soit la date d'entrée dans le service ou le secteur enquêté (que cette date soit durant la période d'enquête ou antérieure au 16 octobre).**

Chapitre IV

VOLET "IDENTIFIANT PATIENT – CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, SOCIALES, DE FILIERE DE SOIN DU PATIENT"

Lorsque le droit au secret de l'admission ou à l'anonymat bénéficie à la personne soignée¹³, les informations d'identité recueillies sont limitées à l'année de naissance, au sexe, au numéro du patient et au numéro de séjour psychiatrie du patient. Dans ce cas, les jours et mois de naissance ainsi que le code postal de résidence du patient ne sont pas saisis.

En cas d'hospitalisation d'un parent et de son enfant (par exemple dans une unité mère-bébé) :

- ✓ soit la prise en charge est une prise en charge double, dans ce cas la mère et l'enfant font chacun l'objet d'un recueil individualisé (avec identification propre à chacun et numéro de séjour propre à chacun),
- ✓ soit il s'agit de la prise en charge de l'un des deux personnes de la dyade et l'autre est hébergé en tant qu'accompagnant (mère hébergée alors que l'enfant est hospitalisé ou enfant hébergé alors que la mère est hospitalisée), dans ce cas seul le sujet hospitalisé (mère ou enfant) fait l'objet d'un recueil.

1) DATE DE NAISSANCE

- Indiquer le jour, le mois et l'année.
- De façon pratique, si le jour n'est pas connu précisément mettre par défaut le 15^e jour du mois. De même si le mois n'est pas connu précisément mettre par défaut le mois 07 (juillet).
- Dans l'éventualité sans doute très rare où l'année de naissance ne serait pas connue précisément, arrondir à la dizaine présumée (par exemple 1950, 1960).

2) SEXE

- Indiquer 1 pour masculin, 2 pour féminin.

¹³ Cette disposition s'applique dans les circonstances suivantes :

- la grossesse, l'accouchement (accouchement dit "sous X") et l'interruption volontaire de grossesse : se reporter pour les deux premiers cas à l'article 20 du décret n°74-27 du 14 janvier 1974, pour la dernière à la circulaire du 10 mars 1975 relative à l'application de la loi du 17 janvier 1975 ;
- la prise en charge de toxicomanes : se reporter à l'article 34 du décret du 14 janvier 1974 pré-cité ou à l'article L. 355-21 du code de la santé publique.

3) CODE POSTAL DU LIEU DE RÉSIDENCE

- Pour les patients résidant à l'étranger, indiquer comme code postal un code pays en se reportant à la table des codes pays en annexe 6.
- Si le "Code postal du lieu de résidence" est inconnu, coder 99999 pour "code postal inconnu".

4) LE PATIENT EST-IL SANS DOMICILE FIXE ?

- Répondre **OUI (code 1)** ou **NON (code 2)**
- Comment déterminer si le patient est sans domicile fixe ?
Il s'agit ici d'indiquer si la personne est sans domicile fixe ou dépourvue de résidence stable au moment du début du séjour. Sont dépourvues de résidence stable, les personnes qui :
 - à la suite de circonstances exceptionnelles ou involontaires se trouvent dans un département sans qu'elles aient choisi leur lieu de résidence ou aient l'intention d'y résider (ex : réfugiés, personnes déplacées à la suite d'expulsion ...)
 - les personnes dont le mode de vie ou l'activité professionnelle les conduisent à circuler en France sans résidence ni domicile fixe, et qui sont effectivement dépourvues d'un lieu d'habitation habituel et notoire dans un département ou un pays.
 - les personnes pour lesquelles aucune résidence ni aucun domicile fixe ne peut être déterminé.

Concrètement

Est un SDF	N'est pas un SDF
Un patient ayant perdu son logement	Un patient habitant régulièrement à l'hôtel
Un patient ayant vécu plusieurs années à l'hôpital et ne disposant plus d'un logement de sortie	Un patient habitant dans un foyer et ayant la perspective de pouvoir y retourner après sa sortie (même s'il s'agit d'hébergements pour des périodes reconductibles à condition que ces périodes soient d'au moins 3 mois)
	Un patient de la communauté Emmaüs ou de l'Armée du Salut
	Un patient résidant en institution sociale (hospices, maisons de retraite, foyer - logement) ou médico-sociale ou en long séjour

Pour un patient hospitalisé et notamment s'il est hospitalisé depuis longtemps, sa situation est définie par la perspective qui s'offre à lui pour sa sortie.

5) CARACTERISTIQUES SOCIALES

Ces informations au nombre de 5 (situation de famille, mode de vie, allocation, mesure de protection civile, activité professionnelle) doivent être recueillies :

- **pour rendre compte de la situation sociale à l'entrée du patient dans chaque séjour en hospitalisation complète (types d'activité 1 à 3).** Un laps de temps de quelques jours peut être nécessaire pour compléter ces informations si elles sont difficiles à obtenir à la date d'entrée strictement. **Ces informations sont à actualiser à chaque nouveau séjour et chaque année pour les patients dont le séjour dure au-delà de l'année civile.**
- **Pour rendre compte de la situation lors de la première venue en hospitalisation de nuit (type d'activité 4) ou en hospitalisation de jour/accueil de jour (type d'activité 5) durant l'année. Ces informations ne sont pas à réactualiser à chaque venue par exemple en hospitalisation de jour. Ces informations sont en revanche à actualiser chaque année pour les patients suivis en hospitalisation de jour au-delà de l'année civile.**

51) SITUATION DE FAMILLE :

Une seule réponse est possible :

- Célibataire (code 1)
- PACs (code 2)
- Marié (code 3)
- Veuf (code 4)
- Divorcé ou en cours de divorce (code 5)
- Sans information (code 0)

Il s'agit de renseigner la situation matrimoniale légale : une personne mariée mais vivant séparée de son conjoint est considérée comme mariée ; une personne vivant maritalement est considérée comme célibataire, si elle n'est pas mariée. Lorsque la personne a noué un contrat de PACs, la case PACs est à cocher. En cours de divorce signifie qu'une démarche officielle est en cours.

52) MODE DE VIE

Une seule réponse est possible :

- Seul (code 1)
- En famille ou avec des proches (code 2)
- En collectivité (code 3)
- Sans information (code 0)

Par le mode de vie, on souhaite repérer les personnes qui habitent seules.

Le fait de vivre en collectivité soit dans une institution, un foyer, une maison de retraite, etc. doit être recueilli en lui-même.

Les personnes sans domicile fixe sont pour leur part repérées par une question spécifique dans le chapitre IV et peuvent de plus vivre sans domicile fixe en famille.

53) ALLOCATION

5.3.1) Le patient bénéficie-t-il d'une allocation adulte handicapé (AAH) ?

Une seule réponse est possible :

- Oui (code 1)
- Non (code 2)
- Sans information (code 0)

5.3.2) Le patient bénéficie-t-il d'une pension d'invalidité ?

Une seule réponse est possible :

- Oui (code 1)
- Non (code 2)
- Sans information (code 0)

5.3.3) Le patient bénéficie-t-il du revenu minimum d'insertion (RMI) ?

Une seule réponse est possible :

- Oui (code 1)
- Non (code 2)
- Sans information (code 0)

5.3.4) Le patient bénéficie-t-il d'une allocation éducation spécialisée (AES) ?

Une seule réponse est possible :

- Oui (code 1)
- Non (code 2)
- Sans information (code 0)

54) MESURE DE PROTECTION CIVILE :

5.4.1) Le patient bénéficie-t-il d'une sauvegarde de justice ?

Une seule réponse est possible :

- Oui (code 1)
- Non (code 2)
- Sans information (code 0)

5.4.2) Le patient bénéficie-t-il d'une curatelle ?

Une seule réponse est possible :

- Oui (code 1)

- Non (code 2)
- Sans information (code 0)

5.4.3) Le patient bénéficie-t-il d'une tutelle ?

Une seule réponse est possible :

- Oui (code 1)
- Non (code 2)
- Sans information (code 0)

55) ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Une seule réponse est possible :

- Le patient a une activité professionnelle en milieu ordinaire (code 1)
- Le patient a une activité professionnelle en milieu protégé (code 2)
- Le patient est demandeur d'emploi ayant déjà travaillé (code 3)
- Le patient est demandeur d'emploi n'ayant jamais travaillé (code 4)
- Le patient n'a pas d'activité professionnelle et n'est pas demandeur d'emploi (code 5)
- Sans information (code 0)

Quand la personne a un emploi, elle est considérée comme ayant une activité professionnelle, même si elle est en congé maladie, de maternité ou de longue durée.

Les personnes travaillant au Centre D'Aide par le Travail (CAT) ou en Atelier Protégé (AP) ont une activité professionnelle en milieu protégé.

Par déduction, les personnes en foyer, les retraités, les personnes en cessation d'activité pour invalidité, les étudiants, etc ... sont à coder avec le code 5 « n'a pas d'activité professionnelle et n'est pas demandeur d'emploi ».

On se gardera de confondre la profession (formation ou compétence) du patient et son activité professionnelle

6) FILIERE DE SOINS

61) ANCIENNETE DU SEJOUR (DATE D'INDICATION MEDICALE DU SEJOUR)

Cette rubrique ne doit être renseignée que pour les patients pris en charge en hospitalisation complète ou en hospitalisation de semaine, et uniquement si celle-ci a lieu dans l'unité d'hospitalisation temps complet ou au SMPR.

Cette rubrique ne doit pas être renseignée :

- ◇ **pour les autres hospitalisations à temps complet** (à domicile, en centre de post-cure, en appartement thérapeutique, en centre de crise, en service d'accueil familial thérapeutique) ;

◇ **ni pour les hospitalisations de nuit, de jour ou en accueil de jour.**

6.1.1) DEUX DEFINITIONS DU DEBUT D'UN SEJOUR

- Le séjour reçoit une définition administrative

- ✓ Un séjour débute lors de l'entrée du patient et la responsabilité de l'établissement de santé vis à vis de la personne soignée s'engage dès cet instant.
- ✓ Les conditions d'interruption du séjour sont décrites ci dessus dans le chapitre III paragraphe 7 (numéro de séjour) et dans le chapitre V paragraphe 5 (mode de sortie).
 - A certaines absences du patient ne correspondent pas de discontinuité du séjour, au sens où il n'y a pas changement de numéro de séjour (permissions de sortie de 48 heures au maximum pour les placements libres, sortie de 12 h maximum pour les hospitalisations sans consentement, retour d'un enfant ou d'un adolescent chez ses parents de façon programmée le week-end).
 - En revanche, les sorties dans tous les autres cas donnent lieu à un nouveau numéro de séjour : ces mouvements définissent une fin de séjour au sens administratif.
- ✓ A partir de la définition administrative pourra être calculée, à un moment donné, une durée de séjour (différence entre la date d'entrée et la date considérée).

- Le séjour reçoit une définition médicale :

- ✓ Un séjour débute en même temps que se fait une entrée ou une admission au sens administratif et correspond à une décision de prise en charge médicale au vu d'un diagnostic ou au vu d'un état afin d'élaborer un diagnostic.
- ✓ Un séjour prend fin, au sens médical, lorsque le **médecin responsable des soins détermine que la personne est guérie ou consolidée** et qu'elle peut regagner son domicile ou équivalent, ou être prise en charge par une structure assurant la suite de la prise en charge.
- ✓ Selon cette définition, une permission de sortie, une sortie sans permission (fugue), une absence de longue durée, une sortie d'essai, des vacances, **toute interruption de séjour y compris celles dont la durée excèdent 2 jours ne met pas obligatoirement fin au séjour selon la définition médicale** ; seule la décision médicale décrite ci-dessus met fin le cas échéant au séjour, indépendamment du volet « mouvements ».

6.1.2) LA DATE D'INDICATION DU SEJOUR :

- La date d'indication du début de séjour est la **date à laquelle le séjour a débuté au sens médical**. Cette date peut par conséquent être antérieure à la date d'entrée dans le séjour au sens administratif. Par ailleurs, cette date peut être identique pour deux séjours consécutifs portant deux numéros de séjour différents ou effectués dans deux services différents.
- A partir de la définition médicale du séjour pourra être calculée **l'ancienneté du séjour** (différence entre la date d'indication du séjour et la date considérée). L'ancienneté d'un séjour sera obligatoirement égale ou supérieure à la durée administrative du séjour.

1er exemple :

un patient a effectué deux séjours au sens administratif de 3 semaines chacun :

- *le premier du 14 février 2000 au 5 mars 2000 ;*
- *le second du jeudi 9 mars au mercredi 29 mars.*

Il y a eu, les 6, 7 et 8 mars, une interruption de séjour au sens administratif, due à une sortie sans autorisation de 3 jours.

Pour ce patient, 2 séjours seront créés au sens administratif dont les N° de séjour seront 1 et 2. En revanche, les deux séjours comporteront la même date d'indication du début du séjour soit le 14 février qui correspond à la date d'entrée administrative du 1^{er} séjour.

- De façon pratique, si le jour n'est pas connu précisément mettre par défaut le 15^e jour du mois. De même si le mois n'est pas connu précisément mettre par défaut le mois 07 (juillet).
- Dans l'éventualité sans doute très rare où l'année d'indication du séjour ne serait pas connue précisément, arrondir à la dizaine présumée (par exemple 1950, 1960).

Récapitulatif des interruptions de séjour au sens administratif et médical

	Interruption de séjour au sens administratif (Nouveau N° de séjour)	Interruption de séjour au sens médical (Nouvelle date d'indication de début de séjour)
Permission de sortie de moins de 2 jours	NON	NON
Sortie de plus de 2 jours	OUI	OUI / NON selon décision du médecin responsable, qui définit si cela correspond à une fin de séjour médical
Mutation en psychiatrie (changement d'unité médicale)	NON	OUI / NON selon décision du médecin responsable, qui définit si cela correspond à une fin de séjour médical
Transfert	OUI	OUI / NON selon décision du médecin responsable, qui définit si cela correspond à une fin de séjour médical
Sortie d'essai, absence, sortie sans autorisation, vacances, retour au domicile	OUI	OUI / NON selon décision du médecin responsable, qui définit si cela correspond à une fin de séjour médical

62) ANNEE DE PREMIERE VISITE DANS LE SECTEUR OU LE SERVICE

- Si le service est **sectorisé**, on notera l'année où le patient a été vu pour la première fois dans le secteur. Si le service n'est **pas sectorisé**, on notera l'année où le patient a été vu pour la première fois dans le service.

- Il s'agit d'indiquer la date de la **première prise en charge quelle que soit la modalité de cette prise en charge (séjour ou ambulatoire)**. Si le patient n'a pas fait l'objet d'une prise en charge auparavant, on indique **l'année en cours**.

7) TYPE D'ACTIVITE

Voir chapitre I paragraphe 4.

Chapitre V

VOLET "MOUVEMENTS"

Ce volet ne doit être renseigné que pour les patients pris en charge en hospitalisation complète ou en hospitalisation de semaine :

- ☐ dans l'unité d'hospitalisation temps complet ou au SMPR
- ☐ à domicile, en centre de post-cure, en appartement thérapeutique, en centre de crise, en service d'accueil familial thérapeutique.

Ce volet ne doit être renseigné ni pour les hospitalisations de nuit, ni pour les hospitalisations de jour ou accueils de jour.

1) DATE D'ENTRÉE

- Indiquer le jour, le mois et l'année.

2) MODE D'ENTRÉE

- Cinq "**Modes d'entrée**" du patient pris en charge en hospitalisation complète ou en hospitalisation de semaine dans une unité médicale de psychiatrie sont **possibles** :

. "**Par mutation**" (code 6) : Entrée d'un patient provenant d'une autre unité médicale d'hospitalisation complète, quel que soit le type d'hospitalisation complète (ou de semaine) de la structure (par structure, on entend soit l'établissement, soit l'entité juridique : voir page suivante), cette unité pouvant relever d'un autre champ que la psychiatrie. S'applique aussi aux malades relevant d'une mesure d'hospitalisation sans consentement¹⁴ et entrant en unité psychiatrique après avoir été hospitalisé temporairement dans une unité d'une autre discipline que la psychiatrie (médecine, chirurgie, etc) de la même structure. S'applique également aux patients passant d'un type d'hospitalisation complète (par exemple l'hospitalisation en unité temps plein) à un autre type d'hospitalisation complète (par exemple l'hospitalisation en appartement thérapeutique).

Par exemple, un patient qui passe d'une hospitalisation complète (ou de semaine) dans une unité de soins de courte durée à une hospitalisation complète (ou de semaine) dans une unité de psychiatrie enregistre une entrée "Par mutation".

¹⁴ malades relevant d'une mesure d'hospitalisation sans consentement = malades en hospitalisation d'office ou en hospitalisation sur demande d'un tiers des unités de psychiatrie.

. **"Par transfert"** (code 7) : Entrée en provenance d'une autre unité médicale d'hospitalisation complète, quel que soit le type d'hospitalisation complète (ou de semaine) d'une autre structure (par structure, on entend soit l'établissement, soit l'entité juridique : voir ci-après), cette unité pouvant relever d'un autre champ que la psychiatrie. S'applique aussi aux malades relevant d'une mesure d'hospitalisation sans consentement¹⁵ et entrant en unité psychiatrique après avoir été hospitalisé temporairement dans une unité d'une autre discipline que la psychiatrie (médecine, chirurgie, etc) d'une autre structure. S'applique également aux patients passant d'un type d'hospitalisation complète (par exemple l'hospitalisation en unité temps plein) à un autre type d'hospitalisation complète (par exemple l'hospitalisation en appartement thérapeutique).

. **"En provenance du domicile"** (code 8)

. **"Par changement de mode de placement"** (code 4) : Entrée d'un patient dans un mode de placement autre que celui dont il faisait l'objet jusqu'à présent, sans changement d'unité médicale.

Par exemple, un patient qui passe d'une hospitalisation complète (ou de semaine) en hospitalisation libre à une hospitalisation complète (ou de semaine) en hospitalisation sur demande d'un tiers.

Remarque : un patient qui change de mode de placement et effectue une mutation (changement d'unité médicale dans la même structure) aura comme mode d'entrée dans l'unité d'accueil le code 6 "par mutation".

De même un patient qui change de mode de placement et effectue un transfert (changement de structure) aura comme mode d'entrée dans l'unité d'accueil le code 7 "par transfert".

. **"En provenance d'un hébergement médico-social"** (code 5)

Par exemple des personnes âgées venant d'une maison de retraite ou d'un logement foyer (avec ou sans cure médicale)

- Pour déterminer s'il y a **"Mutation"** ou **"Transfert"**, la structure à considérer est :

. **"L'Entité juridique"** pour :

les structures de statut juridique public,
à l'exception de celles qui sont autorisées par l'autorité de tutelle à réaliser
un recueil au niveau établissement ou groupe hospitalier ;

. **"L'Établissement"** pour :

¹⁵ malades relevant d'une mesure d'hospitalisation sans consentement = malades en hospitalisation d'office ou en hospitalisation sur demande d'un tiers des unités de psychiatrie.

les établissements de santé privés (y compris ceux à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service hospitalier et qui ont comme mode de fixation de tarif le budget global),

les structures de statut public qui, sur dérogation de l'autorité de tutelle, sont autorisées à réaliser un recueil au niveau établissement ou groupe hospitalier.

- **Sont également considérées "En provenance du domicile" les entrées correspondant aux situations suivantes :**

. Venues de patients antérieurement hospitalisés à temps partiel (hospitalisation de jour, accueil de jour, hospitalisation de nuit) ou antérieurement vus en ambulatoire, ou pour des prestations sur le lieu de vie. Par convention, ces patients qui changent de "type d'activité" sont considérés comme provenant du domicile.

. Venues d'un établissement d'hébergement social,

Par exemple des patients venant d'un "établissement concourant à la protection de l'enfance" (établissement d'accueil mère avec enfant, pouponnière à caractère social, foyer de l'enfance, maison d'enfants à caractère social etc...)

. Venues de patients bénéficiant de services de soins à domicile.

Remarque : Sont donc considérés "En provenance du domicile" les patients venant d'un établissement d'hébergement social ou pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile, y compris si cet établissement ou cette structure relève de l'entité juridique enquêtée.

. Venues de patients étant sorti sans autorisation ou à l'insu du service (fugue),

. Venues de patients dont la sortie d'essai a échoué,

. Venues d'enfants ou d'adolescents ne relevant pas d'une mesure d'hospitalisation sans consentement, et rentrant de leurs vacances scolaires passées dans leur famille ou au substitut de domicile.

. Venues d'une cellule de détention.

3) PROVENANCE

- **Ne renseigner que si le patient entre dans l'unité médicale par "Mutation" ou par "Transfert".**

- **Cinq types d'entrée par "Mutation" ou par "Transfert" sont possibles. En provenance de :**

- **. Unité de soins de courte durée (code 1)**
- **. Unité de soins de suite ou de réadaptation (code 2)**
- **. Unité de soins de longue durée (code 3)**

- **. Unité de psychiatrie** (code 4) : Recouvre également "Unité d'hospitalisation de toxicomanie et alcoolisme"
- **Service d'urgence** (d'établissement spécialisé ou non) (code 5)
- **Pour les enfants provenant d'un "établissement d'enfants à caractère sanitaire"** (pouponnière à caractère sanitaire, maison d'enfants à caractère sanitaire temporaire, maison d'enfants à caractère sanitaire permanente), **coder "2" (d'une autre unité de soins de suite ou de réadaptation)**.

4) DATE DE SORTIE

- Indiquer le jour, le mois et l'année.

- Il s'agit de la date de sortie physique du patient, indépendamment des journées soumises à facturation.

5) MODE DE SORTIE

- Une **"Permission de sortie"** du patient **ne doit pas être considérée comme une sortie**, autrement dit le recueil en cours n'est pas clos. Il faut entendre par "Permission de sortie" :
 - **Pour les hospitalisations libres** : toute autorisation d'absence supérieure à 12 heures consécutives (en hospitalisation complète). Sa durée maximum est de 2 jours, augmentée éventuellement des délais de route (circulaire interministérielle n° 127 du 12 décembre 1985).
 - **Pour les hospitalisations sans consentement (hospitalisation sur demande d'un tiers, hospitalisation d'office)**, toute *sortie* d'une durée maximum de 12 heures consécutives.
- En revanche, **une interruption de séjour, sortant du cadre de cette "Permission de sortie"** (par exemple une sortie d'essai pour les hospitalisations sans consentement), **suivie d'une nouvelle hospitalisation du patient dans la même unité médicale doit être enregistrée comme une sortie** et un nouveau "Numéro de séjour psychiatrie" est alors attribué au patient.

2 cas particuliers d'interruption de séjour pour les patients hospitalisés sous contrainte :

- le malade relevant d'une hospitalisation sous contrainte est hospitalisé dans une unité d'une autre discipline que la psychiatrie (médecine, chirurgie, ...), on considère une sortie au sens du PMSI, même si, tant que la mesure n'est pas levée, du point de vue juridique, le patient est toujours sous la responsabilité de l'unité psychiatrique. En pratique, le patient durant son hospitalisation temporaire en unité d'une autre discipline que la psychiatrie (médecine, chirurgie, ...), ne fait plus l'objet du remplissage de RHS. En revanche, l'activité psychiatrique organisée auprès du patient, pendant son hospitalisation temporaire dans l'unité d'une discipline autre que psychiatrique, doit être comptabilisée (activité ambulatoire relevée en créant un Résumé d'Acte Standardisé) :

- ✓ Soit le malade est hospitalisé dans une unité (médecine, chirurgie, etc) de la même structure (au sens de établissement ou entité juridique tel que développé ci-dessus) : dans ce cas, on considère qu'il y a sortie par "MUTATION" ;
- ✓ Soit le malade est hospitalisé dans d'autres unités (médecine, chirurgie, etc) d'une autre structure (au sens de établissement ou entité juridique tel que développé ci-dessus) : dans ce cas, on considère qu'il y a une sortie par "TRANSFERT".

- le malade relevant d'une hospitalisation sous contrainte qui fugue, on considère une sortie au sens du PMSI (sortie à l'insu du service ou sans autorisation).

1 cas particulier d'interruption de séjour pour les patients hospitalisés librement : les interruptions de séjour en hospitalisation complète concernant des enfants ou des adolescents rentrant dans leur famille ou substitut de domicile pendant les vacances scolaires.

En revanche, si le retour des enfants/adolescents est organisé/préscrit systématiquement le week-end, il ne s'agit pas de déclarer une sortie à chaque fois : on considérera qu'il s'agit d'une hospitalisation de semaine, le même N° de séjour est valable tout au long de l'hospitalisation, tant qu'elle n'est pas interrompue dans les conditions décrites ci-dessus ou ci-dessous.

- Si le patient passe d'hospitalisation complète (ou de semaine) à "hospitalisation de jour"¹⁶, ou bien à hospitalisation de nuit, y compris le cas échéant au sein de la même unité médicale, il y a sortie par "VERS LE DOMICILE", par convention, et un nouveau "Numéro de séjour psychiatrie" est attribué au patient.

Si cette modification de prise en charge s'accompagne d'un changement d'unité médicale, un nouveau numéro d'unité médicale doit en plus être généré.

- **Enfin, dans les 2 situations suivantes, il y a mouvement** (enregistrement d'une sortie et d'une entrée) **sans changement du numéro de séjour** (sans interruption de séjour) :
 - **Si le patient change d'unité médicale de psychiatrie, un nouveau numéro d'unité médicale doit être généré.**
S'il s'agit d'un passage d'une unité d'hospitalisation complète (ou de semaine) à une autre unité d'hospitalisation complète (ou de semaine), y compris s'il ne s'agit pas des mêmes types d'hospitalisation complète (par exemple hospitalisation en unité temps plein et hospitalisation en appartement thérapeutique), une sortie par "MUTATION" doit être enregistrée dans l'unité dont sort le patient tandis qu'une entrée par "MUTATION" doit être enregistrée dans l'unité d'accueil du patient, s'il s'agit d'une unité de psychiatrie.
 - **Si le patient change de mode de placement (hospitalisation d'office, sur demande d'un tiers ou libre) :** il y a sortie par "CHANGEMENT DE MODE DE PLACEMENT", à condition que le patient ne change pas d'unité médicale, et il n'y a pas de changement de "Numéro de séjour psychiatrie".

¹⁶Pour rappel : l'"hospitalisation de jour" comprend également l'accueil de jour

- **En récapitulatif, six "Modes de sortie"** du patient pris en charge en hospitalisation complète ou en hospitalisation de semaine dans une unité médicale de psychiatrie sont possibles :

. **"Par mutation"** (code 6) : Sortie vers une autre unité médicale d'hospitalisation complète (ou de semaine) de la structure (au sens établissement ou entité juridique), cette unité pouvant relever d'un autre secteur que celui de la psychiatrie.

Par exemple, un patient qui sort d'une hospitalisation complète dans une unité psychiatrie pour être hospitalisé à temps complet dans une unité de MCO enregistre une sortie "par mutation".

. **"Par transfert"** (code 7) : sortie vers une autre structure (au sens de établissement ou entité juridique

. **"Vers le domicile"** (code 8)

. **"Par changement de mode de placement"**(code 4)

. **"Vers un hébergement médico-social"**(code 5)

. **"Par décès"** (code 9)

- Pour déterminer s'il y a sortie par "Mutation" ou par "Transfert", reprendre le même raisonnement que celui énoncé pour le choix du "Mode d'entrée".

- La notion de "Domicile" recouvre les mêmes situations que celles décrites dans le cadre du "Mode d'entrée".

Tableau récapitulatif des situations de sortie

Situation	Mode placement : Hospitalisation libre	Mode placement : sans consentement (HO, HDT)	Mode de sortie possible
N'est pas une sortie au sens du PMSI			
Permission de sortie	Durée maximum = 48 h	Durée maximum = 12 h Remarque : n'est pas une sortie au sens du PMSI même si appelée aussi « sortie accompagnée »	Sans objet
Retour enfants/adolescents chez parents pour le week-end de façon programmée	N'est pas une sortie (on considèrera une hospitalisation complète de semaine : journées du week-end pas à cocher)	Sans objet	Sans objet
Interruption de séjour = sortie			
Interruption de séjour par sortie « normale »	Est une sortie avec avis médical	Est une sortie avec levée de la mesure	Vers le domicile ¹⁷ Par transfert
Décès	Est une sortie	Est une sortie	Par décès
Interruption du séjour par sortie d'essai (quelle que soit sa durée)	Sans objet	Est une sortie	Vers le domicile
Hospitalisation provisoire dans une autre discipline sans levée de la mesure d'hospitalisation sous contrainte)	Sans objet	Est une sortie remarque : comptabilisation de l'activité ambulatoire par RIS-A	Par Mutation Par Transfert
Sortie sans autorisation	Est une sortie contre avis médical	Est une sortie à l'insu du service (fugue)	Vers le domicile
Retour enfants/adolescents chez parents pour les vacances (durée supérieure au week-end)	Est une sortie	Sans objet	Vers le domicile
Passage d'hospitalisation complète (ou de semaine) à "hospitalisation de jour" ¹⁸ , ou bien à hospitalisation de nuit	Est une sortie	Sans objet (cf sortie d'essai)	Vers le domicile
Changement d'unité médicale vers une unité médicale hors champ de la psychiatrie	Est une sortie	Est une sortie	Par mutation
Mouvement -avec sortie- sans interruption de séjour (sans changement de « numéro de séjour »)			
Passage de HL à HO/HDT ou de HO à HDT et réciproquement sans changement d'unité médicale	Est une sortie	Est une sortie	Changement de mode de placement
Changement d'unité médicale vers une unité dans champ psychiatrie	Est une sortie	Est une sortie	Par Mutation

¹⁷ ou Vers un hébergement médico-social

¹⁸ Pour rappel : l'"hospitalisation de jour" comprend également l'accueil de jour

6) DESTINATION

- Ne renseigner que si le patient sort de l'unité médicale par "Mutation" ou par "Transfert".

- Cinq types de sortie par "Mutation" ou par "Transfert" sont possibles :

. **Unité de soins de courte durée** (code 1)

. **Unité de soins de suite ou de réadaptation** (code 2)

. **Unité de soins de longue durée** (code 3)

. **Unité de psychiatrie** (code 4) : Recouvre également "Unité d'hospitalisation de toxicomanie et alcoolisme".

- **Service d'urgence** (d'établissement spécialisé ou non) (code 5)

Voir tableau récapitulatif sur les "mouvements" en annexe 7.

Chapitre VI

LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ

« Volet 1 »

- Les informations renseignées dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé – volet 1 (RHS) doivent être décrites strictement **pour chacune des semaines (du lundi au dimanche), quel que soit le nombre de journées de présence du patient au cours de ces semaines** (voir schémas illustratifs pages suivantes).

Par exemple, si un patient est hospitalisé du 13 avril au 23 avril 2000, un premier RHS décrira ses caractéristiques du jeudi 13 au dimanche 16 inclus et couvrira donc 4 jours de son hospitalisation, tandis que le deuxième résumé concernera 7 jours, du lundi 17 au dimanche 23 avril inclus.

- **En cas d'hospitalisation de jour, d'hospitalisation de nuit, un RHS est établi pour l'ensemble des venues élémentaires ou des séances se déroulant pendant la semaine** (dès lors qu'il n'y a pas de changement de "type d'activité").

- Le Résumé Hebdomadaire Standardisé est **établi de façon rétrospective** pour chaque semaine, quelle que soit la date à laquelle le bilan est réalisé.

1) SITUATIONS DONNANT LIEU À LA CLÔTURE DU RHS EN COURS DE SEMAINE

- **Toute sortie du patient, pris en charge en hospitalisation complète ou de semaine, avant le dimanche clôturant la semaine entraîne la fermeture du RHS**, qu'il s'agisse :

- . d'une "mutation", c'est-à-dire d'un changement d'unité médicale d'hospitalisation complète ou de semaine au sein de la structure enquêtée,
- . d'un "transfert",
- . d'une sortie "vers le domicile",
- . d'une sortie "par changement de mode de placement",
- . d'une sortie "vers un hébergement médico-social",
- . ou d'un "décès".

Récapitulatif

	Clôture du RHS	Changement N° séjour
Changement de semaine	OUI	NON
Mutation (sans interruption de séjour)	OUI	NON
Transfert	OUI	Sans objet (autre établissement)
Domicile	OUI	Sans objet
Hébergement médico-social	OUI	Sans objet
Changement de mode de placement sans changement d'unité médicale (sans interruption de séjour)	OUI	NON
Décès	OUI	Sans objet

- Une "Permission de sortie" ou une absence le samedi et le dimanche, en cas d'hospitalisation de semaine, n'entraîne pas la fermeture du RHS.

2) JOURNÉES DE PRÉSENCE

- Pour chaque semaine, **chaque journée de présence ou demi-journée de présence (dans le cas exclusivement des hospitalisations de jour et accueil de jour) du patient dans l'unité médicale doit être cochée, y compris en cas d'hospitalisation complète ou de semaine :**

. Les journées d'entrée et de sortie (et quelles que soient les règles de facturation) à l'exception des journées de sortie "par mutation" ou des journées correspondant au précédent mode de placement en cas de sortie "par changement de mode de placement" au sein du champ psychiatrie.

. Et les journées du week-end (dès lors que le patient est présent).

- Si le patient est présent toute la journée (plus de 4 heures), cocher la case JOURNEE, si le patient est présent une partie de la journée seulement (moins de 4 heures), cocher la case DEMI-JOURNEE. **A une date donnée, il ne peut pas y avoir à la fois une case JOURNEE et une case DEMI-JOURNEE cochées.**

- En cas de "mutation" au sein du champ PSYCHIATRIE (et seulement au sein du champ PSYCHIATRIE), pour éviter de comptabiliser deux fois une même journée, la règle est de cocher la journée dans la (dernière) unité d'accueil et non dans l'unité dont sort le patient.

Dans ce cas, le volet "Mouvements" de l'unité PSYCHIATRIE que quitte le patient enregistre comme "Date de sortie" la date de la journée de mutation.

Exemples :

. Un patient passant le mercredi 22 avril 1998 d'une unité d'hospitalisation complète psychiatrie (unité A) à une unité d'hospitalisation complète de soins de courte durée (unité B) au sein de la même structure enregistre :

un RHS pour l'unité A avec :	
comme "Date de RHS" : le 20 avril 1998, comme "Date de sortie" : le 22 avril 1998, comme "Mode de sortie" : "mutation" comme "Destination" : "unité de soins de courte durée" comme "Journées de présence" : le lundi 20, le mardi 21 et le mercredi 22 avril 1998.	

. Un patient passant le mercredi 22 avril 1998 d'une unité d'hospitalisation complète de psychiatrie (unité A) à une autre unité d'hospitalisation complète de psychiatrie (unité B) au sein de la même structure enregistre :

Un RHS pour l'unité A avec :	Un RHS pour l'unité B avec :
comme "Date de RHS" : le 20 avril 1998, comme "Date de sortie" : le 22 avril 1998, comme "Mode de sortie" : "mutation" comme "Destination" : "unité de psychiatrie" comme "Journées de présence" : le lundi 20 avril et le mardi 21 avril 1998.	comme "Date de RHS" : le 20 avril 1998, comme "Date d'entrée" : le 22 avril 1998, comme "Mode d'entrée" : "mutation" comme "Provenance" : "unité de psychiatrie" comme "Journées de présence" : le mercredi 22 avril 1998 ainsi que les autres journées de la semaine.

Remarque : S'agissant d'une "mutation" au sein du champ psychiatrie, la journée de "mutation" n'est cochée que dans l'unité d'accueil du patient et non dans celle dont il sort.

- Dans le cas où la journée de mutation est le lundi de la semaine, l'unité dont sort le patient ne coche pas de journée de présence dans le RHS de la semaine où a lieu la mutation : pour l'unité dont sort le patient, il y aura donc un RHS « vide » sans journée de présence, mais la date de sortie de l'unité de provenance sera bien le lundi de la mutation.

Le lundi de la mutation est coché comme journée de présence dans l'unité d'accueil et est notée comme la date d'entrée dans l'unité d'accueil.

- En cas de "changement de mode de placement" au sein du champ **PSYCHIATRIE** (hospitalisation libre, d'office, sur demande d'un tiers), pour éviter de comptabiliser deux fois une même journée, la règle est de cocher la journée dans la dernière situation et non dans la situation précédente dont sort le patient.

Dans ce cas, le volet "Mouvements" de l'unité **PSYCHIATRIE** que quitte le patient enregistre comme "Date de sortie" la date de la journée de changement de mode de placement.

- Chaque "Journée de présence" du patient doit être cochée, **qu'il soit pris en charge en hospitalisation complète (quel que soit le type d'hospitalisation complète), en hospitalisation de semaine, en hospitalisation de jour (accueil de jour), en hospitalisation de nuit.**

. Pour les patients pris en charge en hospitalisation de semaine, les journées du samedi et du dimanche ne sont pas cochées.

. Pour les patients bénéficiant d'une "Permission de sortie", telle que définie précédemment, ne pas cocher :

- * la journée de départ si celui-ci a lieu avant 12 heures,
- * la journée de retour si celui-ci a lieu après 12 heures.

. Pour les patients pris en charge en hospitalisation de jour, en hospitalisation de nuit, cocher chaque journée de venue(s) ou demi-journée de venue(s), quel que soit le nombre de venues réalisées au cours de chacune de ces journées.

. Pour les patients pris en charge en hospitalisation de nuit, cocher la journée d'arrivée.

Par exemple, si un patient est hospitalisé la nuit du mardi au mercredi, cocher la journée du mardi.

Voir tableau récapitulatif sur les "mouvements" des patients en annexe 7.

3) STRUCTURE ADMINISTRATIVE :

- Si le patient est en **hospitalisation de jour (ou accueil de jour) et uniquement dans ce cas**, cocher la structure administrative d'accueil **pour chaque journée ou demi-journée** de présence
 - ✓ Hôpital de jour (code 1)
 - ✓ CATTP (code 2)
 - ✓ Autre (code 3)

4) MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

Cette rubrique ne doit être renseignée que pour les patients pris en charge en hospitalisation complète ou en hospitalisation de semaine, et uniquement si celle-ci a lieu dans l'unité d'hospitalisation temps complet ou au SMPR.

Cette rubrique ne doit pas être renseignée :

- ◇ **pour les autres hospitalisations à temps complet** (à domicile, en centre de post-cure, en appartement thérapeutique, en centre de crise, en service d'accueil familial thérapeutique) ;
- ◇ **ni pour les hospitalisations de nuit, de jour ou en accueil de jour.**

- La mise en chambre d'isolement (MCI) durant la semaine écoulée doit être notifiée, et ceci quelle que soit sa durée. En effet, cette information caractérisant la prise en charge est déterminante dans l'algorithme de classification des RHS.

- Indiquer "OUI" si le patient a été mis en chambre d'isolement durant la semaine écoulée (y compris si la mise en chambre d'isolement n'a duré qu'une heure).

Rappel : "L'algorithme de la classification" constitue l'ensemble des tests successifs réalisés par le "logiciel groupeur" sur les informations contenues dans le RHS et conduisant au classement de celui-ci dans une "Catégorie Majeure Diagnostique" (CMD) puis dans un "Groupe Homogène de Journées" (GHJ).

(voir futurs documents présentant la classification spécifique à la psychiatrie¹⁹)

¹⁹ Manuel des Groupes Homogènes de Journées - PMSI psychiatrie qui sera publié dans un Bulletin officiel (Volume 1 : Principes de construction de la classification ; volume 2 : Description de la classification)

5) DÉPENDANCE

Cette rubrique doit être exclusivement renseignée :

- ❑ **pour les patients pris en charge en hospitalisation complète ou en hospitalisation de semaine, et uniquement si celle-ci a lieu dans l'unité d'hospitalisation temps complet ou au SMPR.**
- ❑ **et pour les patients pris en charge en hospitalisation de jour ou en accueil de jour**

Cette rubrique ne doit pas être renseignée :

- ❑ **pour les autres hospitalisations à temps complet** (à domicile, en centre de post-cure, en appartement thérapeutique, en centre de crise, en service d'accueil familial thérapeutique) ;
- ❑ **ni pour les hospitalisations de nuit.**

51) SIX VARIABLES DE DÉPENDANCE

- Le niveau de dépendance du patient doit être évalué systématiquement par rapport à chacune des 6 variables suivantes :

. Habillage

. Déplacements + Locomotion

. Alimentation

. Continence

. Comportement

. Relation

Remarque : La dépendance à l'alcool ou à toute autre substance toxique doit être décrite dans le cadre du recueil de la morbidité, à l'aide d'un ou plusieurs codes CIM-10 (voir chapitre Morbidité).

52) UNE VARIABLE DE DÉPENDANCE RECOUVRE UNE OU PLUSIEURS "ACTIONS"

- Une variable de dépendance recouvre une ou plusieurs **"actions" de la vie quotidienne.**

Par exemple, l'Habillage inclut deux "Actions" :

- . l'Habillage du haut du corps,*
- . l'Habillage du bas du corps.*

53) LES 4 NIVEAUX DE COTATION

- Chaque variable de dépendance est cotée selon les 4 niveaux suivants :

1-Indépendance :

- . complète : le patient est totalement autonome
- . modifiée : le patient a besoin d'aides techniques qu'il maîtrise parfaitement,
- . ou il a besoin d'un temps plus long mais acceptable
- . ou il le fait avec un risque acceptable.

2-Supervision ou arrangement : la présence d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser l' "action" mais il n'y a aucun contact physique avec le patient.

3-Assistance partielle : nécessite un contact physique d'une tierce personne pour réaliser partiellement au moins une "action".

4-Assistance totale : nécessite un contact physique d'une tierce personne pour réaliser la totalité d'au moins une "action".

N I V E A U X	1	Indépendance complète ou modifiée	Sans aide
	2	Supervision ou arrangement	Présence d'un tiers
	3	Assistance partielle	Contact d'un tiers
	4	Assistance totale	

54) PRINCIPES DE COTATION

- **Coter** chaque "Action" **en fonction de ce que fait réellement le patient** au cours de chaque semaine d'hospitalisation observée et non en fonction de ce qu'il pourrait éventuellement faire dans d'autres conditions matérielles et psychologiques.

Par exemple, si un patient refuse de s'habiller seul le bas du corps, bien qu'il en soit capable et qu'il doive alors être totalement assisté pour réaliser cette "Action", sa cotation à l'Habillage du bas est 4.

Il ne s'agit pas ici d'apprécier si l'état de dépendance constaté est « normal » ou « inhabituel », compte tenu par exemple de l'âge du patient ou de sa pathologie, ces caractéristiques pouvant être décrites par ailleurs sur le RHS.

Dans certaines situations (parent rendant visite au patient hospitalisé, enfant hospitalisé avec sa mère accompagnante, bénévole etc...), des personnes autres que les membres du personnel soignant sont amenées à superviser ou assister le patient dans la réalisation de certaines « actions » de la vie quotidienne (s'alimenter, s'habiller, etc ...). Dans ces cas, la dépendance doit être évaluée strictement par rapport au fait que le patient réalise lui-même ou non ces actions de la vie quotidienne et non par rapport au type de personne (soignant / non soignant) amenée à l'assister.

- **Si** lors de la cotation d'une variable de dépendance, il apparaît que **le patient n'effectue pas les différentes "Actions" de façon homogène**, il faut **retenir la cotation de "l'Action" où se manifeste la plus grande dépendance**.

Exemple pour la variable Habillage : le patient met seul sa chemise et demande seulement de l'aide pour mettre les boutons ; par contre il ne met absolument pas ses sous-vêtements ni son pantalon et encore moins ses chaussures et ses chaussettes, dans ce cas l'"Action" Habillage du haut du corps est cotée 3 et l'"Action" Habillage du bas du corps est cotée 4 ; il faut donc coter la variable Habillage à 4.

- Si pour une "Action", il y a **hésitation de cotation entre le niveau 3** (assistance partielle) **et le niveau 4** (assistance totale), **coter 4**.

- Pour les patients pris en charge en hospitalisation de jour, accueil de jour et qui ne réalisent pas au sein de la structure certaines "Actions", comme par exemple l'habillage, ces "Actions" doivent être évaluées par l'équipe soignante. Ces équipes peuvent éventuellement procéder en interrogeant le patient ou son entourage.

Remarque : Cette grille de dépendance a été élaborée spécifiquement dans le cadre des travaux PMSI psychiatrie. Actuellement, il n'existe **pas de tables de transcodage** avec d'autres systèmes d'évaluation de la dépendance qui soient **validées** par le Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé (PERNNS).

55) PRÉSENTATION DE CHAQUE VARIABLE DE DÉPENDANCE

- Les 6 variables de dépendance sont présentées de la même façon avec :
 - . un intitulé,
 - . une description des "Actions",
 - . 4 niveaux de cotation, de 1 à 4, explicités pour chacune des "actions".

55₁) Habillage

- Inclut 2 "Actions" :

Habillage du haut du corps : s'habiller et se déshabiller au dessus de la taille, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou prothèse selon le cas.

Habillage du bas du corps : s'habiller et se déshabiller de la taille jusqu'en bas, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou une prothèse selon le cas.

1 - Indépendance complète ou modifiée

s'habille et se déshabille seul en prenant ses vêtements à leur place habituelle, peut mettre et attacher un soutien-gorge, enfiler un vêtement par la tête, mettre un vêtement à ouverture sur le devant, mettre les sous-vêtements, un pantalon, une jupe, des bas, une ceinture, des chaussettes et des chaussures, peut manipuler des fermetures éclair, des boutons, des boutons-pression, peut mettre en place et enlever seul selon le cas une orthèse ou une prothèse OU requiert une adaptation pour attacher ses vêtements OU prend plus de temps que la normale.

2 - Supervision ou arrangement

requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (mise en place d'une orthèse ou d'une prothèse, préparation des vêtements ou d'une aide technique spécialisée).

3 - Assistance partielle

nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des deux "Actions".

4 - Assistance totale

nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux "Actions".

55₂) Déplacements + Locomotion

- Inclut 5 "Actions" :

Transferts lit-chaise-fauteuil roulant : se transférer vers le lit, la chaise ou le fauteuil roulant et inversement OU si la marche est le mode habituel de locomotion, passer du lit, de la chaise à la position debout et inversement.

Transferts aux toilettes : s'asseoir et se relever du siège des toilettes.

Transferts à la baignoire ou à la douche : entrer et sortir de la baignoire ou de la douche.

Locomotion : marcher une fois en position debout OU utiliser un fauteuil roulant en terrain plat en toute sécurité.

Utilisation des escaliers : monter et descendre une volée de marches (12 à 14 marches).

Exception : si le mode de déplacement le plus courant est le fauteuil roulant (ou chaise roulante, chariot plat, tricycle etc...), ne pas coter cette "Action" Utilisation des escaliers.

1 - Indépendance complète ou modifiée

effectue seul l'ensemble de ses déplacements et de ses transferts OU utilise des aides techniques ou adaptations, OU prend plus de temps que la normale, OU le fait avec un risque acceptable.

2 - Supervision ou arrangement

requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) ou un arrangement (positionnement d'une planche de transfert, mobilisation d'un cale-pied) OU nécessite une supervision pour parcourir 45m, quel que soit le mode de déplacement (marche ou fauteuil roulant) ou monter-descendre une volée de marches d'escalier (12 à 14 marches).

3 - Assistance partielle

nécessite une assistance partielle pour effectuer au moins l'une de ces 4 ou 5 "Actions".

4 - Assistance totale

nécessite une assistance totale pour effectuer au moins l'une de ces 4 ou 5 "Actions".

55₃) Alimentation

- Inclut 3 "Actions" nécessaires à l'ingestion des repas (lorsque ceux-ci sont préparés et présentés au patient de manière habituelle sur une table ou sur un plateau) :

Utilisation des ustensiles réguliers pour porter les aliments à la bouche,

Mastication,

Déglutition (avalier la bouchée ou la gorgée)

1 - Indépendance complète ou modifiée

mange en prenant sur une assiette les aliments de toute consistance et boit à partir d'une tasse ou d'un verre, utilise les ustensiles réguliers OU utilise une aide technique ou une adaptation (paille, couteau-fourchette etc...) OU requiert plus de temps que la normale OU nécessite des aliments à consistance modifiée ; si le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient se l'administre seul.

2 - Supervision ou arrangement

requiert une supervision (présence, suggestion, stimulation) OU un arrangement (mise en place d'une prothèse, d'une orthèse, ouvrir un récipient, couper la viande, beurrer les tartines et verser les liquides) OU requiert une aide pour ouvrir les récipients, couper la viande, verser les liquides.

3 - Assistance partielle

nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des trois "Actions" OU lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient ne le gère que partiellement.

4 - Assistance totale

nécessite une assistance totale pour au moins l'une des trois "Actions" OU lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient ne le gère pas.

55₄) Continence

-Inclut 2 "Actions" :

Contrôle de la miction : assurer un contrôle complet et volontaire de la miction OU utiliser de l'équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle.

Contrôle de la défécation : assurer un contrôle complet et volontaire de la défécation OU utiliser de l'équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle.

1 - Indépendance (totale ou modifiée)

contrôle complètement la miction et la défécation et n'est jamais incontinent OU, s'il requiert un matériel spécifique qu'il place, utilise et nettoie seul, n'est jamais incontinent.

Matériel spécifique pour la continence :

*** urinaire :**

- urinal
- bassin de lit
- chaise d'aisance
- couche, serviette absorbante
- sondes
- collecteur urinaire
- médicaments

*** fécal :**

- bassin de lit
- chaise d'aisance
- stimulation digitale
- lavement
- médicaments
- poche de stomie

2 - Supervision ou arrangement :

requiert une supervision (éducation) OU l'arrangement de l'équipement pour maintenir un contrôle satisfaisant OU incontinence exceptionnelle (moins d'1 fois par mois).

3 - Assistance partielle

nécessite une assistance partielle (l'entretien de son système collecteur urinaire, etc...) pour au moins l'une des deux "Actions", OU peut avoir une incontinence occasionnelle (moins d'1 fois par jour).

4 - Assistance totale

nécessite une assistance totale pour au moins l'une des deux "Actions" OU, incontinent total, le patient se souille fréquemment au cours des 24 heures, et nécessite une assistance totale pour changer ses protections.

Remarques : **Pour un patient porteur d'une sonde à demeure**, c'est la gestion de la poche à urine qui est évaluée ici (et non la pose d'une sonde à demeure qui constitue un acte infirmier) :

- . Si le patient gère seul sa poche à urine, coter 1.
- . Si l'infirmière (ou un autre intervenant) supervise la gestion de la poche à urine, coter 2.
- . Si l'infirmière (ou un autre intervenant) gère entièrement la poche à urine, coter 4.

Pour un patient porteur d'un système de stomie, c'est la gestion de ce système qui est évaluée ici (cotations : confer ci-dessus).

55₅) Comportement

- Inclut **1 "Action"** :

Interaction sociale : s'entend et participe avec les autres, à des situations sociales ou thérapeutiques, assure ses besoins propres en même temps que ceux des autres.

1 - Indépendance totale ou modifiée

se conduit de façon appropriée avec les membres de l'équipe de soins, les autres patients et les membres de sa famille dans la plupart des cas OU peut prendre plus de temps que la normale pour s'ajuster à des situations sociales, OU peut avoir besoin de médicaments pour garder le contrôle.

2 - Supervision

requiert une supervision OU une surveillance en cas de situations inhabituelles ou stressantes.

3 - Assistance partielle

ne se conduit de façon appropriée qu'une partie du temps, nécessite parfois des interventions, voire des négociations ou des restrictions.

4 - Assistance totale

se conduit le plus souvent de façon inappropriée, nécessite des restrictions.

Exemples de conduites sociales inappropriées :

- . crises de colère intempestives,*
- . langage excessif, grossier, violent,*
- . rires et pleurs excessifs,*
- . violences physiques,*
- . attitude très renfermée ou sans interaction.*

Remarque : La démence ou toute autre pathologie mentale du patient devra faire l'objet d'une description particulière dans le cadre du recueil de la morbidité et à l'aide d'un ou plusieurs codes CIM-10.

55₆ Relation-Communication

- Inclut 2 "Actions" :

Compréhension d'une communication visuelle ou auditive.

Expression claire du langage verbal et non verbal.

1 - Indépendance complète ou modifiée

comprend et s'exprime normalement, ce qui permet des relations humaines aisées OU comprend et s'exprime difficilement en prenant plus de temps que la normale.

2 - Supervision

requiert parfois une stimulation pour permettre les échanges (faire répéter, parler plus lentement, s'aider d'un geste, d'un support etc...).

3- Assistance partielle

ne comprend ou n'utilise que des mots, expressions ou gestes simples, nécessite fréquemment une aide.

4 - Assistance totale

ne s'exprime pas et / ou ne communique pas OU le fait de façon inappropriée.

6) ECHELLE D'ÉVALUATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT

Cette rubrique doit être exclusivement renseignée :

- ❑ **pour les patients pris en charge en hospitalisation complète ou en hospitalisation de semaine, et uniquement si celle-ci a lieu dans l'unité d'hospitalisation temps complet ou au SMPR.**
- ❑ **et pour les patients pris en charge en hospitalisation de jour ou en accueil de jour**

Cette rubrique ne doit pas être renseignée :

- ❑ **pour les patients en hospitalisations à temps complet autre** (à domicile, en centre de post-cure, en appartement thérapeutique, en centre de crise, en service d'accueil familial thérapeutique) ;
- ❑ **ni pour les patients en hospitalisation de nuit.**

- Le médecin responsable du malade cotera, **au terme de chaque semaine d'observation**, le fonctionnement psychologique, social et professionnel du patient, à condition qu'il est plus de 3 ans, au moyen d'une note unique de l'échelle EGF décrite ci-après.

- L'EGF²⁰ permet d'évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Ne pas tenir compte d'une altération du fonctionnement due à des facteurs limitant d'ordre physique ou environnemental.

- Utiliser des **codes intermédiaires** lorsque cela est justifié : p. ex. 45,68,72

- Si au cours de la semaine d'observation, le patient présente différents états correspondant à différentes notes, utiliser la **note la plus basse correspondante à l'état le plus dégradé.**

²⁰ L'évaluation globale du fonctionnement psychologique sur une échelle de 1 à 100 a été opérationnalisée par Luborsky dans l'Echelle d'Evaluation Santé-Maladie (Luborsky L. « Clinician's Judgments of Mental Health », Archives of General Psychiatry 7 : 407-417, 1962). Spitzer et al ont développé une révision de l'Echelle d'Evaluation Santé-Maladie intitulée l'Echelle d'Evaluation Globale (Global Assessment Scale ou GAS) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J : « The Global Assessment Scale : A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance » », Archives of General Psychiatry 33 : 766 – 771, 1976). Une version modifiée de la GAS a été incluse dans le DSM-III-R sous le nom d'Echelle d'Evaluation globale du fonctionnement EGF (Global Assessment of Functioning – GAF- Scale)

61) ECHELLE EGF POUR UN PATIENT ADULTE

100 - 91	<i>Absence de symptômes</i>
90 - 81	<i>Symptômes absents ou minimes (ex. anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (ex. conflit occasionnel avec des membres de la famille)</i>
80 - 71	<i>Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (ex. des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'un handicap léger du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (ex. fléchissement temporaire du travail scolaire)</i>
70 - 61	<i>Quelques symptômes légers (ex. humeur dépressive et insomnie légère) OU une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (ex. école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.</i>
60 - 51	<i>Symptômes d'intensité moyenne (exemple : émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) OU difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (ex. peu d'amis, conflits avec les collègues de travail).</i>
50 - 41	<i>Symptômes importants (ex. idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) OU handicap important dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi).</i>
40 - 31	<i>Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (exemple : discours par moments illogique, obscur ou inadapté) OU handicap majeur dans plusieurs domaines (ex. le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (ex. un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et échoue à l'école).</i>
30 - 21	<i>Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations OU trouble grave de la communication ou du jugement (exemple : parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) OU incapable de fonctionner dans tous les domaines (exemple : reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis)</i>
20 - 11	<i>Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (exemple : tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) OU incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum (ex. se barbouille d'excréments) OU altération massive de la communication (exemple : incohérence indiscutable ou mutisme)</i>
10 - 1	<i>Danger persistant d'hétéro-agression grave (exemple : accès répétés de violence) OU incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minime OU geste suicidaire avec attente précise de la mort.</i>

62) ECHELLE EGF POUR UN PATIENT NON ADULTE DE PLUS DE 3 ANS²¹

100-91	<i>Niveau de fonctionnement maximal dans tous les domaines (à la maison, à l'école et avec les camarades) ; le sujet s'investit dans un large champ d'activités et a de nombreux intérêts (par ex : a des loisirs préférés ou participe à des activités extra-scolaires ou fait partie d'organisation comme les scouts, etc ...) ; agréable, confiant ; les soucis quotidiens ne prennent jamais une place disproportionnées : travaille bien à l'école.</i>
90-81	<i>Fonctionne bien dans tous les domaines, se sent bien en famille, à l'école et avec ses camarades : il peut y avoir des difficultés transitoires et les soucis quotidiens peuvent occasionnellement ne pas être tout à fait maîtrisés (par ex : anxiété modérée en rapport avec un examen important, mouvement d'humeur occasionnel avec les frères et sœurs, les parents ou les camarades).</i>
80-71	<i>Rien de plus qu'une légère baisse du fonctionnement à la maison, à l'école ou avec les camarades : quelques manifestations comportementales ou émotionnelles peuvent apparaître en écho à des difficultés événementielles (par ex : séparation parentale, décès, naissance d'un frère ou d'une sœur) mais ces manifestations sont de courte durée et leur impact sur le fonctionnement est transitoire : de tels enfants sont seulement un peu troublés par rapport aux autres et ne sont pas considérés comme perturbés par ceux qui les connaissent.</i>
70-61	<i>Quelques difficultés dans un seul domaine, mais généralement, fonctionne plutôt bien (par ex. conduite antisociale sporadique ou isolée, comme une tendance occasionnelle à tricher en jouant ou peut commettre des vols insignifiants : présente des difficultés mineures mais durables avec le travail scolaire ; changement d'humeur de brève durée, pleurs et anxiété qui ne conduisent pas à des grandes modifications comportementales ; manque de confiance) ; à quelques relations interpersonnelles significatives ; la plupart des gens qui ne connaissent pas très bien l'enfant ne le considère pas comme perturbé, mais ceux qui le connaissent bien peuvent se montrer préoccupé.</i>
60-51	<i>Fonctionnement variable avec des difficultés sporadiques ou des symptômes de plusieurs zones de fonctionnement social ; les troubles sont apparents à ceux qui rencontrent l'enfant à un moment ou dans un contexte de dysfonctionnement, mais pas à ceux qui voient l'enfant dans d'autres contextes.</i>
50-41	<i>Le fonctionnement est altéré de manière modérée dans la plupart des zones de fonctionnement social ou bien il existe une altération sévère dans un domaine comme ce peut être le cas par ex avec des préoccupations ou ruminations suicidaires, un refus d'aller à l'école ou d'autres formes d'anxiété, des rituels ou autres manifestations obsessionnelles, des symptômes importants de conversion, de fréquentes attaques de panique, des attitudes sociales pauvre ou inappropriées, de fréquents épisodes d'agressivité ou d'autres comportements anti-sociaux avec une certaine préservation de relations sociales ayant un sens.</i>
40-31	<i>Altération majeure de fonctionnement dans la plupart des domaines et incapacité à fonctionner dans un seul de ces domaines, par ex : perturbé à la maison, à l'école, avec les camarades ou dans la société de manière plus générale., c'est à dire, manifestations agressives persistantes sans significations claires : retrait marqué et comportement isolé... ou troubles de la pensée, tentative de suicide avec attente claire de la mort : de tels enfants sont susceptibles de nécessiter une scolarité particulière et/ou une hospitalisation ou un retrait de l'école (cela n'est pas un critère suffisant pour leur inclusion dans cette catégorie).</i>
30-21	<i>Incapable de fonctionner dans presque tous les domaines, c'est à dire, reste à la maison, dans la cours ou au lit toute la journée, sans prendre part à aucune activité sociale ou altération sévère du rapport à la réalité ou trouble important de la communication (c'est à dire propos qui peuvent être incohérents ou inappropriés).</i>
20-11	<i>Nécessite une surveillance importante pour prévenir l'auto ou l'hétéro-agressivité (c'est à dire violence fréquente, tentatives de suicides répétées) ou pour maintenir une hygiène personnelle ou altération importante de toutes les formes de communication.</i>
10-1	<i>A besoin d'une supervision constante pendant plusieurs jours pour empêcher qu'il ne se blesse ou blesse les autres, n'essaye pas du tout de maintenir un minimum d'hygiène personnelle.</i>

7) MODE DE SCOLARISATION

²¹ La CGAS a été adaptée de la GAS par Shaffer et al. (1983).

Cette rubrique doit être exclusivement renseignée :

- ❑ pour les patients pris en charge en **hospitalisation complète** ou en hospitalisation de semaine (dans l'unité d'hospitalisation temps complet ou au SMPR, à domicile, en centre de post-cure, en appartement thérapeutique, en centre de crise, en service d'accueil familial thérapeutique) : il s'agit de décrire le **mode de scolarisation habituel durant l'année scolaire en cours**. Cette information doit être répétée chaque semaine tout au long du séjour.
- ❑ **pour les patients pris en charge en hospitalisation de jour ou en accueil de jour, pour les patients en hospitalisation de nuit**, il s'agit de décrire le **mode de scolarisation durant la semaine**.

Il s'agit de décrire le mode de scolarisation des patients enfants et adolescents de 19 ans et moins, avec 5 possibilités :

- le patient n'est **pas encore scolarisé** (code 1)
- le patient est **scolarisé normalement** (code 2)
- le patient est **scolarisé en classe spécialisée en établissement d'enseignement – classes de perfectionnement, classes d'adaptation, CLIS, SES, UPI, EREA** - (code 3)
- le patient est **scolarisé en établissement d'éducation spéciale - annexe 24 médico-sociale : IME, IRPP, IMPRO** – (code 4)
- le patient est **scolarisé dans l'établissement de soins** (code 5)
- le patient est **absent de sa scolarité** (code 6)
- le patient est dans une **autre situation**, par exemple d'activité professionnelle pour des jeunes adultes de moins de 19 ans (code 7)

Chapitre VII

LE RÉSUMÉ HEBDOMADAIRE STANDARDISÉ

« Volet 2 – MORBIDITÉ »

- Les informations renseignées dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé – volet 2 (RHS) doivent être décrites strictement **pour chacune des semaines (du lundi au dimanche), quel que soit le nombre de journées de présence du patient au cours de ces semaines.**

Par exemple, si un patient est hospitalisé du 13 avril au 23 avril 2000, un premier RHS décrira ses caractéristiques de morbidité du jeudi 13 au dimanche 16 inclus et couvrira donc 4 jours de son hospitalisation, tandis que le deuxième résumé de morbidité concernera 7 jours, du lundi 17 au dimanche 23 avril inclus.

- **En cas d'hospitalisation de jour, d'hospitalisation de nuit, un RHS est établi pour l'ensemble des venues élémentaires ou des séances se déroulant pendant la semaine** (dès lors qu'il n'y a pas de changement de "type d'activité").

- **Ce volet doit être renseigné quel que soit le type d'activité défini au paragraphe 4 du chapitre I (type d'activité d'hospitalisation 1, 2, 3, 4 ou 5).**

- La morbidité portée sur le Résumé Hebdomadaire Standardisé est **renseignée à partir des informations contenues dans le dossier médical du patient en suivant trois étapes successives** dont le déroulement est le suivant :

. **Extraction et synthèse** des informations pertinentes.

. **Hiérarchisation** des informations sélectionnées avec recherche des diagnostics significatifs et des diagnostics dits documentaires (concepts développés ci-après).

. **Codage** des informations sélectionnées et hiérarchisées permettant de les traduire dans un langage commun, en l'occurrence ici la **Classification Internationale des Maladies dans sa dixième révision (CIM-10)**, sans lequel l'échange et la comparaison des informations sont impossibles.

Le codage doit ainsi constituer la dernière étape de la démarche permettant de renseigner la morbidité.

L'utilisation des volumes I ("table analytique") et III ("index alphabétique")²² de la CIM10 est indispensable pour coder la morbidité du RHS.

Les règles particulières d'utilisation de la CIM10 dans le cadre du recueil "PMSI psychiatrie" sont énoncées dans ce chapitre.

1) 4 QUESTIONS À SE POSER POUR DÉCRIRE LA MORBIDITÉ DU PATIENT ET HIÉRARCHISER LES INFORMATIONS

- ✓ Qu'est-ce qui est en rapport avec l'effort soignant médical et non médical et qui a été principalement pris en charge durant la semaine écoulée ?
- ✓ Quel est le trouble mental ou du comportement à caractère longitudinal ?
- ✓ Existe-t-il des facteurs décrivant l'environnement du patient ?
- ✓ Existe-t-il une cause externe de morbidité et de mortalité ?

11) Qu'est-ce qui est en rapport avec l'effort soignant médical et non médical et qui a été principalement pris en charge durant la semaine écoulée ?

- Trois variables, une principale et deux complémentaires, permettent de répondre à cette question :

✓ Le "diagnostic principal"

Il s'agit principalement d'un **trouble mental ou du comportement**, le cas échéant de symptômes, signes, résultats anormaux d'examens et autres motifs de recours aux soins, significatifs de l'essentiel de l'effort de soins ou de consommation de ressources durant la semaine écoulée.

Cette information doit être **obligatoirement mentionnée sur le RHS pour rendre possible le classement de celui-ci dans un Groupe Homogène de Journées.**

✓ le diagnostic associé significatif

Il s'agit de l'éventuel trouble mental ou du comportement associé, également en rapport avec l'effort de soins ou de consommation de ressources durant la semaine écoulée.

Par exemple : trouble lié à une substance

²² Ces ouvrages, publiés par l'Organisation Mondiale de la Santé, sont disponibles en librairie.

Le classement du RHS dans un Groupe Homogène de Journées est **possible en l'absence de cette information. Toutefois, la présence de certains diagnostics associés significatifs est déterminante pour le classement** du RHS (voir algorithme de groupage).

✓ **le diagnostic somatique significatif**

- Il s'agit de décrire l'affection somatique lourde nécessitant plus d'1 heure de soins ou d'accompagnement par jour, durant la semaine écoulée. En pratique il s'agira :
 - soit d'une affection somatique qui a nécessité durant la semaine écoulée des investigations ou actes lourds réalisés en dehors du service psychiatrique, mais dont le service psychiatrique assure la charge de soins au retour du patient après que les actes aient été effectués,
 - soit d'une affection somatique chronique et/ou invalidante, ne nécessitant pas l'hospitalisation vers un service MCO ou SSR, et par conséquent dont le service psychiatrique assure la prise en charge.

Ne doivent **pas être retenus comme significatifs les antécédents**, c'est à dire les maladies dont un patient a souffert antérieurement mais qui sont guéries.

- Le classement du RHS dans un Groupe Homogène de Journées est **possible en l'absence de cette information. Toutefois, la présence d'une affection somatique significative est déterminante pour le classement** du RHS (voir algorithme de groupage).
- Ces 3 informations de **morbidité**, comme les autres variables du RHS, doivent être **décrites de façon rétrospective** au terme de chaque semaine d'observation et en connaissance de toutes les informations acquises au cours de cette semaine.
- **Cette description peut varier d'une semaine à l'autre** selon l'évolution de :
 - . l'état clinique du patient,
 - . l'orientation de sa prise en charge ou de son traitement.

- Dans le cadre du recueil PMSI, la sélection et la hiérarchisation des informations sur la morbidité doivent être réalisées sous l'angle de la mobilisation des ressources.

12) – Quel est le trouble mental ou du comportement à *caractère longitudinal* ?

Une variable permet de répondre à cette question :

- **Le diagnostic psychiatrique longitudinal :**

C'est le diagnostic de l'affection dite « life - time » qui caractérise globalement le patient, sans être spécifique d'une semaine donnée ou d'un séjour donné.

Le diagnostic longitudinal peut justement être le même que celui pour lequel l'essentiel de l'effort est réalisé durant la semaine écoulée ou bien encore le même que le diagnostic associé significatif ; dans ce cas, le même code diagnostic est à inscrire dans les deux zones : zone du diagnostic longitudinal d'une part, zone du diagnostic principal ou bien zone du diagnostic associé significatif d'autre part.

Cette information n'est **pas directement utile au classement du RHS**, n'a pas de caractère obligatoire mais est proposée à titre documentaire, pour servir par exemple à une étude de population.

En effet, il est important que le PMSI conserve tout son intérêt comme support d'information exploitable à des fins autres que celles de l'allocation ressources.

13) – Existe-t-il des facteurs décrivant l'environnement du patient ?

Deux facteurs d'environnement peuvent être décrits

- Il s'agit de déterminer les facteurs susceptibles de menacer la santé des sujets tels que certaines conditions socio-économiques et psycho - sociales et les éventuels antécédents personnels et familiaux de certaines affections
- Ces 2 informations de **morbidité**, comme la plupart des autres variables du RHS, doivent être **décrites de façon rétrospective** au terme de chaque semaine d'observation et en connaissance de toutes les informations acquises au cours de cette semaine.
- **Cette description peut varier d'une semaine à l'autre** selon l'évolution de :
 - . l'état clinique du patient,
 - . l'orientation de sa prise en charge ou de son traitement.

Ces informations ne sont **pas directement utiles au classement du RHS**, n'ont pas de caractère obligatoire mais sont proposées à titre documentaire.

14) – Existe-t-il une cause externe de morbidité et de mortalité ?

- Une variable permet de décrire une cause externe responsable **de lésions traumatiques, d'intoxication, et d'autres effets indésirables et notamment les lésions auto-infligées** peuvent être décrites.

- Cette information de **morbidité**, comme la plupart des autres variables du RHS, doit être **décrite de façon rétrospective** au terme de chaque semaine d'observation et en connaissance de toutes les informations acquises au cours de cette semaine.
- **Cette description peut varier d'une semaine à l'autre** selon l'évolution de :
 - . l'état clinique du patient,
 - . l'orientation de sa prise en charge ou de son traitement.
- Cette information n'est **pas directement utile au classement du RHS**, n'a pas de caractère obligatoire mais est proposée à titre documentaire.

2) CODAGE DU "DIAGNOSTIC PRINCIPAL"

- Le diagnostic " principal" est **renseigné exclusivement** :
 - **par un code "F" du chapitre V de la CIM-10** : *"TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT"* (F00.- à F99.-) ;
 - **ou par un code "R" du chapitre XVIII de la CIM-10** : *"Symptômes, signes résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs"* (R00.- à R99.-) ;
 - **ou par un code "Z" du chapitre XXI de la CIM10** : *"Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé "* (Z00.- à Z99.-) ;
- Seuls les codes "R40 à R69" sont utilisables pour décrire un diagnostic principal, notamment lorsque les états morbides sont mal définis, au point qu'aucun diagnostic qui puisse être classé ailleurs n'a été formulé, les autres codes R étant sans objet en psychiatrie.
- Seuls les codes "Z00-Examen général et investigations de sujets ne se plaignant de rien ou pour lesquels aucun diagnostic n'est rapporté", "Z02-Examen médical et prise de contact à des fins administratives" et "Z03-Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies" sont utilisables pour décrire un diagnostic principal. Ces codes ne peuvent pas être utilisés au delà de 2 RHS d'un séjour donné.

3) CODAGE DU "DIAGNOSTIC ASSOCIE SIGNIFICATIF"

- Le diagnostic "associé significatif" est **renseigné exclusivement par un code "F" du chapitre V de la CIM-10** : *"TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT"* (F00.- à F99.-) ;
- Tous les codes "F" peuvent être utilisés. Toutefois, **seuls les couples de codes "F1- Troubles mentaux liés aux substances", associé à "F3-Troubles de l'humeur" et les couples de codes "F1- Troubles mentaux liés aux substances" associé à "F6-Troubles de la personnalité et du**

comportement chez l'adulte", sans importance quant à l'ordre des 2 codes entre diagnostic principal et diagnostic associé significatif, seront considérés comme des co-morbidités. Dans tous les autres cas d'associations d'un diagnostic principal et d'un diagnostic associé significatif, seul le code en diagnostic principal sera l'information d'orientation dans une Catégorie Majeure Diagnostique..

- De plus, si un code Z ou un code R a été utilisé en diagnostic principal, il ne peut y avoir de code diagnostic associé significatif.

4) CODAGE DE "L'AFFECTION SOMATIQUE SIGNIFICATIVE"

- "L'Affection somatique significative" est **renseignée par un code des chapitres I à IV et VI à XVII et XIX de la CIM-10.**

- **Ni le chapitre V (codes F00.- à F99.-), ni le chapitre XVIII (codes R00.- à R99.-), ni le chapitre XX (codes V01.- à Y98.-), ni le chapitre XXI (codes Z00. à Z99.-) ne peuvent être utilisés pour la coder.**

5) CODAGE DE "L'AFFECTION PSYCHIATRIQUE LONGITUDINALE "

- Le "Diagnostic de l'affection psychiatrique longitudinale" est **renseigné exclusivement par un code "F" du chapitre V de la CIM-10 : *"TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT"* (F00.- à F99.-) ;**

- **L'"Affection psychiatrique longitudinale" doit être renseignée y compris lorsqu'il s'agit également de celle déjà décrite par le "Diagnostic principal" ou par le "Diagnostic associé significatif"**

6) CODAGE DES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

- Les facteurs environnementaux sont renseignés exclusivement par un code du chapitre **"Z" du chapitre XXI de la CIM-10 : *"FACTEURS INFLUA NT SUR L'ETAT DE SANTE ET MOTIFS DE RECOURS AUX SERVICES DE SANTE"* (Z00.- à Z99.-) ;**

- Seuls les codes "Z55 à Z65" et les codes "Z80 à Z99" sont utilisables pour décrire un facteur environnemental ; les autres codes Z pour ces rubriques étant sans objet en psychiatrie.

7) CODAGE DE LA CAUSE EXTERNE DE MORBIDITE ET DE MORTALITE

- La cause externe de morbidité et de mortalité est renseignée exclusivement par un code du chapitre "V, W, X, Y" du chapitre XX de la CIM-10 (V00.- à Y99.-) ;

8) RÈGLES GÉNÉRALES D'UTILISATION DE LA CIM-10

Remarque : Les **consignes** présentées dans ce document sont **spécifiques au recueil d'information standard "PMSI psychiatrie"**. Certaines d'entre elles figurent néanmoins dans la CIM-10.

8₁) Nombre de caractères des codes CIM-10

- Les codes "tête de catégorie" à 3 caractères ne doivent pas être utilisés dans le recueil, s'ils comportent une subdivision.

. Seuls doivent être utilisés les codes à 4 caractères ou plus, dès lors que ceux-ci figurent comme tels dans la CIM10 pour une catégorie.

Par exemple, il faut utiliser F20.4 "Dépression post-schizophrénique" et non pas "F20" "schizophrénie".

- **En revanche, les codes à 3 caractères sans extension** comme F28 "Autres troubles psychotiques non organiques" **sont acceptés**.

. Lorsqu'un **code** de la CIM-10 comporte seulement 3 caractères, il est **cadre à gauche**.

82) Tableau récapitulatif d'utilisation des chapitres de la CIM-10

VARIABLES DE MORBIDITÉ	CHAPITRES CIM-10				
	I à IV et VI à XVII et XIX	V	XVIII	XX	XXI
"Diagnostic principal"	NON	OUI	OUI (R40 – R69) pas de diagnostic associé significatif	NON	OUI (Z00, Z02 ou Z03) caractère provisoire pas de diagnostic associé significatif
"Diagnostic associé significatif"	NON	OUI	NON	NON	NON
"Diagnostic somatique significatif"	OUI	NON	NON	NON	NON
Diagnostic psychiatrique longitudinal	NON	OUI	NON	NON	NON
Facteur environnementaux	NON	NON	NON	NON	OUI (Z55 – Z65 ; Z80 – Z99)
Cause externe de morbidité et de mortalité	NON	NON	NON	OUI	NON

ANNEXES

**AU GUIDE METHODOLOGIQUE DE
PRODUCTION DES RHS**

<p style="text-align: center;">ANNEXE 1 MEMBRES DU GROUPE TECHNIQUE Dont FORMATEURS AU TEST DU RECUEIL STANDARD*</p>

MISSION PMSI : C BRONNEC, M.RINEAU

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
DHOS, 8 av de Ségur
75350 PARIS 07 SP
téléphone : 01 40 56 60 00 poste 61597
télécopie : 01 – 40 – 56 – 50 – 37

Centre de Traitement de l'Information du PMSI (CTIP) : C. LANDAIS

12 rue Cuvier
75005 PARIS
téléphone : 01 42 17 08 71
télécopie : 01 44 27 65 83

- **Madame le Docteur D'ALCHE GAUTIER**

CHU DE CAEN
av Georges Clémenceau
14033 Caen
Praticien Hospitalier Responsable DIM

- **Monsieur le Docteur ALLOY**

CHG DES CHANAUX
Bd de l'hôpital
71018 Macon cedex
Praticien Hospitalier responsable du DIM

- **Madame BERNARD**

DRASS AQUITAINE
Cité administrative
2 rue J.Ferry BP 952
33063 Bordeaux cedex
Médecin inspecteur de santé publique

- **Monsieur le Docteur CHOMON***

CH du HAUT RHIN
27 rue de 4e RSM
68250 Rouffach
Praticien hospitalier, responsable du DIM

- **Madame COULONJU**

L'ELAN RETROUVE
23 rue de la Rochefoucauld
75009 Paris

Directeur

- **Monsieur COVILETTE**

CHS LE VINATIER

95 bd Pinel

69677 Bron cedex

Directeur des Affaires Financières

- **Monsieur le Docteur ESCALIER**

CH DU GERS

10 rue Michelet

BP 363 32008 Auch

Praticien Hospitalier responsable du DIM

- **Monsieur le Docteur FLEURANT**

CHG DE NIORT

Secteur de Psychiatrie Adulte

35 av de Saint-Jean

79031 Niort cedex

Praticien Hospitalier Responsable DIM

- **Monsieur le Docteur FORNARI**

CH MONTPERRIN

109 av du Petit Barthélémy

13617 Aix en Provence cedex 1

Praticien Hospitalier

- **Monsieur GAUBERT**

CH du HAUT RHIN

27 rue de 4e RSM

68250 Rouffach

Infirmier général

- **Madame le Docteur GIRAUD**

CH DE SAINT EGREVE

BP 100

38521 Saint Egrève cedex

Praticien Hospitalier Chef de service

- **Madame HASSLER**

CH du HAUT RHIN

27 rue de 4e RSM

68250 Rouffach

Psychologue

- **Monsieur le Docteur JACQUES**

EPSD MARNE

56 av du G. Sarraill

51022 Chalons/ Marne

Praticien Hospitalier Chef de service

- **Madame le Docteur MARION***

CHG DE NIORT

Secteur de Psychiatrie Adulte

35 av de Saint-Jean
79031 Niort cedex
Praticien Hospitalier Chef de service

- **Monsieur le Docteur ORTH***

Clinique Saint François
10 bd Pasteur
06046 Nice cedex 1
Psychiatre Directeur

- **Madame le Docteur PASCAL***

CH MONTPELLIER
Secteur 16
109 av du Petit Barthélémy
13617 Aix en Provence
Psychiatre, Praticien Hospitalier

- **Monsieur le Docteur PENOCHET**

CHU MONTPELLIER
Hôpital La Colombière
Secteur Montpellier Littoral
34295 Montpellier cedex 5
Praticien Hospitalier Chef de service

- **Madame le Docteur PIEGAY***

CH LE VINATIER
95 bd Pinel
69677 Bron cedex
Praticien Hospitalier
Responsable DIM

- **Monsieur le Docteur PINSON**

Association Sainte Marie
87 avenue J. Raybaud
06000 NICE
Praticien Hospitalier
Responsable de l'information médicale

- **Madame REBER**

MEDIPSY
34 place des Lices
Directrice du développement

- **Monsieur ROY**

CHG DE NIORT
Secteur de Psychiatrie Adulte
35 av de Saint-Jean
79031 Niort cedex
Infirmier général

- **Monsieur le Docteur SAULEAU***

EPSAN
141 av de Strasbourg
BP 83

67173 BRUMATH
Praticien Hospitalier Responsable du DIM

- **Madame SCHMIDT**

CH du HAUT RHIN
27 rue de 4e RSM
68250 Rouffach
Infirmière générale

- **Monsieur SEGADE**

CH LE VINATIER
95 bd Pinel
69677 Bron cedex
Directeur Général

- **Monsieur TORTOSA***

CHU MONTPELLIER
Secteur Montpellier littoral
34295 Montpellier cedex 5
Cadre infirmier

- **Monsieur le Docteur WAGENAAR***

La Cassière
63970 AYDAT
Psychiatre, Praticien Hospitalier

- **Monsieur le Docteur WELTER***

CH CAEN
93 rue de la Caponnière
BP 223 14012 Caen cedex
Praticien Hospitalier
Responsable de DIM

<p align="center">ANNEXE 2</p> <p align="center">MEMBRES DU COMITE DE SUIVI PMSI PSYCHIATRIE</p>
--

INSTITUTION	NOM
FIEHP	Monsieur LEONARDI
UHP	Monsieur ORTH (titulaire) Monsieur BECAMEL(suppléant)
FEHAP	Monsieur JOUVE
UNIOPSS	Monsieur GROUES
URIOPSS Ile de France	Monsieur ANDREYS
FHF	Monsieur DEIXONNE (titulaire) Monsieur MORETTE (suppléant)
CONFERENCE DES MIR	Monsieur MARGUE Monsieur LOPEZ
CONFERENCE DES DRASS	Madame TOUROLLE
ASSOCIATION DES DDASS	Monsieur TRAMIER
CONFERENCE DES PRESIDENTS DE CME DE CHU	Professeur COUDERT
CONFERENCE DES PRESIDENTS DE CME DE CHS	Monsieur BOURCY
CONFERENCE DES PRESIDENTS DE CME DE CH NON UNIVERSITAIRES	Monsieur NOE
CONFERENCE DES DIRECTEURS DE CHU	Monsieur VERGNES Monsieur COURBIS
ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES ETABLISSEMENTS GERANT DES SECTEURS DE SANTE MENTALE	Monsieur MOSNIER (titulaire) Monsieur BARSACQ (suppléant)
CONFERENCE DES DIRECTEURS DE CH NON UNIVERSITAIRES	Monsieur DECOUCUT
CNAMTS	Madame VUILLEMIN Madame VIBET
CNAM ENSM	Madame BRAMI
CANAM	Monsieur COLLET Monsieur OK
MSA	Monsieur PINCHENZON
DGS	Monsieur LARCHER

DSS	Madame REBLE Madame DOUCET
DH / EO	Madame ROUSSEAU Madame LHOSTIS Madame BONNAFOUS
DREES	Monsieur GADEL

<p style="text-align: center;">ANNEXE 3 COORDONNEES DES FORMATEURS AU TEST DE FAISABILITE DU RECUEIL STANDARD</p>
--

- **Monsieur le Docteur CHOMON***

CH du HAUT RHIN
27 rue de 4e RSM
68250 Rouffach
Praticien hospitalier, responsable du DIM

- **Monsieur le Docteur ORTH***

Clinique Saint François
10 bd Pasteur
06046 Nice cedex 1
Psychiatre Directeur

- **Madame le Docteur PASCAL***

CH MONTPELLIER
Secteur 16
109 av du Petit Barthélémy
13617 Aix en Provence
Psychiatre, Praticien Hospitalier

- **Madame le Docteur PIEGAY***

CH LE VINATIER
95 bd Pinel
69677 Bron cedex
Praticien Hospitalier
Responsable DIM

- **Monsieur le Docteur SAULEAU***

EPSAN
141 av de Strasbourg
BP 83
67173 BRUMATH
Praticien Hospitalier Responsable du DIM

- **Monsieur TORTOSA***

CHU MONTPELLIER
Secteur Montpellier littoral
34295 Montpellier cedex 5
Cadre infirmier

- **Monsieur le Docteur WAGENAAR***

La Cassière
63970 AYDAT
Psychiatre, Praticien Hospitalier

- **Monsieur le Docteur WELTER***

CH CAEN
93 rue de la Caponnière
BP 223 14012 Caen cedex

Praticien Hospitalier
Responsable de DIM

<p>ANNEXE 4</p> <p>SCHEMAS ILLUSTRATIFS ATTRIBUTION N° SEJOUR</p>

<p>ANNEXE 5 QUESTIONNAIRE</p>

<p>ANNEXE 6 CODES PAYS</p>
--

<p style="text-align: center;">ANNEXE 7 TABLEAU RECAPITULATIF DES MOUVEMENTS</p>
--