

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
D'INFORMATION STANDARDISEES POUR
L'AMBULATOIRE (RIS-A)
et RESUMES D'ACTES STANDARDISEES de
GROUPE (RAS-G)**

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 des PMSI temps complet – temps partiel

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

Chapitre V : Le Résumé d'Information Standard pour l'Ambulatoire

Chapitre VI : Le Résumé d'Acte Standardisé de Groupe

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 dire 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 services psychiatriques concernés par la production des Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS) et des Résumés d'Information Standardisés (RIS-A) et des Résumés d'Actes Standardisés de groupe (RAS-G) 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 RIS-A et RAS-G et/ou des RHS.
- Certains critères sont communs (4 premiers) à la production des RHS et des RIS-A/ RAS-G ; 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/ RAS-G :

CHAMP DE PRODUCTION des RESUMES HEBDOMADAIRES STANDARDISES (RHS)	CHAMP DE PRODUCTION des RESUMES D'INFORMATION STANDARDISES (RIS-A) et des RAS-G
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 et RAS-G

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).

1) NIVEAU GÉOGRAPHIQUE

- France Métropolitaine et DOM

2) NIVEAU DE RECUEIL

- "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 RIS-A et RAS-G correspond aux 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).

- **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** (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.**

4-1) Définitions selon la SAE des types d'activité correspondants au champ de production des RIS-A et RAS-G :

- **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 cliniques 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) ;
- 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.

4-2) 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)".*

- **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. "*

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

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

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

- **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 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,*
- 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. "*

- **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".*

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

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.

- Afin de délimiter les champs respectifs de production des RHS et des RIS-A et RAS-G, 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/RAS-G, 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 deux 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/ RAS-G
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/RAS-G
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/RAS-G

*** Ces 3 structures sont citées dans les deux 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 centre 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 RIS-A/Résumé d'Acte Standardisé RAS-G 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/RAS-G 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/RAS-G seront fixés par voie réglementaire.

- La transmission des informations contenues dans le RHS et le RIS-A/RAS-G 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

- ✓ **et Résumés d'Information Anonymes (RIA)** obtenus en transformant les Résumés d'Information Standardisés ;
- ✓ **Résumés Hebdomadaires Anonymes (RHA)** obtenus en transformant les Résumés Hebdomadaires 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

des RIS-A et RAS-G pour activités ambulatoires (autres que hospitalisation complète et partielle)

1) POUR CHAQUE SÉRIE d'ACTES : 1 RÉSUMÉ D'INFORMATION STANDARDISE et 1 RESUME D'ACTE STANDARDISE spécifiquement pour les GROUPES

Le recueil d'information standard "PMSI Psychiatrie" pour l'ambulatoire se compose de 3 bordereaux :

- **1 volet "Identifiant patient"** décrivant les caractéristiques socio-démographiques, de morbidité du patient, de filière de soins.
- **1 volet "résumé d'information standard en ambulatoire"** (bordereau désigné RIS-A) décrivant les actes réalisés (par série de 20) : il s'agit, **PAR PATIENT**, de décrire, selon 7 axes, les actes réalisés, que ces actes aient été effectués par un ou plusieurs intervenants, pour le patient **INDIVIDUELLEMENT** ou pour le patient dans un acte de **GROUPE** :
 - 1) Date de l'acte
 - 2) Type d'acte
 - 3) Durée
 - 4) Présence d'un intervenant médecin
 - 5) Nombre d'intervenants
 - 6) Structure
 - 7) Nombre de patients (pour les activités de groupe).
- **1 volet "résumé d'informations standard GROUPE"** (bordereau désigné RAS-G) . Ce bordereau n'est pas spécifique à un patient donné et ne permet que le recueil d'informations sur l'acte sans possibilité de recueil "d'informations - patient ".

2) 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 information sans objet :

- 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.**

3) 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").

4) 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 différente⁸.

- 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"⁹ ou à un groupe d'unités fonctionnelles (quelle que soit sa dénomination dans l'établissement : "unité fonctionnelle", "service", "département", "fédération" etc...).

⁸ Il est évident que pour leur gestion interne, les établissements, dans ce cas de figure, ont intérêt à repérer ces deux notions.

⁹ Une unité fonctionnelle est une structure élémentaire de prise en charge des malades par une équipe soignante, identifiée par sa fonction et son organisation.

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.

5) 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.

6) LE QUESTIONNAIRE "PMSI PSYCHIATRIE"

- **Voir en annexe 4.**

7) 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 (traitements et cures ambulatoires, prestations sur le lieu de vie, consultations et soins externes)** 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.**

Chapitre IV

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

Lorsque le droit au secret de l'admission ou à l'anonymat bénéficie à la personne soignée¹⁰, les informations d'identité recueillies sont limitées à l'année de naissance, au sexe, au numéro administratif du patient. Dans ce cas, les jours et mois de naissance ainsi que le code postal de résidence du patient ne sont pas saisis.

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.

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 5.**
- Si le **"Code postal du lieu de résidence"** est **inconnu, coder 99999** pour "code postal inconnu".

¹⁰ 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.

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) sont à actualiser à chaque modification et au minimum chaque année. La date de recueil (et d'actualisation devra être mentionnée).

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) 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) MORBIDITÉ

- La morbidité du patient portée sur le Résumé D'Information Standardisé pour l'Ambulatoire RIS-A (le RAS-G n'est pas concerné par cette information) 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")¹¹ de la CIM10 est indispensable pour coder la morbidité du RIS-A.

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

¹¹ Ces ouvrages, publiés par l'Organisation Mondiale de la Santé, sont disponibles en librairie.

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 prise en charge ambulatoire ?
- ✓ 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 l'acte ?

- Deux variables 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 prise en charge ambulatoire.

Cette information doit être **obligatoirement mentionnée sur le RIS-A pour rendre possible l'enregistrement de celui-ci**

✓ 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 prise en charge ambulatoire.

Par exemple : trouble lié à une substance

- Ces 2 informations de **morbidité**, comme les autres variables du RIS-A, doivent être **décrites en rapport avec l'acte** et en connaissance de toutes les informations acquises au cours de celui-ci.

. Cette description peut varier d'un acte 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'un contact donné.

L'affection longitudinale peut être justement celle pour laquelle l'essentiel de l'effort est réalisé durant l'acte ou bien encore celle notée comme étant le diagnostic associé significatif ; dans ce cas, la même information 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 traitement du RIS-A**, n'a pas de caractère obligatoire mais est proposée à titre documentaire.

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 informations de morbidité comme les autres variables du RIS-A, doivent être **décrites en rapport avec l'acte** et en connaissance de toutes les informations acquises au cours de celui-ci.

. Cette description peut varier d'un acte 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 traitement du RIS-A**, 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.

- Ces informations de morbidité comme les autres variables du RIS-A, doivent être **décrites en rapport avec l'acte** et en connaissance de toutes les informations acquises au cours de celui-ci.

. Cette description peut varier d'un acte 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 RIS-A**, 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'examen clinique 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.

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.

- 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 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"

5) CODAGE DES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

- Les facteurs environnementaux sont renseignés exclusivement par un code du chapitre **"Z" du chapitre XXI de la CIM-10 : *"FACTEURS INFLUANT 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.

6) 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) pas de diagnostic associé significatif
"Diagnostic associé significatif"	NON	OUI	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

Chapitre V

LE RESUME D'INFORMATION STANDARD EN AMBULATOIRE

1) LA DATE

- Indiquer le **jour, le mois et l'année** de réalisation de l'acte
- Une fiche de recueil RIS-A permet le recueil de plusieurs actes (par série de 20) et peut être utilisée durant plusieurs jours jusqu'à épuisement des lignes prévues.
- Cette information doit également être relevée sur la fiche de recueil RAS-G, si l'acte est un GROUPE. Une fiche RAS-G est prévue pour relever 20 actes GROUPE.

2) LE TYPE D'ACTE

L'ensemble des 5 règles suivantes (voir annexe 6 : récapitulatif des règles et arbre de décision) permet de déterminer quel est le relevé des actes à effectuer.

21) CHAMP D'APPLICATION :

Le recueil des actes de soin avec un Résumé d'Information Standardisé RIS-A et le cas échéant avec un RAS-G n'est à faire que pour l'activité ambulatoire.

Règle N°1.1 : par conséquent, aucun acte n'est à relever AU MOMENT OU le patient est pris en charge en hospitalisation, que ce soit en hospitalisation temps plein ou en hospitalisation à temps partiel y compris s'il s'agit d'une prise en charge en hospitalisation de demi-journée.

Toutes les actions ponctuelles conduites alors que le patient est dans le cadre d'une prise en charge à temps plein ou à temps partiel ne font pas l'objet d'un relevé détaillé, mais d'un relevé du nombre de journées ou de demi-journées dans lesquelles ces actions sont incluses.

*Par exemple, un entretien en C.M.P. avec la famille ou les proches d'un patient **ne sera pas relevé** lorsque le patient est hospitalisé au même moment, quelle que soit la forme de l'hospitalisation –Temps plein, Hôpital de jour ou CATTP.*

Durant le suivi à temps complet ou à temps partiel, il ne faut pas de relever les actes ponctuels réalisés pour le patient bénéficiant de ce suivi à temps complet ou à temps partiel, quel que soit le

lieu ou la structure dans lequel il se déroule. En effet, cet acte est déjà inclus dans la valorisation de la journée ou demi-journée.

En cas de permission de sortie d'un patient hospitalisé à temps plein, aucun acte ponctuel ne doit être enregistré durant le temps de la permission de sortie (cf définition de la permission de sortie dans le guide méthodologique de remplissage des résumés hebdomadaires standardisés).

En revanche, en cas de sortie d'essai d'un patient hospitalisé sous contrainte, les actes ponctuels dispensés en ambulatoire auprès du patient durant sa sortie d'essai doivent faire l'objet d'un recueil d'un Résumé d'Information Standardisé RIS-A et le cas échéant d'un RAS-G.

Règle N°1.2 : il ne faut pas relever les actions thérapeutiques auprès de la Communauté avec un Résumé d'Information Standardisé RIS-A (ni avec un RAS-G).

Pour ces actions thérapeutiques auprès de la Communauté, par définition non dirigées vers un patient de la file active, un support de recueil distinct et spécifique est à utiliser (cf guide de production des Résumés d'Actions dans la Communauté RAC).

22) NATURE DE L'ACTIVITE :

Le relevé des actes ponctuels en ambulatoire doit se faire du point de vue du patient : par conséquent, il ne s'agit pas de viser l'exhaustivité du recueil du travail des services, il ne s'agit pas non plus d'une évaluation de la charge de travail des soignants et des médecins.

Règle N°2.1 : Les transmissions de consignes entre membres d'une équipe ne doivent pas être relevées. Elles sont assimilées au fonctionnement de base de toute équipe soignante et ne doivent pas être considérées comme des temps de réunion clinique dédiées au patient.

Règle N°2.2 : seuls les actes ponctuels effectivement accomplis dans les conditions d'organisation standard doivent être relevés. On ne doit pas ainsi relever les actes effectués « dans le couloir ».

Règle N°2.3 : les communications téléphoniques ne doivent pas faire l'objet d'un relevé d'actes, quelle que soit la durée et la valeur thérapeutique de cette communication.

UNE SEULE DEROGATION : CF les DEMARCHES paragraphe 6 ci-après

Règle N°2.4 : le temps de déplacement ne constitue pas un acte relevable. Il n'est pas fonction du soin mais fonction des conditions géographiques locales. En revanche, le temps passé en compagnie d'un patient lors d'un accompagnement, ou le temps passé avec plusieurs patients lors d'un groupe conduit d'un lieu à un autre, sont des temps thérapeutiques et sont à comptabiliser dans la durée de ces actes d'accompagnement ou de groupe (cf les ACCOMPAGNEMENTS et les GROUPES paragraphe 6 ci-après).

Règle N°2.5 : Activité réalisée / activité prévue

Seule doit être comptabilisée l'activité réalisée et non l'activité prévue : ainsi par exemple, un temps d'attente d'un patient en retard à son rendez-vous dans le cas d'un ENTRETIEN ne doit pas être pris en compte, ni les délais au téléphone avant de réussir à joindre un correspondant dans le cas des DÉMARCHES.

UNE SEULE DEROGATION : cf les GROUPE paragraphe 6 ci-après.

23) IDENTIFICATION DU PATIENT :

Règle N°3 : dans le cas d'entretiens **avec une famille, ou avec un parent et un enfant, de psychothérapie familiale ou d'entretien avec un couple**, dans lesquels le patient ne serait pas clairement identifié, le thérapeute devra désigner un des membres comme étant le patient

24) PRESENCE OU NON DU PATIENT :

Règle N°4 : on distingue deux types d'actes, selon qu'ils s'agit d'actes effectués en présence d'un patient ou d'un groupe de patients, ou bien d'actes effectués en l'absence du patient :

- les actes effectués en présence du patient ou d'un groupe de patients et par dérogation, les actes effectués en l'absence du patient mais en présence d'un membre de sa famille, sont soit des ENTRETIENS, soit des ACCOMPAGNEMENTS, soit des GROUPES.
Bien entendu, le recueil d'actes (en pratique le relevé d'ENTRETIENS) hors présence du patient, mais en présence de sa famille doit être rapporté au nom du patient identifié par le thérapeute.
- les actes effectués en l'absence du patient mais qui participent à l'élaboration du travail clinique ou thérapeutique dirigé vers le patient sont soit des DEMARCHES soit des REUNIONS

25) PATIENT SEUL OU PLUSIEURS PATIENTS

Règle N°5 : on distingue à nouveau 2 types d'actes parmi ceux effectués en présence du patient ou d'un groupe de patients :

- les actes individuels effectués pour le bénéfice d'un seul patient sont soit des ENTRETIENS soit des ACCOMPAGNEMENTS
- les actes collectifs effectués pour le bénéfice de plus d'un patient sont des GROUPES

26) TYPE D'ACTE :

5 types d'actes dont 2 sont déclinés en 2 sous-types :

- E = Entretien SANS soins physiques
- Es = Entretien AVEC soins physiques
- D = Démarche SANS déplacement
- Dp = Démarche AVEC déplacement
- G = Groupe
- A = Accompagnement
- R = Réunion

ENTRETIEN

Définition

Un entretien est un acte à visée diagnostique, évaluative ou thérapeutique, qui privilégie l'interaction verbale. Il se déroule dans un lieu préalablement défini, est réalisé par un ou plusieurs intervenants et s'effectue toujours **en présence d'un seul patient à la fois, avec ou sans la présence de ses proches.**

cf règle N° 3 : dans le cas d'entretiens avec une famille, de psychothérapie familiale ou avec un couple dans lesquels le patient ne serait pas clairement identifié, le thérapeute devra désigner un des membres comme étant le patient.

cf règle N°4 : par dérogation, l'entretien avec la famille en l'absence du patient sera toutefois enregistré dans cette catégorie.

E – *Entretien*

Sont regroupés sous le terme d'entretien :

La Consultation, l'entretien et l'examen physique.

Le traitement conjoint parent/ enfant de moins de trente mois

La psychothérapie individuelle :

- cures psychanalytiques et/ou d'inspiration psychanalytique individuelle*
- thérapie comportementaliste*
- psychothérapie individuelle à médiation corporelle(relaxation, haptonomie)*
- psychodrame psychanalytique*
- psychothérapie de soutien*
 - thérapie familiale (psychanalytique, systémique)*

Les rééducations (psychomotrice, orthophonique)

Les bilans et les tests

Es – *Entretien avec soin physique*

Il s'agit **d'entretiens suivis de soins techniques** généralement effectués par des infirmiers : (administration d'un traitement, injection, perfusion, prélèvements, surveillance des constantes, soins locaux, pansements ..)

Il s'agit de méthodes d'administration de soins et de surveillance. Elles requièrent une formation technique et pratique.

Pour les injections, les perfusions et les prélèvements uniquement, on comptabilisera le temps de préparation de ces soins dans le temps de l'acte.

DEMARCHE

Définition

La démarche vise l'obtention d'un service ou d'un droit pour un patient qui n'est pas en état de la mener à bien, **en son absence donc (cf règle N°4)**. Elle s'exerce auprès d'un tiers.

Il peut s'agir aussi d'interventions auprès de l'environnement familial, social et médico-social du patient **en son absence** dans le but :

- de prendre des mesures sociales,
- d'effectuer un placement médical ou médico-social...
- de participer au projet d'adaptation sociale ou professionnelle

Elle est effectuée par un ou plusieurs soignants **à la place du patient**.

La démarche se distingue de l'entretien ou de l'accompagnement, qui s'effectuent en présence du patient. Elle est liée au degré de dépendance ou d'incapacité du patient. Cette action est effectuée le plus souvent par les Assistantes Sociales.

- Le temps total de la démarche doit être enregistré, **sauf le temps de déplacement** dans le cas des démarches qui occasionnent un déplacement (**cf règle N°2.4**).
- Les DEMARCHES comprennent également le temps consacré **aux communications téléphoniques**, que les appels téléphoniques soient reçus ou donnés, à condition qu'ils soient de plus de 10 minutes, **hors du délai d'attente (règle N°2.5)**. Les appels téléphoniques peuvent uniquement être pris en compte dans le cadre des DEMARCHES (**cf règle N°2.3**).

Sous-types

On distinguera :

D - Démarche sans déplacement

Dp - Démarche avec déplacement

GROUPE

Définition

Tout acte thérapeutique réunissant la présence de **plusieurs patients (cf règle N°5)**, réalisée par un ou plusieurs soignants, avec unité de temps et de lieu, et avec ou sans utilisation d'une médiation.

C'est un acte prévu **dans le projet de soin personnalisé du patient**, ce qui exclut les animations ou les activités occupationnelles.

Le soignant responsable remplit :

- une fiche RIS-A pour chaque patient concerné par l'acte de groupe, **sauf pour les patients participant au groupe durant une prise en charge en hospitalisation (temps plein ou temps partiel) (cf règle N°1.1)**
- une fiche RAS-G descriptive du groupe.

Il recueille : le temps consacré à l'acte de groupe ainsi que le nombre de patients ambulatoires présents durant cet acte.

Exemples de groupes

Ergothérapie ou art -thérapie

Sociothérapie

Psychothérapie de groupe dont psychodrame

Les activités effectuées dans le cadre de la réinsertion scolaire ou professionnelle, ainsi que les activités et les sorties organisées ponctuellement relèvent de cette catégorie.

ACCOMPAGNEMENT

Définition

Soutien de proximité. Etre avec le patient, le soutenir dans son environnement personnel, pour l'aider à accomplir les actes de la vie ordinaire. L'accompagnement marque la dépendance du patient. L'accompagnement est clairement différent de la démarche qui est effectuée à la place du patient

Le relevé de l'accompagnement se réfère à un **patient présent**, au **lieu de départ de l'acte** et non à son lieu de destination.

L'accompagnement peut occasionner un déplacement. La durée du déplacement sera enregistrée, à **condition que ce déplacement soit effectué en présence du patient (règle N°2.4).**

Toute la durée de l'accompagnement doit être enregistrée.

Exemple : un intervenant qui accompagne un patient et doit l'attendre pendant sa consultation avec un médecin, pour le ramener ensuite, comptabilisera le temps d'attente dans le temps d'accompagnement.

Typologie

A - *Accompagnement individualisé*

:

Il s'agit d'une présence individualisée, justifiée par l'état clinique du patient. Par exemple :

Soins éducatifs ou de réinsertion

- Les soins éducatifs –

Ils visent à l'acquisition, l'intégration de gestes, de connaissances, ou de références permettant à la personne de maintenir, de modifier ou d'acquérir des habitudes ou comportements réfléchis et élaborés par elle-même, adaptés à son milieu et à son environnement familial, scolaire, social ou professionnel.

Exemples : Aide à la gestion du traitement, éducation pour les soins d'hygiène corporelle, l'entretien du linge ; éducation nutritionnelle ; aide pour la réalisation des achats, la préparation des repas, aide à l'utilisation des moyens de transports, aide au déroulement des activités scolaires et de formation:

- Les soins de réadaptation et de réinsertion sociale ont pour objectifs d'aider le malade à reprendre contact avec son entourage et à communiquer avec lui ; de l'aider à conserver, trouver ou retrouver sa place dans le tissu familial, social, scolaire et professionnel.

Ils visent un ré-apprentissage de la gestion du temps, de l'espace et de ses ressources, ainsi qu'une aide à se situer et se responsabiliser dans la vie sociale.

Ils peuvent revêtir différentes formes : recherche d'un appartement avec le patient, accompagnement dans la cité (foyers, clubs, centres socioculturels,...), accompagnements pour des démarches (tutelle, trésorerie,)

Soins relationnels à travers une activité support

Il s'agit des activités à médiation objectale et des activités à médiation corporelle

REUNION CLINIQUE POUR UN PATIENT

Définition

Orientée **vers le cas d'un patient**, elle est dictée par l'évolution de l'état de santé du patient. Elle réunit des soignants **en l'absence du patient** (cf règle N°4) autour d'un travail d'échanges et d'élaboration de son projet de soins.

R - *Réunion clinique spécifique pour un patient. Organisée pour un patient, elle réunit les soignants concernés par la prise en charge de ce patient.*

Elle peut inclure 1 ou plusieurs tiers extérieurs à l'institution même si **seul le nombre de personnes rémunérées par l'institution doit être compté (cf paragraphe 5 ci-après relatif au nombre d'intervenants)**. Par exemple lors d'une réunion avec du personnel pédagogique, le temps de l'instituteur payé par l'Education Nationale ne doit pas être pris en compte).

Cette réunion clinique se distingue clairement des diverses réunions de fonctionnement ou réunions institutionnelles portant sur l'organisation et le fonctionnement des structures et qui sont organisées de façon régulière indépendamment de l'état de santé d'un patient en particulier (cf paragraphe N°2).

Typologie

R - *Réunion pour un patient*

3) LA DUREE

- La signification thérapeutique de l'acte d'une part, la faisabilité du recueil d'autre part, imposent que seules les actes d'une **durée supérieure ou égale à 10 minutes** soient relevés.
- 3 réponses possibles :
 - 10 minutes à 20 minutes (code 1)
 - plus de 20 minutes à 1 heure 20 (code 2)
 - plus de 1 heure 20 (code 3).
- Cette information doit être relevée sur le RIS-A et sur le RIS-G si l'acte est un GROUPE.

4) MEDICALISATION

- Il s'agit de noter que l'acte a été effectué notamment par **un intervenant médical** (médecin PH, assistant, interne, attaché, praticien adjoint contractuel).
- 2 réponses possibles :
 - OUI (code 1)
 - NON (code 2)
- Cette information doit être relevée sur le RIS-A et sur le RIS-G si l'acte est un GROUPE.

5) NOMBRE D'INTERVENANTS

51) CHAMP D'APPLICATION DES INTERVENANTS CONCERNES

- Seuls les **intervenants rémunérés par l'établissement sur une dotation sanitaire** (salariés ou **intervenants payés par l'établissement** sous la forme d'une rémunération à l'acte ou par le biais d'une convention) peuvent relever des actes ponctuels.

Par conséquent sont exclus les bénévoles

Sont également exclus de ce recueil les étudiants hospitaliers (externes) et les élèves en formation quelle que soit la catégorie professionnelle.

- Les actes ponctuels que pourraient réaliser les **ASH et les secrétaires médicales** ne doivent pas être relevés.

52) CONSIGNES DE REMPLISSAGE :

- Les 3 possibilités pour renseigner le nombre d'intervenants sont :

- 1 intervenant seul (code A)
- 2 ou 3 intervenants (code B)
- plus de 3 intervenants (code C)

Dans le cas des actes REUNIONS, qui peuvent impliquer de très nombreux intervenants, seuls les intervenants correspondant au champ d'application défini ci-dessus doivent être comptabilisés.

- Si l'acte est effectué par plus d'1 intervenant, un seul acte doit être comptabilisé et un des intervenants prend la charge de relever l'acte.

Par exemple, la présence d'une assistante sociale à un entretien conduit par un médecin donne lieu au recueil d'un seul acte avec le nombre d'intervenants égal à 2 .

En revanche, si l'assistante sociale a reçu le patient le matin et que le médecin le reçoit l'après-midi, on relève deux actes, chacun avec un nombre d'intervenant égal à 1.

- Cette information doit être relevée sur le RIS-A et sur le RAS-G si l'acte est un GROUPE.

6) STRUCTURE

- Pour caractériser l'acte, il convient de retenir le lieu où se déroule l'acte.

Dérogation : pour les ACCOMPAGNEMENTS avec déplacement, il s'agit du lieu d'où l'on part avec le patient.

- Cette information doit être relevée sur le RIS-A et sur le RIS-G si l'acte est un GROUPE.

L1 *Unité d'hospitalisation psychiatrique temps plein*

L2 *Centre de postcure*

L3 *Centre de crise*

L4 *Appartement thérapeutique*

L5 *Accueil familial Thérapeutique*

L6 *Autre lieu d'hébergement complet*

L7 *Unité d'hospitalisation spécifique de nuit*

L8 *Unité d'hospitalisation spécifique de jour*

L9 *Autre unité d'accueil à temps partiel*

L10 *C.M.P.*

L11 *C.M.P.P.*

L12 *Centre de consultation externe (C.H.G.)*

L13 *Centre d'accueil permanent*

L14 *C.A.T.T.P*

L15 *Atelier Thérapeutique*

L16 *Etablissement pénitentiaire*

L17	<i>Domicile</i>
L18	<i>Substitut de domicile (dont Appartement protégé, Placement Familial social)</i>
L19	<i>Unité d'hospitalisation somatique</i>
L20	<i>Etablissement social ou médico-social (IME, CAT, foyer occupationnel, maison de retraite.....)</i>
L21	<i>Etablissement de soins (si concerne plusieurs unités par exemple pour des actions dans la communauté)</i>
L22	<i>Salle publique</i>
L23	<i>Structure administrative</i>
L24	<i>Entreprise</i>
L25	<i>Etablissement scolaire</i>
L26	<i>Autres lieux</i>

Les lieux L 22 à L 26 sont plus fréquemment concernés par les interventions dans la communauté : ils peuvent cependant être utilisés pour le recueil d'actes pour des patients de la file active en particulier pour les démarches. Par convention, les maisons de retraite sont à cocher L20.

7) NOMBRE DE PATIENTS AMBULATOIRES

- Le nombre de patients ambulatoires n'est à noter **que si l'acte est un GROUPE**.
- Cette information doit être relevée sur le RIS-A et sur le RAS-G.
- **Seuls les patients ambulatoires** participant au groupe doivent être recensés. Dans le cas d'un GROUPE mixte auquel participent des patients qui sont dans une prise en charge ambulatoire et des patients pris en charge en hospitalisation, seuls les patients ambulatoires sont recensés.
- En effet, **l'objectif de cette information** est de vérifier, compte tenu du nombre de patients ambulatoires recensés dans le GROUPE sur la fiche RAS-G, que l'ensemble des fiches RIS-A des patients ambulatoires ayant participé au GROUPE ont bien été complétées.

Chapitre VI

LE RESUME D'ACTE STANDARDISE DE GROUPE

- Ce bordereau est à remplir uniquement si l'acte à décrire est un acte de GROUPE (voir paragraphe 2 « type d'acte » du chapitre V ci-dessus). Par ailleurs, chaque patient ayant participé au groupe aura une ligne dédiée à la description de ce groupe sur le bordereau RIS-A qui lui est propre.

- Se reporter au chapitre V ci-dessus afin de remplir les rubriques :

- **DATE**
- **DUREE**
- **MEDICALISATION**
- **NOMBRE D'INTERVENANTS**
- **STRUCTURE**
- **NOMBRE DE PATIENTS**

ANNEXES

AU GUIDE METHODOLOGIQUE DE PRODUCTION DES RIS-A ET RAS-G

<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 MONTPELLIER
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 MONTPERRIN

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

ANNEXE 2
MEMBRES DU COMITE DE SUIVI PMSI PSYCHIATRIE

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

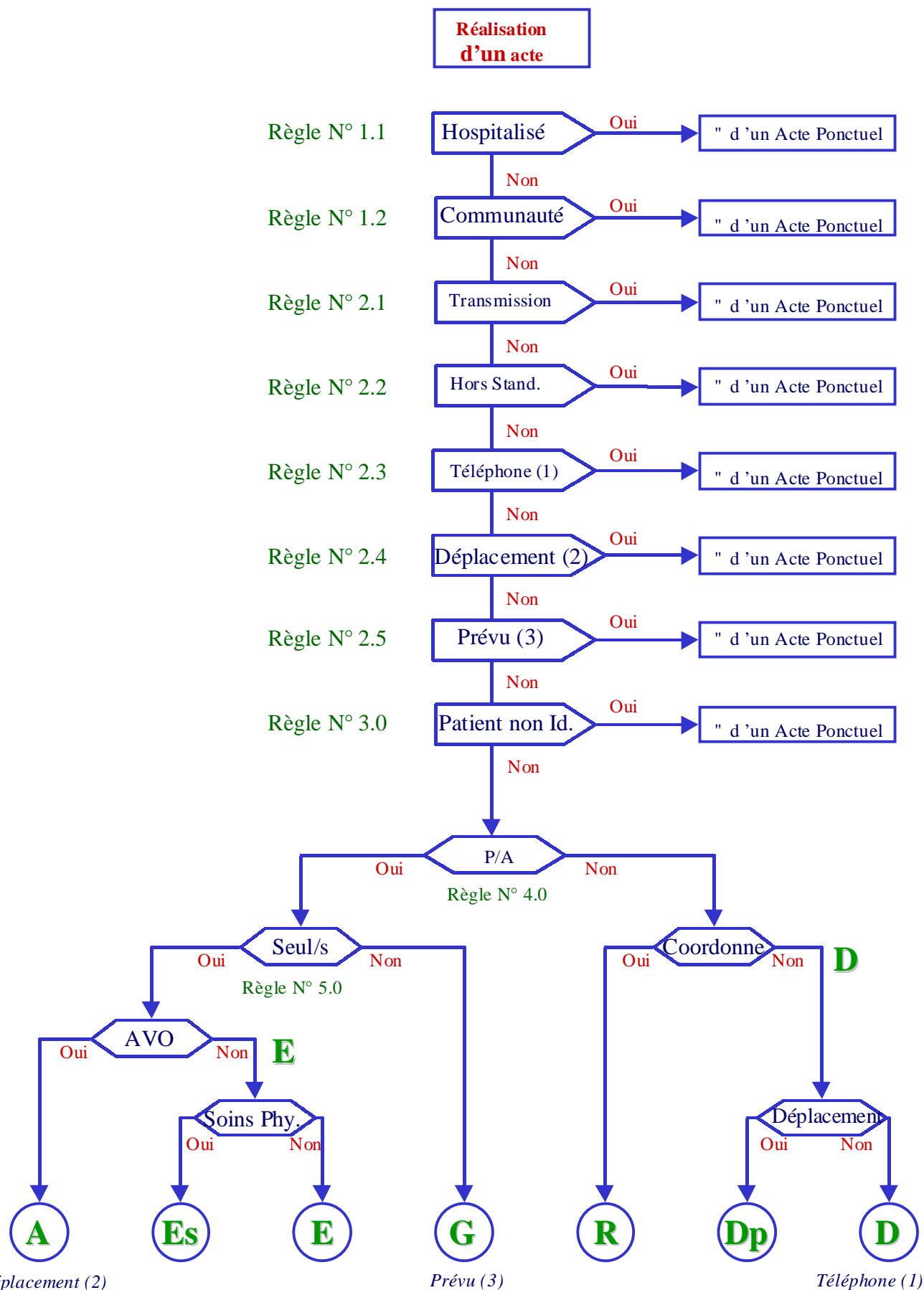
<p>ANNEXE 4 QUESTIONNAIRE</p>

<p>ANNEXE 5 CODES PAYS</p>

ANNEXE 6 :
RAPPEL DES REGLES DE DECISION
pour le relevé des actes ambulatoire

Règle N°	
1	<ul style="list-style-type: none"> - Uniquement les patients en ambulatoire et pas les hospitalisés - Pas les Interventions dans la Communauté
2	Pas la charge de travail <ul style="list-style-type: none"> - pas les transmissions de consignes - pas l'activité hors conditions standards - pas les communications téléphoniques - pas les déplacements - pas l'activité prévue mais non réalisée
3	Identification d'1 patient si thérapie familiale de coupe ou dyade parent/enfant
4	Distinguer présence du patient (E, A, G) et absence du patient (R, D)
5	Distinguer 1 acte individuel pour 1 patient (E, A) et 1 acte collectif (G)

Arbre de décision pour le choix d'un acte



P/A := Présence du Patient et/ou aidants naturels

Seul/s := le patient et ou ses aidants sont vus seul ou seuls

AVO := Accomplissement d'actes de la vie ordinaire

Coordonne := Action visant à la coordination des soins (case management)

(1), (2), (3) : dérogations à une règle