



Expérimentation du PMSI en psychiatrie.

**Recueil complémentaire organisé sur la semaine du
14 juin 2004 au 20 juin 2004**

**Résultats et enseignements.
ATIH Septembre 2005**

I - Objectifs de l'expérimentation en psychiatrie

La constitution en décembre 1990 d'un groupe de travail constitué de membres sélectionnés sur la base de projets de gestion de l'information médicale présentés au nom de leurs établissements respectifs, suite à une circulaire ministérielle faisant appel à candidature, peut être considérée comme le point de départ de la réflexion sur le PMSI en psychiatrie.

1994 est une deuxième étape avec le rapport d'orientation du « groupe des Treize » sur les modalités possibles d'extension du PMSI aux activités de psychiatrie.

A partir de 1995, les travaux se sont poursuivis à la mission PMSI en élargissant la collaboration à d'autres professionnels du soin en psychiatrie et à des gestionnaires d'établissements pour aboutir à la constitution d'une base de données en 1998 et à la construction de GHJ à partir de variables ayant le meilleur pouvoir explicatif.

Pour l'hospitalisation à temps plein, 237 GHJ sont définis et 7 variables sont retenues comme ayant le meilleur pouvoir explicatif : les classes d'âge (4-11 ans, 12-19 ans, plus de 19 ans), l'isolement thérapeutique (oui/non), la pathologie somatique lourde associée, l'ancienneté dans le séjour, le sous-groupe diagnostique, l'échelle globale de fonctionnement (score inférieur ou égal à 20), la dépendance physique.

Pour l'hospitalisation à temps partiel, 144 GHJ sont définis et 6 variables sont retenues comme ayant le meilleur pouvoir explicatif : les classes d'âge (4-11 ans, 12-19 ans, 20-69 ans, 70 ans et +), la modalité de séjour (prise en charge à la journée ou à la demi-journée), la scolarisation (pour les moins de 19 ans), le sous-groupe diagnostique, l'échelle globale de fonctionnement (score inférieur ou égal à 36), la dépendance relationnelle.

2002 marque une étape importante avec le lancement d'une expérimentation du PMSI, sur la base des travaux précédents, en psychiatrie dans quatre régions pilotes (Aquitaine, Lorraine, Rhône-Alpes, Réunion) et dans des établissements volontaires.

L'actuel algorithme de groupage (sans les codes erreurs) comporte 219 GHJ pour le temps complet et 60 GHJ pour le temps partiel.

Cette expérimentation a pour objectif de fiabiliser un recueil d'informations utiles et pertinentes pour l'ensemble des établissements ayant une activité de psychiatrie en France mais aussi d'améliorer et de préparer l'évolution de la classification médico-économique actuelle pour tenir compte des spécificités de la psychiatrie et contribuer à la définition d'un nouveau système d'allocation budgétaire.

Elle a aussi pour objectif de tester la faisabilité d'un tel recueil et d'évaluer les conditions d'une éventuelle généralisation.

Le recueil d'actes complémentaires organisé en juin 2004 marque le dernier temps fort de cette expérimentation puisqu'il correspond à une phase de vérification et de validation de la classification avant de conclure en termes d'opportunité et de faisabilité.

II – Objectif du recueil d’actes complémentaires de juin 2004

Ce recueil complémentaire et ponctuel s’inscrit en continuité de l’étude effectuée sur les données de 1997-1998.

En 2004, l’objectif est d’améliorer la pertinence des groupes homogènes de journée. Il s’agit à nouveau de tester le pouvoir explicatif de chaque variable du recueil d’information sur la formation des coûts, de vérifier l’homogénéité des coûts à l’intérieur de chaque GHJ et de tester le pouvoir explicatif de la classification sur la variance des coûts.

Le principal objectif est celui d’une vérification et d’une validation de la classification proposée pour la psychiatrie.

III – Organisation du recueil complémentaire

Un recueil complémentaire est organisé sur la semaine du 14 au 20 juin 2004. L’ensemble des établissements entrés dans l’expérimentation du PMSI en psychiatrie en 2002 ou 2003 doit participer au recueil. (Exclusion des établissements entrés dans l’expérimentation en 2004 ou sortis de l’expérimentation avant juin 2004).

L’ATIH procède au préalable à des séances d’informations des établissements sur les objectifs et les modalités du recueil, met à disposition des modèles de support de recueil et des consignes de remplissage (avril et mai 2004).

La livraison du logiciel permettant la saisie dans les établissements (RECAP) intervient dès le mois de juillet 2004 et le module d’anonymisation des données (SAFRAN) courant novembre 2004 après tests préalables auprès de groupes d’utilisateurs.

Les données peuvent alors être transmises à cette date par les établissements, ce qui représente un retard d’environ 1 mois par rapport au calendrier prévisionnel.

Après analyse des premiers retours, il apparaît que l’information relative aux unités spécifiques d’un même établissement ne peut être correctement identifiée. Une mise à jour du module SAFRAN est donc livrée début février 2005.

1) Des informations recueillies et une méthode de valorisation comparables entre 1998 et 2004

Outre l’enregistrement des RIS pour l’hospitalisation en temps plein et en temps partiel (rappel des variables et modalités en annexe 1), le recueil suppose le relevé d’informations complémentaires qui vont permettre de valoriser les coûts directs correspondant aux consommations liées à l’état du patient.

Comme en 1998, les coûts directs retenus sont :

- les coûts cliniques directement liés à la prise en charge dans le service ou la structure qui l’accueille, c’est-à-dire les soins médicaux, les soins infirmiers, les soins directement rapportables aux patients effectués par tout autre soignant, les médicaments associés

- les coûts médico-techniques (actes de biologie, d'imagerie, d'exploration fonctionnelle, examens complémentaires... réalisés pour le patient).

Ne sont pas pris en compte les coûts indirects, liés aux processus intermédiaires mis en évidence par l'analyse de la charge de travail, ni les coûts indirects liés à l'organisation des services et établissements.

a) Les informations recueillies

Le recueil porte sur :

- le type d'unité de prise en charge
- le type d'acte réalisé selon qu'il s'agit d'actes réalisés en présence du patient ou d'actes au bénéfice du patient réalisés en son absence (P : actes effectués pour un patient en sa présence, G : actes effectués pour plusieurs patients en leur présence, H : actes effectués pour un patient hors sa présence, R : réunions d'élaborations et de suivi des projets de soins)
- la catégorie professionnelle de l'intervenant
- le nombre d'intervenant
- la durée de l'acte
- l'indication que la prise en charge s'est faite dans une autre unité que celle de rattachement du patient
- l'indication que l'acte a induit un déplacement en dehors de l'établissement
- les actes médico-techniques et examens complémentaires
- les médicaments consommés sur la période.

b) La valorisation des informations

Trois fichiers distincts sont transmis par les établissements (fichier P, G, H, R - fichier médicaments - fichier examens complémentaires). Puis la jointure est réalisée avec le fichier des RIS.

Le schéma de synthèse joint en annexe 2 explique le déroulement du processus de valorisation à partir des différents fichiers.

***Le coût de personnel**

- Le calcul de la durée intervenant

Le calcul de la durée intervenant est réalisé pour chaque catégorie d'intervenant (M, Ma, Mi, I, P, A, R, E, S, Y), en multipliant le nombre d'intervenant dans chaque catégorie par la durée de l'acte en minutes puis en divisant par le nombre de membres du groupe.

Le temps d'un acte (en ligne) correspond à un seul patient sauf pour les groupes pour lesquels le temps de l'acte G doit être divisé par le nombre de patients participant au groupe.

Le programme intègre cette variante en remplaçant les valeurs vide ou 0 du groupe par 1.

- Le calcul du coût intervenant

Les coûts horaires diffèrent pour chaque catégorie d'intervenant.(tableaux de référence à joindre en annexe)

Le calcul du coût intervenant est réalisé après multiplication de la durée intervenant et du coût horaire de chaque intervenant divisé par 60 pour obtenir le coût en minutes

- Le calcul du coût du séjour en coût de personnel

Le calcul du coût du séjour est obtenu par la somme des coûts intervenant

***Le coût des médicaments**

Il convient au préalable de procéder au codage et au rattachement des médicaments à une famille thérapeutique et à un code CIP.

Seuls les médicaments appartenant à la classe N sont ensuite pris en compte dans la base d'étude sur la base d'une posologie journalière recommandée par l'OMS valorisée au prix Vidal.

***Le coût des actes**

La valorisation des actes est réalisée sur la base de la NGAP.

2) La construction de la base d'étude a été difficile en pratique

L'exploitation des données est retardée par la transmission tardive des données par les établissements et les retours successifs de fichiers après contrôles de qualité (fichiers manquants, fichiers sans actes, code erreurs) par l'ATIH.

a) Transmission des données

Les premiers envois de fichiers par les établissements sont reçus au cours du dernier trimestre 2004. Suite à la mise à jour du module SAFRAN, un deuxième envoi est demandé en février 2005.

Les opérations de contrôle de qualité et de relance des établissements retardataires démarrent au cours du premier trimestre 2005 et se poursuivent au cours du deuxième trimestre 2005 avec pour incidence majeure un retard dans le traitement et l'analyse des données de la base d'étude.

Ainsi, si les premiers fichiers ont été reçus dès le mois de novembre 2004, les derniers fichiers exploités dans la base d'étude ont été réceptionnés fin juin 2005.

L'ATIH a cherché, dans la mesure du possible, à prendre en compte les difficultés rencontrées par les établissements qu'il s'agisse des contraintes de calendrier, d'organisation de la saisie ou d'envoi de fichiers.

Le calendrier initial prévoyait une présentation des résultats de l'étude début avril 2005. A cette date, l'ATIH disposait des données d'une soixantaine d'établissements.

Les opérations régulières de relance ou d'accompagnement (environ quatre en moyenne par établissement) ont nécessité de la part de l'ATIH une grande disponibilité et un traitement au cas par cas et en pleine collaboration avec les établissements des obstacles signalés.

Ces paramètres sont indispensables à souligner et à prendre en compte en termes de faisabilité de la généralisation d'un recueil même simplifié.

Au final, le nombre d'établissements représentés dans la base d'étude près de deux fois inférieur aux attentes malgré un temps supplémentaire accordé aux établissements pour la saisie et la reprise des données.

Sur un potentiel de 156 établissements pouvant participer à l'étude, seuls 105 établissements ont procédé à l'organisation du recueil complémentaire sur une semaine en juin (soit 67% des établissements concernés).

Les motifs invoqués tiennent principalement à l'absence du médecin DIM, à l'organisation concomitante de la visite d'accréditation, à l'absence d'enjeu d'un recueil complémentaire en raison de l'incertitude sur le devenir du PMSI en psychiatrie.

La transmission effective des données a concerné 81 établissements. Les causes identifiées sont de plusieurs ordres :

- la saisie n'a pas été effectuée pour des raisons d'organisation interne ou rendue impossible en raison des contrôles de cohérences imposés par RECAP
- la jointure des fichiers RIS et des fichiers actes n'a pas été possible.

Il existe ensuite un écart entre les données transmises et les données exploitées qui tient notamment aux codes erreurs lors du groupage ou à l'absence de fichiers actes joints aux fichiers RIS.

Sur 79 établissements, seules les données de 74 établissements sont exploitées de manière totale ou partielle dans l'étude du temps complet.

Sur 61 établissements, seules les données de 57 établissements sont exploitées de manière totale ou partielle dans l'étude du temps partiel.

b) Les contrôles de qualité

Les contrôles de qualité ont été organisés de manière systématique à réception des fichiers. Ils ont porté sur le dénombrement des fichiers transmis puis sur la vérification des fichiers médicaments et examens.

L'ATIH a ainsi procédé, outre le codage des médicaments initialement prévu, au tri des lignes de médicaments transmises pour typer les principales familles sur lesquelles les coûts étaient calculés.

L'ATIH a enfin contrôlé la cotation des actes et corrigé les cotations non conformes à la NGAP ou non renseignées.

Le contrôle a ensuite porté sur la jointure entre le fichier des RIS et le fichier des actes (P, G, H, R).

Parallèlement, des contrôles de qualité réalisés sur l'algorithme de groupage et GENRISA ont permis de corriger des erreurs dans le parcours de l'arbre et des erreurs de groupage.

Malgré un soin particulier apporté à l'amélioration de la qualité des données, une sélection de RIS exploitables a du être faite.

Si la part de RIS non groupés a pu être considérablement réduite, suite aux contrôles de qualité des données réalisés par l'ATIH en liaison avec chacun des établissements, le taux de

RIS non pris en compte dans l'étude reste important principalement lorsque les RIS sont sans actes et dans une moindre mesure lorsqu'il existe un différentiel entre nombre de jours de présence du RIS et le nombre de jours avec actes de l'étude.

Le choix a été fait de ne pas prendre en compte dans l'étude de coûts les RIS sans actes dans la mesure où l'acceptation très large de l'acte (qu'il soit P, G, H, R) rendait difficilement concevable qu'aucun acte n'ait été enregistré pour un patient. Lorsqu'un même établissement est en mesure de transmettre des RIS avec actes pour la même unité ou pour les autres unités, la présence de RIS sans actes a été analysée comme une difficulté d'ordre organisationnel.

Par contre, lorsqu'un établissement n'a pas été en mesure de transmettre des RIS avec actes alors qu'il avait participé au recueil, la présence de RIS sans actes a été considérée comme une difficulté d'ordre technique.

Il convient par ailleurs de préciser que le différentiel le nombre de jours avec actes et le nombre de jours sans actes ne s'explique pas uniquement par l'effet week-end. Le taux de RIS exploitables varie selon le type d'établissement, et pour un même type d'établissement d'un établissement à l'autre, indépendamment du volume de RIS. Les tableaux joints en annexes 3 à 6 précisent, par finesse et par type d'établissement), le taux de RIS exploités dans la base d'étude pour le temps complet et pour le temps partiel.

a) Temps complet

Pour le temps complet, le nombre de RIS transmis dans le cadre du recueil complémentaire de juin 2004 est de 13182 RIS.

3496 RIS (soit 26,5% des RIS) ne peuvent néanmoins être exploités car :

- les RIS sont sans actes (1467 RIS soit 11,1% des RIS). Il convient néanmoins de distinguer les difficultés d'ordre technique (204 RIS soit 1,5% des RIS), des difficultés d'ordre organisationnel (1261 RIS soit 9,6% des RIS).
- les ghj sont en code erreur 900 (1325 RIS soit 10%).

Par ailleurs, il existe un différentiel entre le nombre de jours de présence du RIS et le nombre de jours avec actes de l'étude (704 RIS soit 5,3% des RIS).

Au final, la base de travail est de *9686 RIS (soit 73,5% des RIS transmis)*.

b) Temps partiel

Pour le temps partiel, le nombre de RIS transmis dans le cadre du recueil complémentaire de juin 2004 est de 12182 RIS.

3437 RIS (soit 28,2% des RIS) ne peuvent néanmoins être exploités car :

- les RIS sont sans actes (2764 RIS soit 22,7% des RIS) Il convient néanmoins de distinguer les difficultés d'ordre technique (1165 RIS soit 9,6% des RIS), des difficultés d'ordre organisationnel (1599 RIS soit 13,1% des RIS).
- les ghj sont en code erreur 900 (673 RIS soit 5,5 %).

Par ailleurs, il existe un différentiel entre le nombre de jours de présence du RIS et le nombre de jours avec actes de l'étude (835 RIS soit 6,9% des RIS).

Au final, la base de travail est de *7910 RIS (soit 64,9% des RIS transmis)*.

IV – Présentation de la base d'étude.

Les deux tableaux suivants présentent un descriptif synthétique des caractéristiques sociodémographiques des patients et des données relatives à la morbidité et aux prises en charge pour la base d'étude 2004 sur une semaine de recueil et pour la base annuelle 2003.

1) Données relatives aux caractéristiques sociodémographiques des patients

Age : présentation en années de la moyenne, de l'écart type et entre crochets de l'étendue (minimum et maximum).

Sexe : Seul le pourcentage des hommes présents dans la base est indiqué dans le tableau. La part des femmes dans la base d'étude est donc de 47,1% pour le temps complet et de 43% pour le temps partiel. Il convient de souligner que cette variable est mieux renseignée dans la base d'étude 2004 que dans la base 2003 (1,5% d'informations manquantes pour le temps complet et 0,8% pour le temps partiel).

% des séjours pour lesquels les patients sont hospitalisés dans leur département de code postal : il est calculé à partir des deux premiers caractères du finess (n° de département) et du code géographique du domicile du patient.

Sans Domicile Fixe :

Il convient de préciser que les informations manquantes sur cette variable représentent 21,2% pour le temps complet et 9,9% pour le temps partiel (11,2% et 12,2% en 2003).

Mode de vie : trois rubriques sont retenues (seul, en institution et autres qui regroupe l'ensemble des autres modalités). Cette variable n'est pas toujours bien renseignée avec 13,8% d'informations manquantes pour le temps complet et 8,8% pour le temps partiel (15,5% et 11,8% en 2003).

Situation scolaire ou professionnelle : la rubrique avec activité comprend l'école pour les enfants. Il convient de préciser que les informations manquantes sur cette variable représentent 16,7% pour le temps complet et 10,9% pour le temps partiel (18,4% et 15,4% en 2003).

Ressources principales : Pour cette rubrique, les regroupements ont été difficiles puisque plusieurs réponses peuvent être relevées. Les informations manquantes restent importantes qu'il s'agisse des réponses :

- ressources propres : 6,5% en HC, 5,2% en HP (9,1% et 11,7% en 2003)
- ressources sociales : 9,5% en HC, 5,8% en HP (8,4% et 12,3% en 2003)
- ressources familiales : 12,5% en HC, 6,6% en HP (10,4% et 17% en 2003)
- sans ressources : 12,4% en HC, 7,3% en HP (10,8% et 16,1% en 2003)

Nature des ressources sociales : Cette rubrique est remplie si l'item ressources sociales est positif. Plusieurs réponses peuvent être relevées, qu'il s'agisse de l'allocation d'études spécialisées (AES), de l'allocation pour adulte handicapé (AAH), du revenu minimum d'insertion (RMI), de la pension d'invalidité ou d'autres ressources.

Responsabilité légale : le tableau donne le % de mineurs et majeurs protégés.

Nature de la protection : Cette rubrique qualifie à la fois les situations de mineurs et de majeurs protégés. Les données sont présentées sous la forme synthétique d'un taux de réponse.

Tableau 1 : Données relatives aux caractéristiques sociodémographiques des patients

	Nombre RIS-A	Etude juin 2004 (1 semaine)		Base 2003	
		HC	HP	HC	HP
Age*	En années	44.5 ± 17.3 [0 - 98]	33.5 ± 22.3 [0 - 97]	45.0 ± 17.1 [0 - 114]	36 ± 21.3 [0 - 103]
Sexe	%H	52,9	57,0	53,6	57,2
% des séjours pour lesquels patients hospitalisés dans leur département de code postal	% oui	81,9	88,0	82,9	94,3
SDF	% oui	6,6	0,9	10,4	0,8
Mode de vie	% Autres	39,5	60,2	37,1	52,2
	% Seul	27,0	25,5	25,0	30,0
	% Institution	19,7	5,5	22,4	6,0
Situation scolaire ou professionnelle (activité comprend école pour les enfants)	% Activité	24,5	38,0	20,8	30,0
	% Sans activité	58,8	51,1	60,8	54,6
Ressources propres	%oui	34,0	34,2	28,5	31,3
Ressources sociales	%oui	41,4	39,6	44,5	44,0
Ressources familiales	%oui	6,6	14,0	11,4	6,4
Sans ressources	%oui	2,1	2,0	2,0	2,2
Nature des ressources si ressources sociales	% oui AAH	63,1	52,3	65,5	54,8
	% oui RMI	8,5	5,6	6,9	5,3
	% oui AES	1,2	21,0	4,2	20,6
	%oui Pension Invalidité	17,1	17,5	14,9	19,1
	% Autres	8,3	9,9	8,8	7,8
Responsabilité légale	% mineurs et majeurs protégés	32,1	21,2	25,5	36,3
Nature de la protection	% renseigné	31,9	21,3	25,0	35,2

*sont indiqués, la moyenne, l'écart-type et, entre crochets, l'étendue

2) Données relatives à la morbidité et aux prises en charge

Année approximative de premier contact avec un psychiatre : présentation en années de la moyenne, de l'écart type et entre crochets de l'étendue (minimum et maximum).

Jours de présence hebdomadaire : présentation en jours de la moyenne, de l'écart type et entre crochets de l'étendue (minimum et maximum).

Ancienneté du séjour : Cet item vise à connaître au sens médical et non administratif l'ancienneté du séjour du patient dans un même établissement pour une même nature de séjour. Présentation en jours de la moyenne, de l'écart type et entre crochets de l'étendue (minimum et maximum).

Nature du séjour : le tableau présente les résultats pour les modalités les plus représentées.

Mode légal de séjour : Le pourcentage d'hospitalisation sous contrainte est calculé à partir du nombre de RIS avec Hospitalisation à la demande d'un tiers et Hospitalisation d'office.

Mode d'entrée : seul l'item mode d'entrée directe figure dans le tableau. Il correspond à la réponse la plus fréquente.

Mode de sortie : seul l'item mode sortie définitive figure dans le tableau. Il correspond à la réponse la plus fréquente. Il convient néanmoins de souligner que la part des informations manquantes est importante sur cet item. (Supérieure à 35%)

Diagnostic principal : pour les patients de plus de 19 ans, le diagnostic principal est codé à partir de la classification internationale des maladies. On obtient un taux de mal codé égal à 0 dans l'étude 2004 car la base d'étude porte sur une sélection de RIS correctement groupés. (Base 2003 avec un taux de mal codé de 4,8% pour le temps complet et de 9,7% pour le temps partiel).

Situation clinique principale : pour les patients de 19 ans et moins, la situation clinique est renseignée à partir de la classification des situations cliniques. Le taux de mal codé est important (30% pour le temps complet et 30,7 % pour le temps partiel dans l'étude 2004). Dans la base 2003, ces chiffres étaient respectivement de 41,4% et de 26,7%. Ce résultat s'explique par le fait qu'un diagnostic principal est renseigné à la place d'une situation clinique.

Diagnostic associé : cette variable n'est pas très bien renseignée.

Pathologie somatique lourde : Cette variable n'est pas très bien renseignée.

Diagnostic longitudinal : Cette variable est renseignée dans l'étude 2004 comme les résultats observés dans la base 2003.

Facteurs d'environnement : Il s'agit d'indiquer les facteurs susceptibles de menacer la santé des sujets, tels que certaines conditions socio-économiques et psychosociales et les éventuels antécédents personnels et familiaux de certaines affections. Cette variable n'est pas toujours bien renseignée.

Causes externes de morbidité et de mortalité : Cette variable permet de décrire une cause externe responsable de lésions traumatiques, d'intoxication et d'autres effets indésirables. Cette variable est très peu renseignée dans l'étude 2004 comme dans la base 2003.

Score de dépendance physique : il est calculé à partir des variables habillement, mobilité, alimentation, continence et de quatre niveaux de dépendance (indépendance cotée 1, supervision ou arrangement cotée 2, assistance partielle cotée 3, assistance totale cotée 4). Le score est donc de 4 à 16.

Score de dépendance comportementale : il est calculé à partir des variables comportement, communication et de quatre niveaux de dépendance (indépendance cotée 1, supervision ou arrangement cotée 2, assistance partielle cotée 3, assistance totale cotée 4). Le score est donc de 2 à 8.

Isolement thérapeutique : Cette variable ne doit être renseignée que pour les patients pris en charge en unité d'hospitalisation à temps complet (y compris hospitalisation de semaine). Le taux de mal codé est de 2,6% dans l'étude 2004 pour 0,1% en 2003.

Tableau 2 : Données relatives à la morbidité et aux prises en charge

		Etude juin 2004 (1 semaine)		Base 2003	
		HC	HP	HC	HP
	Nombre RIS-A	9686	7910	981853	610304
1er contact avec un psychiatre*	En années	11.7 ± 13 [0.3 82]	8.1 ± 8 [0.3 57]	11.9 ± 13 [0.6 - 98]	9.1 ± 9.5 [0.6 - 102]
Jours de présence hebdomadaire*	En jours	5.8 ± 1.9 [0 - 7]		5.6 ± 2 [0 - 7]	
Ancienneté du séjour*	En jours	410 ± 1115 [0 - 9967]		521 ± 1289 [0 - 9996]	
Nature du séjour	%tps plein, SMPR, semaine	97,3		92,9	
	% hospitalisation jour		71,5		70,1
	% accueil jour		27,7		27,2
Mode légal de séjour	% hospitalisation sous contrainte	18,8		19,7	
Mode d'entrée	% directe	46,1		43,8	
Mode de sortie	% définitive	26,2		31,5	

Diagnostic principal				
Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	5,1	4,6	5,2	3,4
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	10,8	5,2	10,3	5,8
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	32,4	45,5	30,0	42,7
Troubles de l'humeur	26,8	22,4	23,4	18,5
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	5,6	8,4	5,3	6,5
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	1,1	0,5	1,0	0,5
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	5,3	6,1	4,9	5,2
Retard mental	7,7	3,3	8,1	3,4
Troubles du développement psychologique	3,4	2,2	5,1	2,1
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	0,3	0,4	0,4	0,4
Trouble mental, sans autre indication	1,0	1,1	1,1	1,6
Chapitre XVIII CIM-10	0,3	0,2	0,2	0,1
Chapitre XXI CIM-10	0,2	0,1	0,2	0,1

Situation clinique principale				
Symptômes, signes et manifestations comportementales, symptômes et signes relatifs à l'humeur	7,5	3,8	6,9	3,6
Symptômes anxieux, névrotiques et à expression corporelle	6,2	3,8	2,8	4,0
Idées délirantes, hallucinations, dépersonnalisation	5,4	2,9	5,1	3,4
Manifestations comportementales et troubles des conduites	28,5	29,0	23,8	33,7
Symptômes concernant les grandes fonctions	12,1	18,8	10,6	18,6
Manifestations psychiques de troubles somatiques	0,4	0,4	0,4	0,5
Situations socio-familiales motivant les soins	6,2	6,8	5,3	6,5
Demande d'avis ou d'examen	0,0	0,7	0,0	0,6
Autres situations cliniques	3,7	3,1	3,7	2,4

Diagnostic associé	% renseigné	20,4	14,2	19,2	13,5
Pathologie somatique lourde + 1h (117 ris)	% renseigné	100,0		87,4	
Pathologie somatique	% renseigné	8,9	5,5	11,0	5,2
Diagnostic longitudinal (adultes)	% renseigné	44,3	46,9	44,8	44,1
Facteurs d'environnement	% renseigné	12,7	14,8	14	14,5
Causes externes morbidité mortalité	% renseigné	1,7	0,9	1,9	0,8
Score dépendance physique*		5.6 ± 2.8 [4 - 16]	5.1 ± 2.3 [4 - 16]	5.8 ± 3 [4 - 16]	5 ± 2.3 [4 - 16]
Score dépendance comportementale*		4.5 ± 1.8 [2 - 8]	4 ± 1.7 [2 - 8]	4.4 ± 1.8 [2 - 8]	4 ± 1.7 [2 - 8]
Isolement thérapeutique	mal codé	2,6		0,1	
	% oui	2,6		2,6	
	nombre moyen de jours d'isolement*	4.3 ± 2.5 [0 - 7]		3.7 ± 2.6 [0 - 7]	
Accompagnement thérapeutique en milieu scolaire	% renseigné	94,5	88,8	94,7	91,7

*sont indiqués, la moyenne, l'écart-type et, entre crochets, l'étendue

3) Recueil des coûts

a) Typologie des actes du personnel soignant

Il s'agit des actes :

P : actes effectués pour un patient en sa présence

G : actes effectués pour plusieurs patients en leur présence

H : actes effectués pour un patient hors sa présence

R : réunions d'élaborations et de suivi des projets de soins

- **Pour le temps complet**

925 440 actes sont enregistrés en temps complet et 98,6% d'entre eux pour la nature de séjour hospitalisation complète en unité temps plein ou SMPR ou hospitalisation de semaine.

Les actes auprès du patient (actes en P et G) représentent 59% du nombre total d'actes enregistrés.

Les actes réalisés pour le patient hors sa présence (actes en H et R) représentent 41% du nombre total d'actes enregistrés.

La structure d'actes semble très différente de celle de 1998 notamment sur les actes H et R.

Si la répartition du nombre d'actes par type d'actes n'était pas précisée dans le précédent recueil, il convient néanmoins de rappeler que les pourcentages relatifs à la décomposition des coûts directs selon la nature des actes effectués étaient respectivement de 94% pour les actes auprès du patient et de 6% actes réalisés pour le patient hors sa présence.

La structure d'actes présente des variations selon le type d'établissement. Il existe aussi des variations importantes d'une région à l'autre et d'un établissement à l'autre.

Le nombre moyen d'actes par jour est de **16,5 actes jours** (2,5 actes jours en 1998) avec des variations importantes selon le type d'établissement et selon le type d'actes.

La durée moyenne est de 17 minutes avec des variations importantes selon les établissements.

Le coût moyen journalier est de 121 euros.

- **Pour le temps partiel**

99 385 actes sont enregistrés en temps partiel complet et 87,2% d'entre eux pour la nature de séjour hospitalisation de jour.

Les actes auprès du patient (actes en P et G) représentent 77% du nombre total d'actes enregistré. On observe une part prépondérante des groupes.

Les actes réalisés pour le patient hors sa présence (actes en H et R) représentent 23% du nombre total d'actes enregistrés.

Le nombre moyen d'actes par jour est de **5,6 actes jours** avec des variations importantes selon le type d'actes.

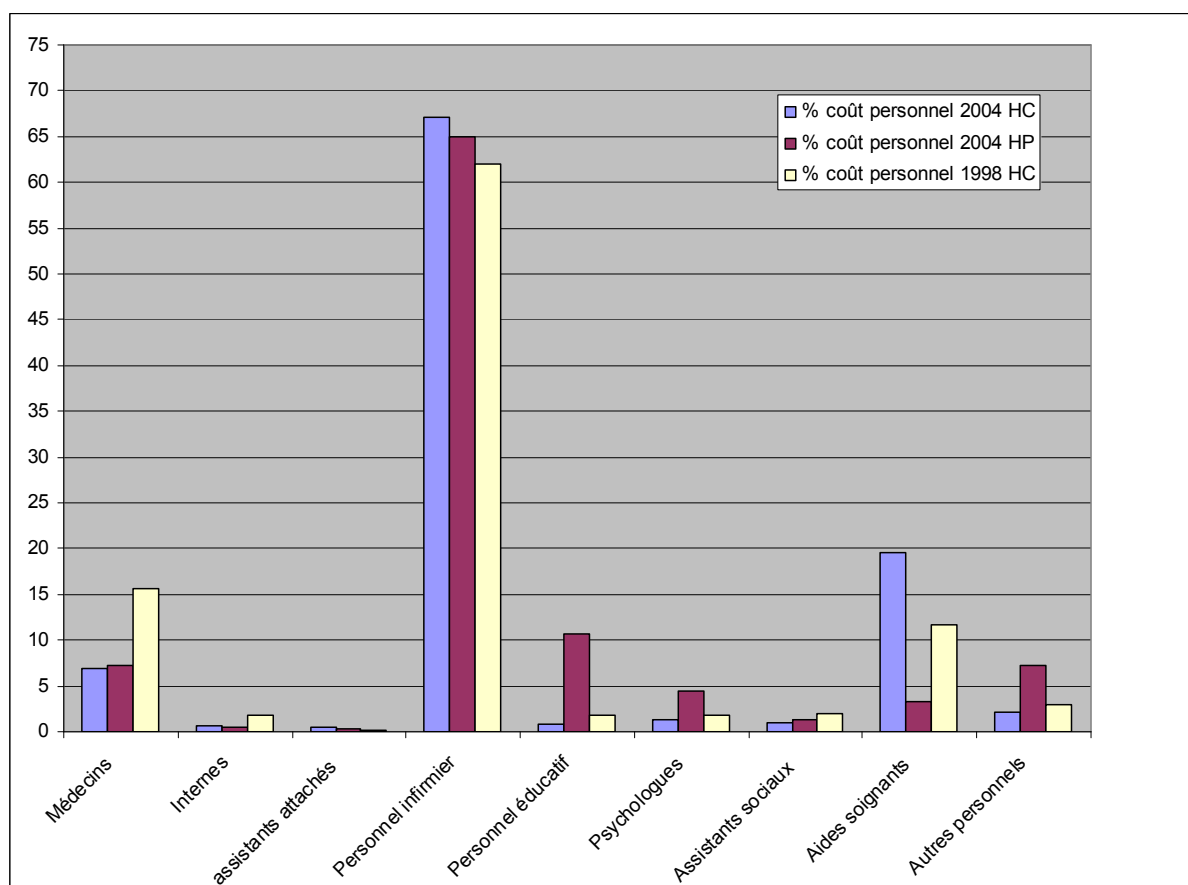
La durée moyenne est de 41 minutes avec des variations importantes selon les établissements.

Le coût moyen journalier est de 78 euros.

Pour ce qui concerne le calcul du coût des actes du personnel soignant, les catégories professionnelles d'intervenants retenues en 2004 sont comparables à celle de 1998:

1998	2004
médecins	M
internes	Mi
attachés	Ma
encadrement	Avec I pour encadrement infirmier
infirmiers	I
personnels éducatifs et sociaux	E
psychologues	P
assistant social	A
aides-soignants	S
autres	Y, R

Il est donc possible de faire une comparaison du coût selon la catégorie professionnelle de l'intervenant. Il convient néanmoins de préciser que les pourcentages de 1998 portent sur le temps plein (96,5% du temps complet en 1998).



Pour le temps partiel, la comparaison avec 1998 n'est pas possible. Le graphique ci-dessus présente donc la répartition du coût de l'hospitalisation temps partiel selon la catégorie de l'intervenant en 2004.

b) Médicaments

La part des médicaments appartenant à la classification pharmaco thérapeutique N (système nerveux central) est désignée sous le nom général de psychotropes et correspond à 68% du total des lignes de médicaments.

Lignes médicaments	Nombre	%
Total lignes autres	16666	32,2
Total lignes psychotropes	35099	67,8
Total lignes	51765	100,0

La classe des psycholeptiques représente près de 62% des lignes de psychotropes.

Psychotropes	Nombre	%
ANESTHESIQUES	8	0,0
ANALGESIQUES	1109	3,2
ANTI-EPILEPTIQUES	4504	12,8
ANTI-PARKINSONIENS	2578	7,3
PSYCHOLEPTIQUES	21659	61,7
PSYCHO-ANALEPTIQUES	4799	13,7
AUTRES PRODUITS DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL	442	1,3
Total	35099	100,0

Pour le temps complet, le coût journalier moyen observé est de 3 euros.

c) Les autres prestations et examens

Les actes de biologie correspondent à 10297 lignes, les actes d'imagerie à 310 lignes, les actes d'explorations à 223 lignes et les actes de consultations à 1622 lignes.

Pour le temps complet, le coût journalier moyen observé est de 3 euros.

4) Calcul d'un coût moyen

Tableaux comparatifs des coûts par jour selon le type de prise en charge (comparaison 2004/1998)

2004	Nombre journées ou venues	Nombre patients	Nombre d'actes	Coût direct (en euros)	Coût direct (en %)	Coût/jour (en euros)
Hospitalisation complète	56 124	9 686	925 440	7 129 022,9	83,6	127,0
Hospitalisation de jour	13 727	5 659	86 626	1 196 242,0	14,0	87,1
Accueil de jour	3 665	2 190	9 481	179 560,2	2,1	49,0
Hospitalisation de nuit	278	61	3 278	25 697,6	0,3	92,4
Total	73 794	17 596	1 024 825	8 530 522,7	100,0	

NB : La valorisation du coût direct est calculée pour les venues sur la base de la nature de séjour sachant que des journées et demi-journées peuvent être enregistrées pour un même RIS indépendamment de la nature de séjour (12372 journées réparties entre 11670 pour l'hospitalisation de jour et 702 pour l'accueil de jour ; 5020 demi-journées réparties entre 2057 pour l'hospitalisation de jour et 2963 pour l'accueil de jour).

La présentation est légèrement différente de celle qui avait été faite en 1998.

1998	Nombre journées	Nombre patients	Nombre d'actes	Coût direct (en euros)	Coût direct (en %)	Coût/jour (en euros)
Hospitalisation complète	120 065	7 854	300 414	2 721 859,4	71,7	22,7
Hospitalisation de jour	24 451	2 692	81 766	812 468,5	21,4	33,2
Hospitalisation de jour partielle	10 530	2 396	18 169	235 893,7	6,2	22,4
Hospitalisation de nuit	1 384	149	3 563	28 147,1	0,7	20,3
Total	156430	13 091	403 912	3 798 368,6	100,0	

On observe des coûts par journée sans commune mesure entre 2004 et 1998 (multiplication du coût à la journée par 5,6 pour l'hospitalisation complète, par 2,2 pour l'hospitalisation de jour, de 2,2 pour l'accueil de jour, de 4,5 pour l'hospitalisation de nuit).

Cette augmentation tient essentiellement à l'augmentation du volume d'actes et à la modification de la structure d'actes (de 2,5 à 16,5 actes/jour pour l'hospitalisation complète soit une multiplication par 6,6, de 3,3 à 6,3 actes/jour pour l'hospitalisation de jour soit une multiplication par 1,9, de 1,7 à 2,6 actes/jour pour l'accueil de jour soit une multiplication par 1,5, de 2,6 à 11,8 actes/jour pour l'hospitalisation de nuit soit une multiplication par 4,6).

V – Des résultats qui ne permettent pas d'établir un lien entre groupes homogènes de journée et coûts de prise en charge.

1) Des résultats en termes de Part de Variance Expliquée non probants

a) PVE par les variables du recueil

Le tableau ci-dessous précise la part de variance expliquée pour chacune des principales variables du recueil actuel.

La lecture de ces résultats doit néanmoins être faite avec une grande prudence. Certaines variables peuvent avoir de faibles effectifs ou encore avoir un taux important d'informations manquantes ce qui enlève alors du sens au calcul d'une part de variance expliquée.

Variables	PVE	
	HC	HP
GHJ	5,9	16,8
CMD	2,3	8,6
FINESS	65,8	9,9
Age	1,5	8,4
Sexe	0,0	0,5
Sans Domicile Fixe	0,4	0,0
Mode de vie	1,1	5,1
Situation matrimoniale légale	0,5	2,7
Situation scolaire ou professionnelle	1,3	7,7
Ressources propres	0,4	0,2
Ressources sociales	0,6	0,6
Ressources familiales	1,0	0,8
Sans ressources	1,0	0,0
Responsabilité légale	1,0	8,4
Nature de la protection	0,3	9,2
Autorité parentale	1,0	0,1
Nature du séjour	0,5	5,1
Mode légal du séjour	0,8	
Mode entrée	0,2	
Provenance	0,5	
Mode sortie	1,9	
Destination	0,9	
Diagnostic principal (3 caracteres)	4,3	7,5
Diagnostic principal	9,3	10,8
Diagnostic longitudinal	4,9	6,8
Diagnostic associé	5,5	4,2
Pathologie somatique	5,9	4,5
Facteurs environnement I	1,3	2,9
Facteurs environnement II	0,7	1,2
ADL physique	2,1	7,8
ADL comportementale	2,4	6,4
EGF	1,1	2,6
Isolement	0,4	
Accompagnement thérapeutique en milieu scolaire	0,0	2,3

*La PVE du diagnostic principal est calculée sur la base des trois premiers caractères du code diagnostic.

Parallèlement, une analyse de la distribution du coût à la journée a été réalisée pour chacune des variables dites « classantes » des CMD. Seules les variables isolement thérapeutique pour le temps complet et dépendance comportementale pour le temps partiel semblent avoir un meilleur pouvoir explicatif. Les représentations graphiques sous forme de box-plot sont jointes en annexes 7 et 8.

b) PVE du modèle

Le modèle d'analyse de la variance avec un facteur (ghj) permet d'observer une part de variance expliquée très faible pour le temps complet comme pour le temps partiel.

Pour le temps complet, la PVE est de 13% avec trimmage (sur 161 GHJ) et 6% sans trimmage (sur 181 GHJ)

Pour le temps partiel, la PVE est de 18.9% avec trimmage (sur 55 GHJ) et de 16.8% sans trimmage (sur 60 GHJ).

NB : les GHJ avec un effectif égal à 1 sont enlevés de la sélection lors du trimmage.

Le modèle additif d'analyse de la variance avec deux facteurs (ghj et finess) permet de prendre en compte l'effet de chaque facteur sachant que les interactions sont négligées faute d'effectifs.

Cette analyse montre pour le temps complet une faible part de variance expliquée par les ghj qui peut s'expliquer par un effet finess important alors que pour le temps partiel, la part de variance expliquée est faible à la fois pour les facteurs établissements et finess.

Pour le temps complet

La PVE est de 68,8 pour le couple ghj/finess dont 65,8 pour le finess et 3,0 pour le ghj (sans trimmage).

La PVE est de 44,2 pour le couple ghj/finess dont 38,0 pour le finess et 6,2 pour le ghj (avec trimmage).

Pour le temps partiel

La PVE est de 24 pour le couple ghj/finess dont 10 pour le finess et 14 pour le ghj (sans trimmage)

La PVE est de 26,3 pour le couple ghj/finess dont 11,0 pour le finess et 15,3 pour le ghj (avec trimmage)

c) La part de variance expliquée est ainsi largement inférieure à celle obtenue en 1998.

En 1998, le lien établi entre les caractéristiques de patients et coûts de prise en charge sur une journée (les groupes homogènes de journée) expliquait en moyenne 22% de la variance des coûts directs de prise en charge.

Néanmoins, les différences avec la précédente étude rendent difficile et délicate une comparaison des résultats.

- Représentation des établissements

L'étude réalisée en 1998 concerne 122 services et établissements pour le temps complet, le temps partiel, l'ambulatoire. (97 établissements tirés au sort et 25 unités volontaires pour la région Rhône-Alpes)

Le recueil de juin 2004 porte sur 81 établissements pour le temps complet ou le temps partiel.

- Représentation respective de l'hospitalisation temps plein et de l'hospitalisation à temps partiel

En 1998, le recueil porte sur 4 semaines et 18 916 semaines patients pour l'hospitalisation temps plein avec une coupe transversale et 23% des patients observés sur 1 semaine, 40% des patients observés sur 2 semaines, 4% des patients observés sur 3 semaines et 33% des patients observés sur 4 semaines. Le nombre de RIS correspond au nombre de semaine patients. Un même patient est comptabilisé autant de fois que de semaines au cours desquelles il est observé. Pour le temps partiel, 5237 semaines-patients sont enregistrées.

En 2004, le recueil porte sur une semaine soit 7 jours maximum. Le nombre de patients correspond au nombre de RIS soit 13182 RIS pour le temps complet et 12182 RIS pour le temps partiel.

- Les travaux d'analyse et de construction d'une classification

Les travaux d'analyse et de construction d'une classification avaient plus particulièrement porté sur les patients pris en charge à temps complet dès lors que le temps complet représentait 53% des coûts directs et 62% des actes enregistrés pendant les 4 semaines (y compris l'ambulatoire)

- Une méthode de trimmage différente

En 1998, le trimmage des données a été réalisé en deux temps :

- les semaines-patients au coût le plus faible (1% des coûts les plus faibles) et les semaines-patients au coût très élevé (1% des coûts les plus élevés) n'ont pas été conservées dans la construction de la classification
- les données ont ensuite été à nouveau filtrées pour éliminer les unités atypiques c'est-à-dire présentant un écart entre coût moyen réel de journée et coût standardisé. (calcul du coût standardisé : coût de l'unité si à chaque groupe de semaines-patient on appliquait le coût moyen pour ce groupe d'après l'ensemble des unités enquêtées).

Au total, l'opération de trimmage élimine 4258 semaines-patients (soit 22.5% de 18916 semaines-patients pour le temps plein).

En 2004, le trimmage des données a été réalisé sur le coût des GHJ sur la base de trois écarts-types sur la distribution des logarithmes pour les GHJ dont l'effectif est supérieur à 1.

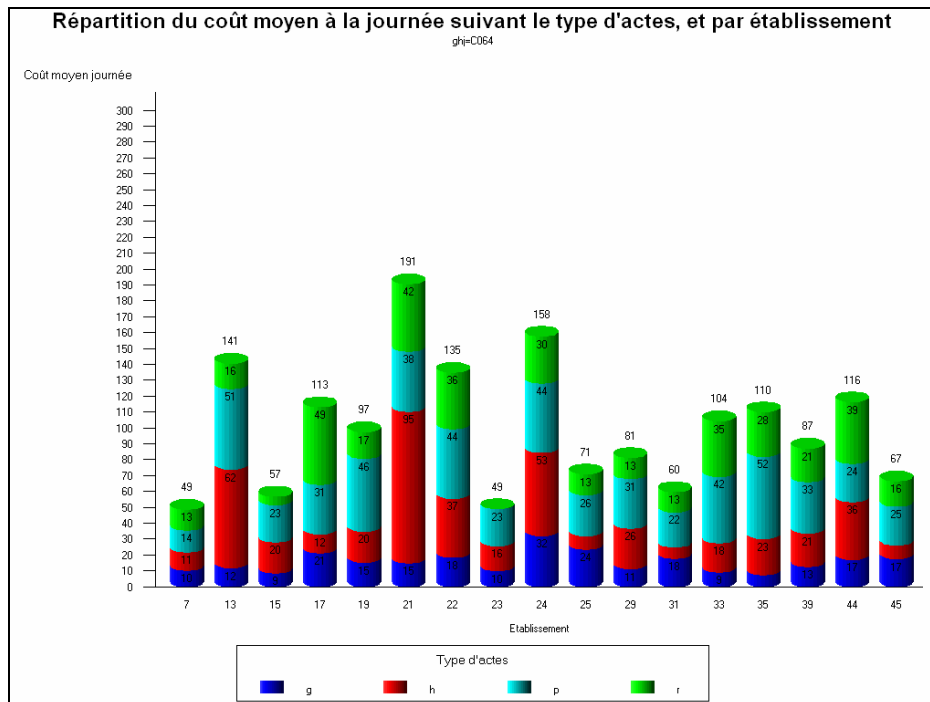
Le trimmage élimine beaucoup moins d'observations (de 9686 à 9494 pour le temps complet, de 7910 à 7804 pour le temps partiel)

2) Une structure d'actes et de coûts très différente pour le temps complet et le temps partiel mais des conclusions comparables en termes d'effet-GHJ

a) Un effet établissement prédominant pour le temps complet et le constat d'une hétérogénéité des coûts pour un même GHJ

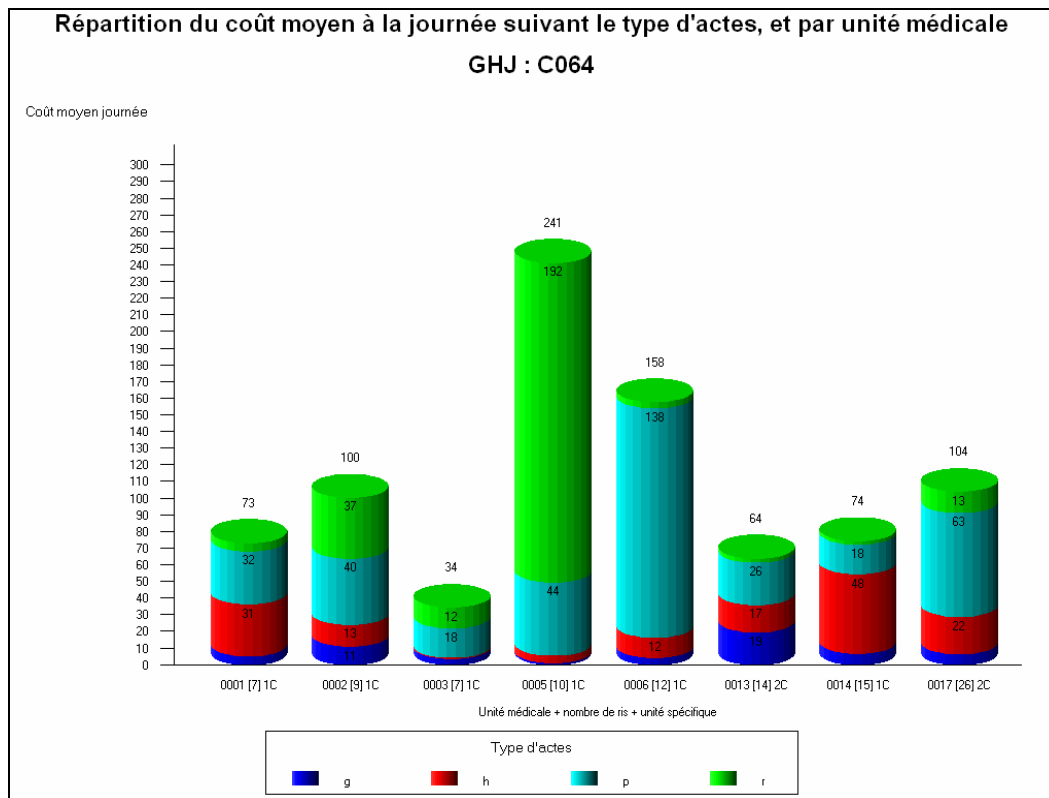
L'analyse de la décomposition du coût à la journée selon les types d'actes montre qu'il existe une structure de coût très différente pour un même GHJ selon les établissements¹.

Cette hétérogénéité des coûts se retrouve pour un même GHJ à l'intérieur d'un même établissement. Des représentations graphiques en donnent quelques exemples.

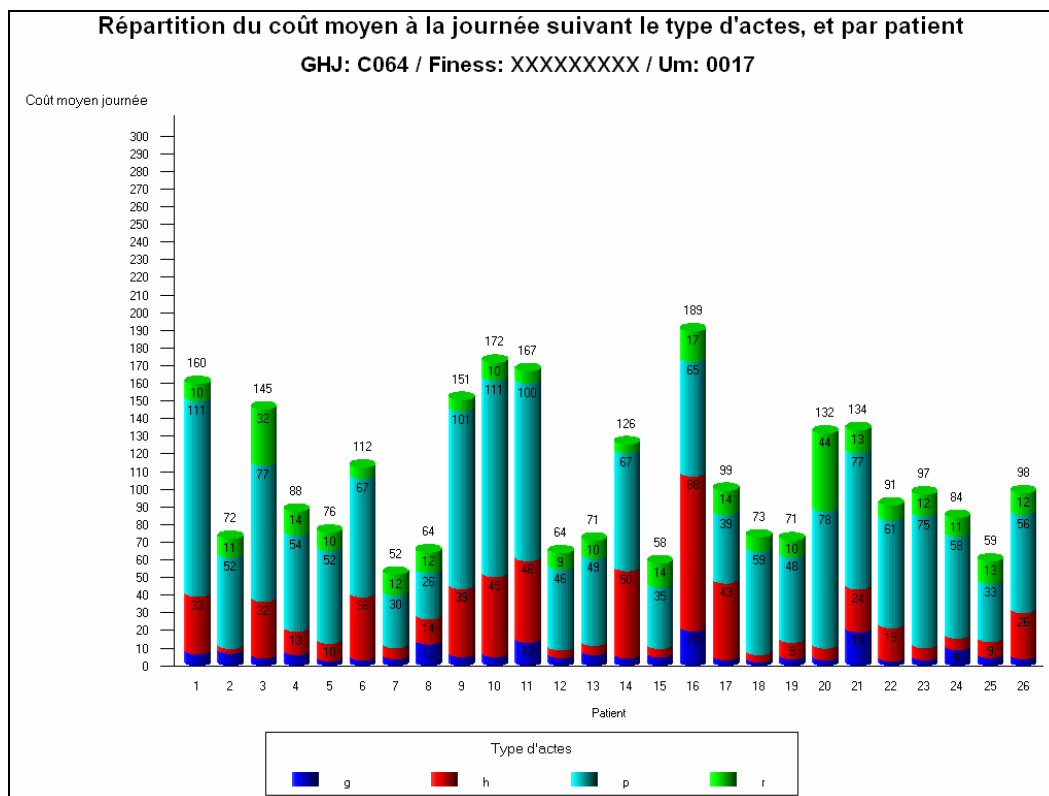


La même hétérogénéité des coûts se retrouve à l'intérieur d'un établissement selon les unités médicales.

¹ Etude réalisée si l'effectif d'un ghj par finesse est > 10 et présent sur au moins deux établissements soit sur 17 établissements maximum).

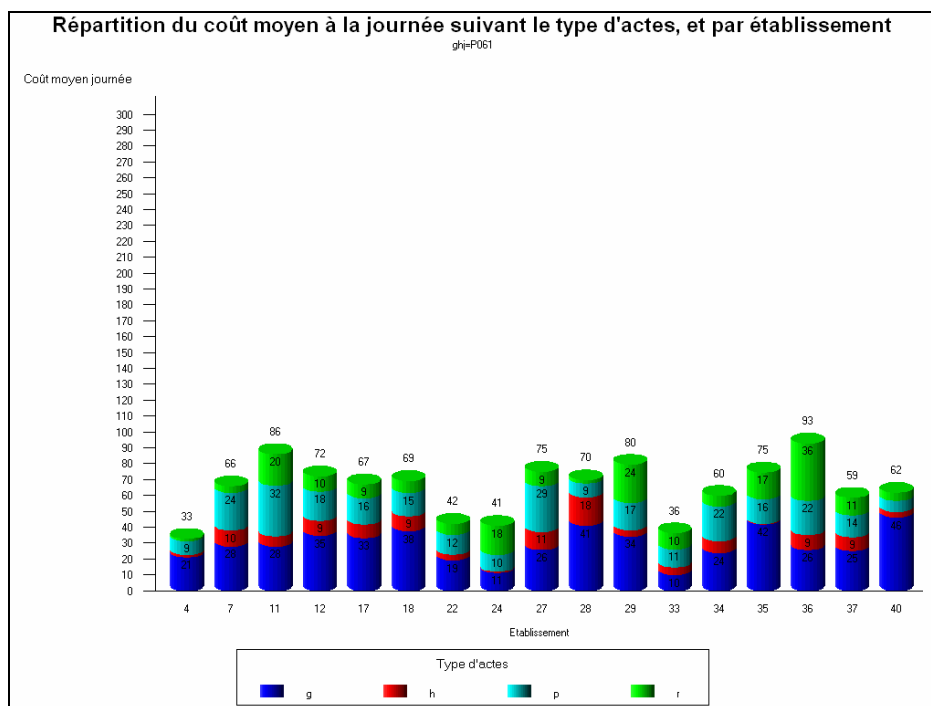
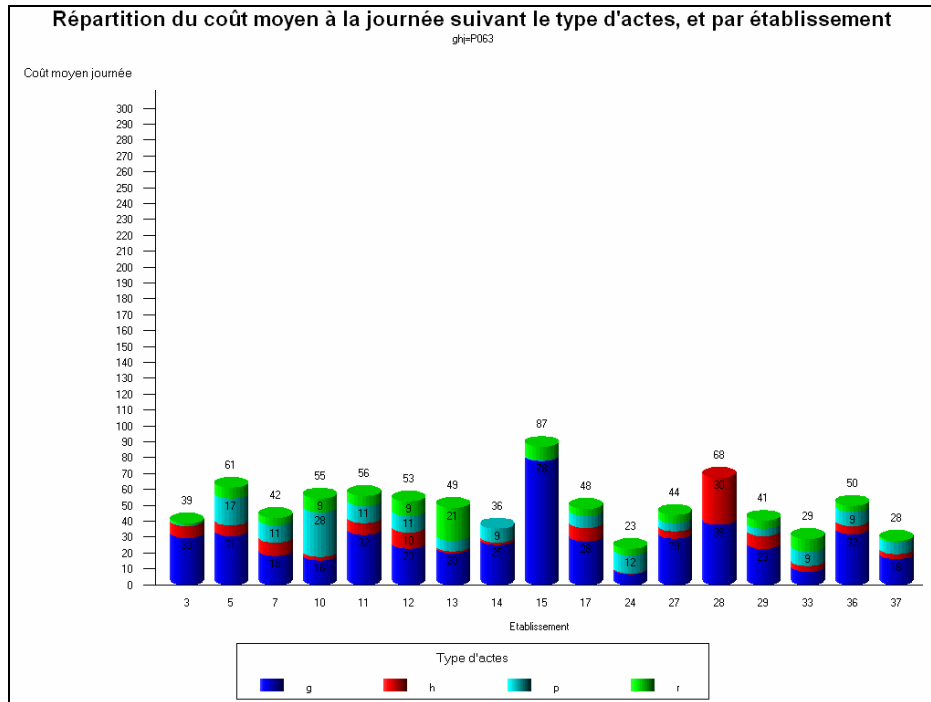


On observe aussi que la structure de coût d'un même GHJ diffère y compris à l'intérieur d'un même type d'unité.



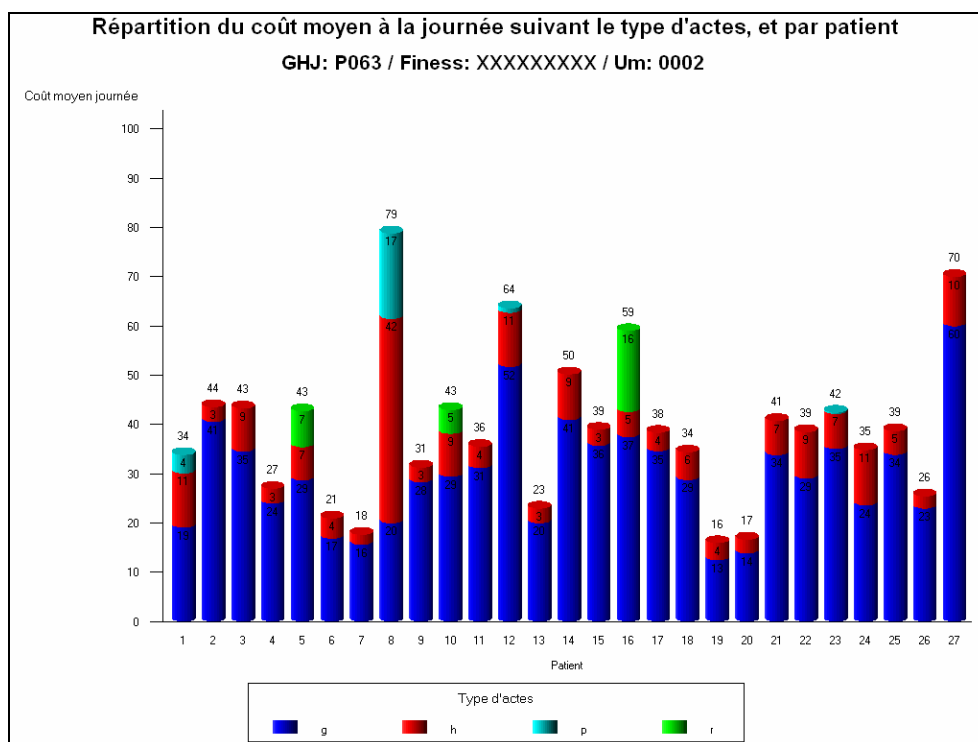
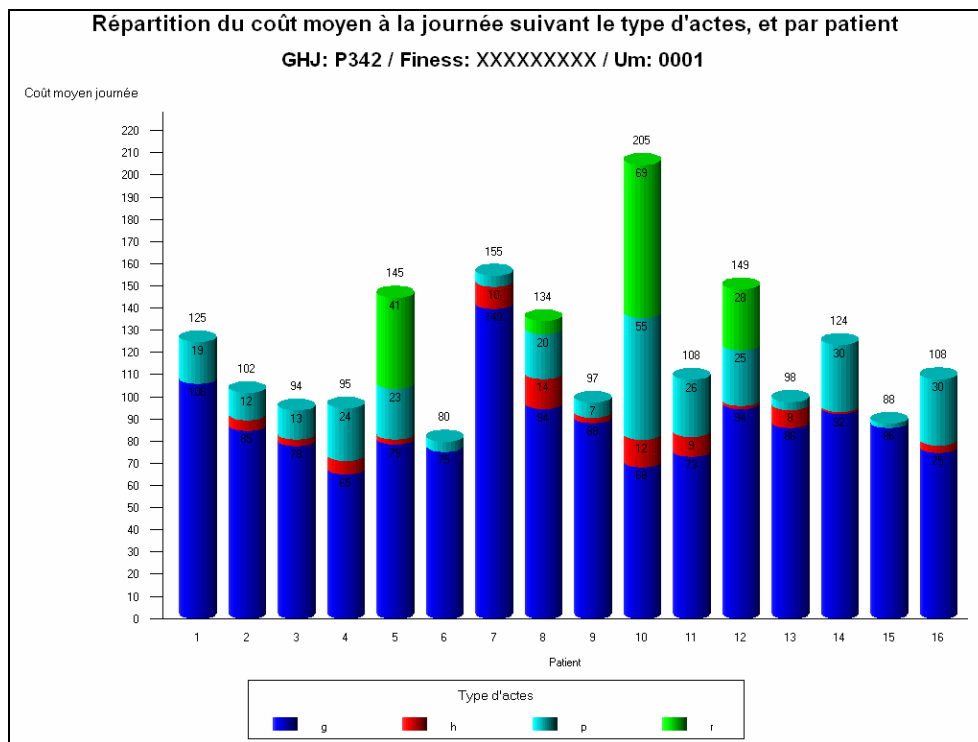
b) Un effet établissement plus faible pour le temps partiel et le constat d'une homogénéité des coûts entre les différents GHJ.

L'effet établissement est globalement plus faible pour le temps partiel mais surtout variable selon les GHJ. On observe par ailleurs une certaine homogénéité des coûts par CMD. Une meilleure homogénéité des coûts pour un même GHJ représenté dans plusieurs établissements, néanmoins variable selon les GHJ, est constatée pour le temps partiel.



Enfin, si l'homogénéité des coûts semble meilleure pour un même GHJ à l'intérieur d'une même unité (effet des groupes impliquant une structure d'actes plus comparable entre patients

d'une même unité ?), elle reste néanmoins relative. Pour un même GHJ, à l'intérieur d'un établissement et d'une même unité, on observe une hétérogénéité des coûts selon les patients.



c) Un effet établissement pouvant être analysé comme lié à la diversité de taille des structures plutôt qu'à la variabilité du niveau de recueil

Un rapprochement avec les données de la base des statistiques d'activité des établissements pour l'année 2003 a été conduit dans le but d'apprécier un éventuel effet du niveau de recueil au sein des établissements sur la formation des coûts observés.

L'activité d'hospitalisation des établissements, dans le champ sanitaire de psychiatrie, a été considérée globalement, le nombre de journées ainsi obtenu ayant une bonne corrélation à la capacité des établissements indiquée dans la base Finess ($r^2=0,89$)¹. L'exhaustivité du recueil complémentaire a été estimée, pour chaque établissement, comme le rapport entre le nombre de jours d'hospitalisation complète et partielle recueilli dans l'enquête des coûts et le cinquante-deuxième de l'activité de la SAE. Ainsi, un taux d'exhaustivité moyen de 61,4 % a été obtenu, s'étendant de 3,2 à 155,0 % selon les établissements, d'autant meilleure, en moyenne, que les structures sont de petite taille. Le coût moyen journalier observé, tout type d'hospitalisation confondu, pour chaque établissement tend à diminuer avec le niveau d'exhaustivité du recueil ($r^2=0,11$). Par ailleurs, le coût moyen journalier observé est, en moyenne, d'autant plus élevé que la taille de la structure est importante ($r^2=0,24$).

Les dépenses en personnel ont été déduites des déclarations, faites par chaque établissement dans la SAE, en termes d'équivalents temps plein rémunérés pour le champ sanitaire de la psychiatrie, auxquels les coûts standard par catégorie de personnel ont été appliqués. La corrélation des montants ainsi obtenus avec les données de retraitement comptable transmises par la sous direction F de la DHOS, ce pour les établissements n'ayant qu'une activité en psychiatrie (soit 50 établissements), est excellente ($r^2=0,98$). Il est à noter que pour ces établissements la fraction des coûts de personnel est de 78,2% des dépenses de fonctionnement. La fraction des coûts en personnel couverts par le recueil complémentaire a été estimée, pour chaque établissement, comme le rapport entre les dépenses observées et le cinquante-deuxième des dépenses en personnel issues de la SAE. La fraction moyenne est de 42,4% s'étendant de 4,0 % à 141,8% selon les établissements. Si une relation entre exhaustivité du recueil et fraction des dépenses en personnel existe ($r^2=0,38$), il n'y a pas de relation entre la fraction des dépenses en personnel et le coût moyen journalier observé ($r^2=0,0004$).

¹ Le coefficient de corrélation, r , est une mesure synthétique de la concentration des observations autour de la droite de régression. Ainsi, plus sa valeur est proche de 1, plus la liaison entre les deux caractéristiques mise en relation est forte. Le carré du coefficient de corrélation correspond à la part de variance expliquée par la droite de régression

VI- Conclusion

L'étude réalisée à partir des données du recueil complémentaire de juin 2004 sous la forme d'une coupe transversale portant sur 81 établissements montre une part de variance expliquée par le modèle actuel de classification de l'ordre de 6%.

Au final, l'effet-GHJ est très limité sur la variation des coûts de prise en charge en psychiatrie pour le temps complet comme pour le temps partiel.

Le *finess* apparaît comme la variable ayant la part la plus forte de variance expliquée. On observe par ailleurs un meilleur pouvoir explicatif des variables Isolement thérapeutique pour le temps complet et dépendance comportementale pour le temps complet et le temps partiel.

Une analyse plus précise n'est pas facilitée par l'écart entre le nombre potentiel de GHJ et GHJ observés ou pris en compte dans l'étude ni les faibles effectifs pour certaines variables.

De tels résultats peuvent difficilement conduire à l'élaboration d'une nouvelle classification.

ANNEXES

Annexe 1 : Variables et modalités des RIS-HC et RIS-HP

Annexe 2 : Schéma du processus de valorisation

**Annexe 3 : Taux de RIS exploités dans la base d'étude pour le temps complet
(présentation par finesse)**

**Annexe 4 : Taux de RIS exploités dans la base d'étude pour le temps complet
(présentation par type d'établissement)**

**Annexe 5 : Taux de RIS exploités dans la base d'étude pour le temps partiel
(présentation par finesse)**

**Annexe 6 : Taux de RIS exploités dans la base d'étude pour le temps partiel
(présentation par type d'établissement)**

**Annexe 7 : Représentation graphique de la comparaison des distributions de coût à la
journée selon l'isolement thérapeutique**

**Annexe 8 : Représentations graphique de la comparaison des distributions de coût à la
journée selon la dépendance comportementale**

Annexe 1 : Variables et modalités des RIS-HC et RIS-HP

RIS -HC

Variables	Format
FINESS	XXXXXXXXXX Soit le n°de l'entité juridique pour les établissements de statut public sauf dérogation pour recueil au niveau établissement Soit le n° de l'établissement pour les établissements de santé privés (y compris participant au SPH financés par dotation globale)
Version du format	P21
N°Secteur/Intersecteur/Service	Code 5 sans contrôle
Version de GENRISA	Version = 110
Groupe établissement : version, CMD, GHJ, codes retour	Vérification chaîne 10 caractères renseignée ou non
Groupe GENRISA : version de la classification	?
Groupe GENRISA : CMD	Vérification format CMD 1 à 18 + CMD 90 (erreurs de groupage)
Groupe GENRISA : GHJ	Vérification codes GHJ + code 900 (erreur groupage) + code 904 (erreur date GHJ)
Groupe GENRISA : code retour	Vérification code compris entre 0 et 53 ou égal à 90
Nb de prise en charge supprimées pour cause de chevauchement	Code 5 sans contrôle
Cause du chevauchement	Code 5 sans contrôle
Numéro séquentiel de séjour	Code 5 sans contrôle
Nature de séjour	1 hospitalisation complète en unité temps plein ou SMPR ou hospitalisation de semaine 2a hospitalisation en unité de post-cure 2b hospitalisation en appartement thérapeutique 2c hospitalisation en centre de crise ou centre d'accueil permanent 3a hospitalisation à domicile 3b hospitalisation en accueil familial thérapeutique 3c séjour thérapeutique
Age	Contrôle n'est pas < 0, n'est pas > 120
Sexe	1 masculin 2 féminin
Code géographique de résidence	Table des codes géographiques de résidence
Mode d'entrée du séjour	3 retour de sortie temporaire 6 mutation 7 transfert 8 directe
Provenance	1 courte durée/MCO 2 soins de suite et de réadaptation 3 soins de longue durée (long séjour) 4 unité de psychiatrie 5 service d'urgence 7 structure d'hébergement social ou médico-social 8 domicile
Mode de sortie du séjour	3 temporaire 4 sans autorisation 5 à l'essai 6 mutation 7 transfert 8 définitive 9 décès
Destination	1 soins de courte durée/MCO (y compris urgences MCO) 2 soins de suite et de réadaptation 3 soins de longue durée (unités de long séjour) 4 psychiatrie 7 structure d'hébergement social ou médico-social 8 domicile
Antériorité du séjour	Si < 0 = erreur (code 2), si blanc = code 9
Ancienneté du séjour	Si < 0 = erreur (code 2), si blanc = code 9, Si ancienneté < antériorité = code 3 (non compatible)
Journées de présence	' ', 0, 1 = code 0 sinon code 2
Mode légal de séjour	1 hospitalisation libre 2 hospitalisation à la demande d'un tiers 3 hospitalisation d'office 4 art 122.1 du code pénal 5 ordonnance provisoire de placement (OPP) 6 art D398 du code de procédure pénale (pour les détenus)
Numéro séquentiel du RIS	Code 5 sans contrôle

Semaine de début de séjour psy	1 oui 2 non date entrée est-elle dans la semaine du RIS
Semaine de fin de séjour psy	1 oui 2 non date sortie est-elle dans la semaine du RIS
Mois année	MMAAAA du lundi de la semaine du RIS
SDF	1 oui 2 non 0 aucune information Vide pour patients SMPR
Mode de vie	1 chez ses deux parents 2 chez un seul parent 3 seul 4 seul avec enfant 5 en couple sans enfant 6 en couple avec enfant 7 chez famille ou proches 8 en famille d'accueil 9 en institution 0 sans information
Situation matrimoniale légale	1 célibataire 2 mariée 3 PACS 4 divorcé(e) ou en cours de divorce 5 veuf(ve) 0 sans information
Situation scolaire ou professionnelle	01 scolarité ordinaire 02 scolarité en classe spécialisée ou en établissement d'éducation spécialisée 03 scolarité en établissement de soins 04 non scolarisé 05 études 06 activité en milieu ordinaire 07 activité en milieu protégé 08 demandeur d'emploi ayant déjà travaillé 09 demandeur d'un premier emploi 10 sans activité 00 sans information
ressources propres	1 oui 2 non
ressources sociales	1 oui 2 non
ressources familiales	1 oui 2 non
sans ressources	1 oui 2 non
sans information ressources	1 oui 2 non
AES	1 oui 2 non
AAH	1 oui 2 non
RMI	1 oui 2 non
Pension d'invalidité	1 oui 2 non
Autres	1 oui 2 non
Responsabilité légale	1 mineur 2 mineur émancipé 3 mineur protégé 4 capable majeur 5 majeur protégé
Nature de la protection (si mineur ou majeur protégé)	1 mesure administrative ambulatoire 2 mesure judiciaire ambulatoire 3 mesure administrative avec placement 4 mesure judiciaire avec placement 5 sauvegarde 6 curatelle 7 tutelle
Autorité parentale	1 les deux parents 2 mère 3 père 4 autorité déléguée 5 pupille de l'Etat
Année approximative du premier contact avec un psychiatre	
Diagnostic principal	CIM10
Situation clinique principale	Situation clinique
Diagnostic associé	CIM10
Situation clinique associée	Situation clinique
Diagnostic psychiatrique longitudinal CIM10	CIM10
Diagnostic psychiatrique longitudinal CFTMEA	CFTMEA
Pathologie somatique lourde	CIM10
plus d'une heure par jour	1 oui 2 non
Facteur d'environnement I	CIM10
Facteur d'environnement II	CIM10
Cause externe de morbidité	CIM10
EGF	Détermination de la population de référence avec nature séjour = 1 et âge >4 , contrôle EGF n'est pas <1 ou > 100
ADL - Alimentation	1 indépendance complète ou modifiée 2 supervision ou arrangement 3 assistance partielle 4 assistance totale
ADL - Déplacement + locomotion	1 indépendance complète ou modifiée 2 supervision ou arrangement 3 assistance partielle 4 assistance totale

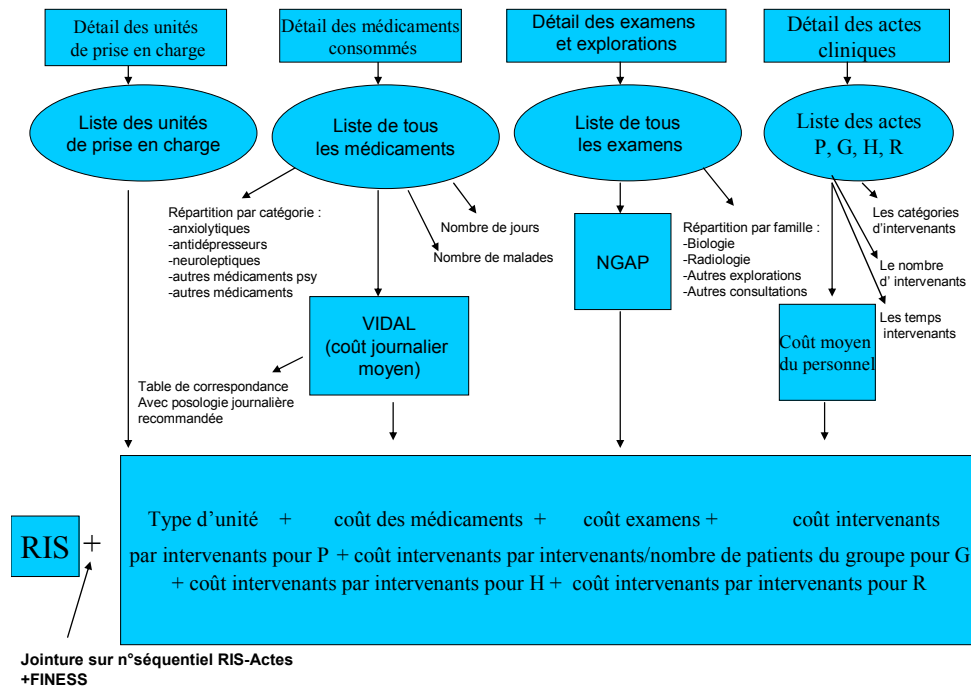
ADL - Continence	1 indépendance complète ou modifiée 2 supervision ou arrangement 3 assistance partielle 4 assistance totale
ADL - Habillage	1 indépendance complète ou modifiée 2 supervision ou arrangement 3 assistance partielle 4 assistance totale
ADL - Comportement	1 indépendance complète ou modifiée 2 supervision ou arrangement 3 assistance partielle 4 assistance totale
ADL - Relation	1 indépendance complète ou modifiée 2 supervision ou arrangement 3 assistance partielle 4 assistance totale
Isolement thérapeutique	1 oui 2 non
Nb de jours où isolement	nombre de jours
Accompagnement thérapeutique dans le milieu scolaire	1 oui 2 non

RIS - HP

Variables	Format
FINESS	XXXXXXXXX Soit le n° de l'entité juridique pour les établissements de statut public sauf dérogation pour recueil au niveau établissement Soit le n° de l'établissement pour les établissements de santé privés (y compris participant au SPH financés par dotation globale)
Version du format	
N°Secteur/Intersecteur/Service	
Version de GENRISA	
Groupage établissement : version de la classification	
Groupage établissement : CMD	
Groupage établissement : GHJ	
Groupe établissement : code retour	
Groupage GENRISA : version de la classification	
Groupage GENRISA : CMD	
Groupage GENRISA : GHJ	
Groupe GENRISA : code retour	
Nb de prise en charge supprimées pour cause de chevauchement	
Cause du chevauchement	
Numéro séquentiel de séjour	
Nature de séjour	
Age	Contrôle n'est pas < 0, n'est pas > 120
Sexe	1 masculin 2 féminin
Code géographique de résidence	
Antériorité du séjour	
Journées de présence	
1/2 journées de présence	
Nuitées de présence	
Numéro séquentiel du RIS dans la période	
Semaine de début de prise en charge à temps partiel	
Semaine de fin de prise en charge à temps partiel	
Mois année	
SDF	
Mode de vie	1 chez ses deux parents 2 chez un seul parent 3 seul 4 seul avec enfant 5 en couple sans enfant 6 en couple avec enfant 7 chez famille ou proches 8 en famille d'accueil 9 en institution 0 sans information
Situation matrimoniale légale	1 célibataire 2 mariée 3 PACS 4 divorcé(e) ou en cours de divorce 5 veuf(ve) 0 sans information
Situation scolaire ou professionnelle	01 scolarité ordinaire 02 scolarité en classe spécialisée ou en établissement d'éducation spécialisée 03 scolarité en établissement de soins 04 non scolarisé 05 études 06 activité en milieu ordinaire 07 activité en milieu protégé 08 demandeur d'emploi ayant déjà travaillé 09 demandeur d'un premier emploi 10 sans activité 00 sans information
ressources propres	1 oui 2 non
ressources sociales	1 oui 2 non
ressources familiales	1 oui 2 non
sans ressources	1 oui 2 non
sans information (ressources principales)	1 oui 2 non
AES	1 oui 2 non
AAH	1 oui 2 non
RMI	1 oui 2 non
Pension d'invalidité	1 oui 2 non

Autres	1 oui 2 non
Responsabilité légale	1 mineur 2 mineur émancipé 3 mineur protégé 4 capable majeur 5 majeur protégé
Nature de la protection (si mineur ou majeur protégé)	1 mesure administrative ambulatoire 2 mesure judiciaire ambulatoire 3 mesure administrative avec placement 4 mesure judiciaire avec placement 5 sauvegarde 6 curatelle 7 tutelle
Autorité parentale	1 les deux parents 2 mère 3 père 4 autorité déléguée 5 pupille de l'Etat
Année approximative du premier contact avec un psychiatre	
Diagnostic principal	CIM10
Situation clinique principale	Situation clinique
Diagnostic associé	CIM10
Situation clinique associée	Situation clinique
Diagnostic psychiatrique longitudinal CIM10	CIM10
Diagnostic psychiatrique longitudinal CFTMEA	CFTMEA
Pathologie somatique lourde	CIM10
Facteur d'environnement I	CIM10
Facteur d'environnement II	CIM10
Cause externe de morbidité	CIM10
EGF	Détermination de la population de référence avec nature séjour = 1 et âge >4 , contrôle EGF n'est pas <1 ou > 100
ADL - Alimentation	1 indépendance complète ou modifiée 2 supervision ou arrangement 3 assistance partielle 4 assistance totale
ADL - Déplacement + locomotion	1 indépendance complète ou modifiée 2 supervision ou arrangement 3 assistance partielle 4 assistance totale
ADL - Continence	1 indépendance complète ou modifiée 2 supervision ou arrangement 3 assistance partielle 4 assistance totale
ADL - Habillage	1 indépendance complète ou modifiée 2 supervision ou arrangement 3 assistance partielle 4 assistance totale
ADL - Comportement	1 indépendance complète ou modifiée 2 supervision ou arrangement 3 assistance partielle 4 assistance totale
ADL - Relation	1 indépendance complète ou modifiée 2 supervision ou arrangement 3 assistance partielle 4 assistance totale
Accompagnement thérapeutique dans le milieu scolaire	1 oui 2 non

Annexe 2 : Schéma du processus de valorisation



Annexe 3 : Taux de RIS exploités dans la base d'étude pour le temps complet (présentation par finess)

Etablissement	Ris avec actes		Ris sans actes		Total RIS	RIS non exploités (en %)	RIS exploités (en %)
	bon groupage	C900	bon groupage	C900			
	Nbre RIS	Nbre RIS	Nbre RIS	Nbre RIS			
1	21				21	0	100
2	24	4	2	1	31	23	77
3	160	8			168	5	95
4	84	1			85	1	99
5	131				131	0	100
6	77	2			79	3	97
7	139	19	7		165	16	84
8	23	2	1		26	12	88
9	30				30	0	100
10	284	15	1	1	301	6	94
11	167	49	6	3	225	26	74
12	83		1		84	1	99
13	119			1	120	1	99
14	104	2			106	2	98
15	119		4		123	3	97
16	34	16	27	3	80	58	43
17	114	15	1	5	135	16	84
18	405	4	159	2	570	29	71
19		80			80	100	0
20	162		2		164	1	99
21	86		3		89	3	97
22	128	36	225	74	463	72	28
23	108	1			109	1	99
24	96	27	10		133	28	72
25	226		4		230	2	98
26	48	9	3		60	20	80
27	250	3			253	1	99
28	292		2		294	1	99
29	12	2			14	14	86
30	31	1	3	2	37	16	84
31	190	4	4	1	199	5	95
32	410		34		444	8	92
33	86	90	3	4	183	53	47
34	417	52	42	1	512	19	81
35	49	1	2		52	6	94
36	30				30	0	100
37	197	40		1	238	17	83
38	457	17	66	8	548	17	83
39	407		18		425	4	96
40	37	1			38	3	97
41	60				60	0	100
42	77	2			79	3	97
43	334	2	125		461	28	72
44	18		71	19	108	83	17
45	63		46		109	42	58

46	44	4			48	8	92
47		281		194	475	100	0
48	124		1		125	1	99
49	20				20	0	100
50	70				70	0	100
51	398	3	455	1	857	54	46
52	174	3	19	5	201	13	87
53	406	10	7	2	425	4	96
54	110		1		111	1	99
55	132				132	0	100
56	117	1	3	3	124	6	94
57	15		9		24	38	63
58	39	4	2	1	46	15	85
59	17		1	1	19	11	89
60	19	2			21	10	90
61	135	24	1	1	161	16	84
62	50		1		51	2	98
63	208		5		213	2	98
64	148		1		149	1	99
65	155	8	3		166	7	93
66	223	10		2	235	5	95
67	60				60	0	100
68	126				126	0	100
69	470		29		499	6	94
70	392	3	13	2	410	4	96
71	43				43	0	100
72	52		1		53	2	98
73	41	3	1		45	9	91
74			10		10	100	0
75	68	107	30	8	213	68	32
76	67	11			78	14	86
77	80				80	0	100

NB : Les fichiers de deux établissements n'ont pu être traités.

**Annexe 4 : Taux de RIS exploités dans la base d'étude pour le temps complet
(présentation par type d'établissement)**

Type d'établissement	Avec actes		Sans actes		Total RIS	RIS non exploités (en %)	RIS exploités (en %)
	Bon groupage	C900	Bon groupage	C900			
	Nbre RIS	Nbre RIS	Nbre RIS	Nbre RIS			
CHG-CHU	1795	79	234	8	2116	15	85
CHS	5306	759	1192	331	7588	30	70
PSPH	1454	46	28	3	1531	5	95
Privé non PSPH	1837	95	11	4	1947	6	94

**Annexe 5 : Taux de RIS exploités dans la base d'étude pour le temps partiel
(présentation par finess)**

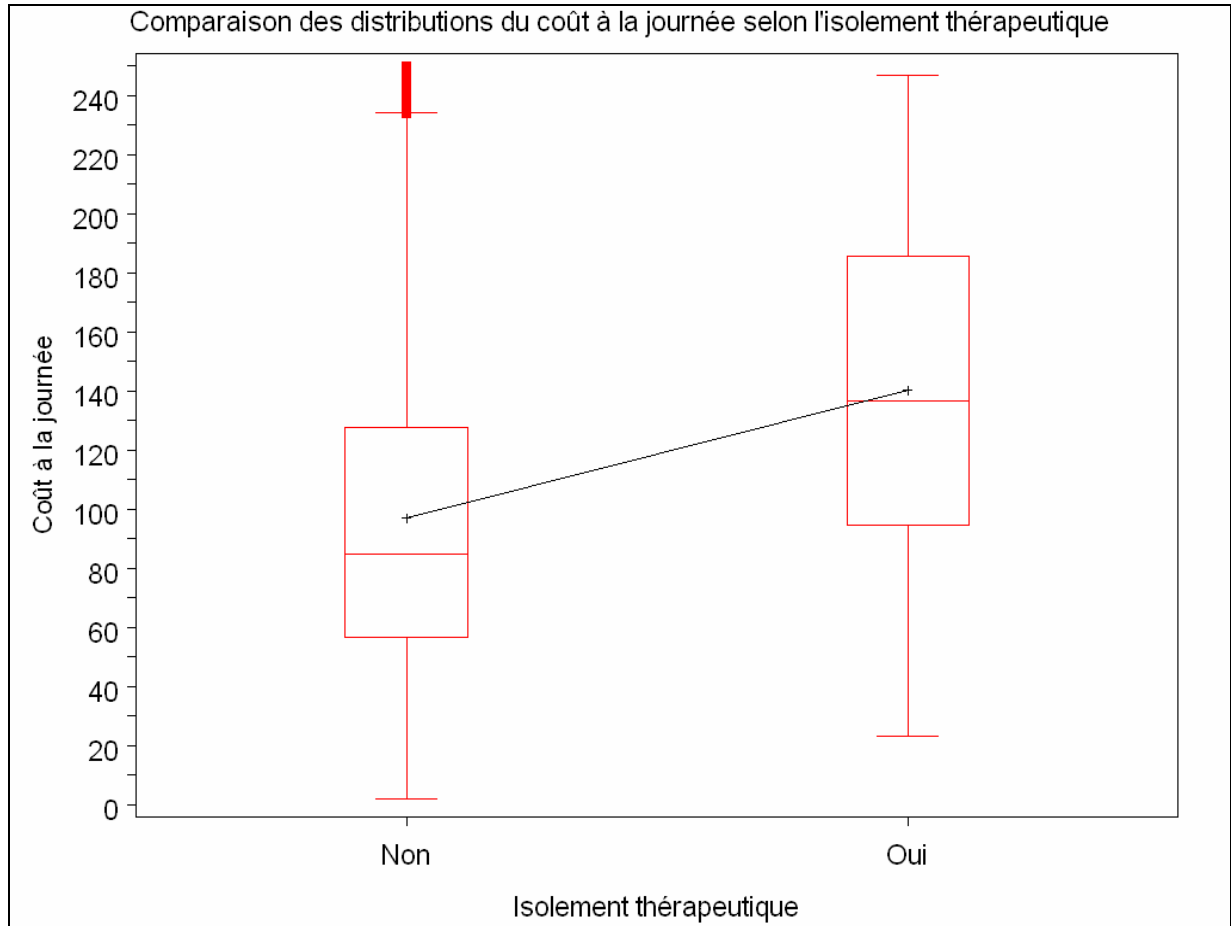
Etablissement	RIS avec actes		RIS sans actes		Total RIS	RIS non exploités (en %)	RIS exploités (en %)
	Bon groupage	C900	Bon groupage	C900			
	Nbre RIS	Nbre RIS	Nbre RIS	Nbre RIS			
1	61	7	33	6	107	43	57
2	90	3	3		96	6	94
3	7				7	0	100
4	66		8		74	11	89
5	13	13			26	50	50
6	157	7	1		165	5	95
7	136	2	68		206	34	66
8	107		5		112	4	96
9			257	21	278	100	0
10	12				12	0	100
11	412	4	28		444	7	93
12	38	57			95	60	40
13	54	8			62	13	87
14	84	1	172	6	263	68	32
15	65				65	0	100
16	237	75	19	18	349	32	68
17	72				72	0	100
18	254	2	1		257	1	99
19	293		2		295	1	99
20	42		1		43	2	98
21	47		4		51	8	92
22	147		3		150	2	98
23	1		896	4	901	100	0
24	170		3		173	2	98
25	623		29		652	4	96
26	93		16		109	15	85
27	13	1	1		15	13	87
28	277	2	7		286	3	97

29	233	2	79		314	26	74
30	42				42	0	100
31	90	3	3		96	6	94
32	426	2	29		457	7	93
33	6		121		127	95	5
34	121	9	30	1	161	25	75
35	19		1		20	5	95
36	434	23	199		656	34	66
37		32			32	100	0
38	23		2		25	8	92
39	33	5		1	39	15	85
40	568	12	446		1026	45	55
41	300	1	15		316	5	95
42	621	4	34	1	660	6	94
43	26		43	8	77	66	34
44	121	5	54	2	182	34	66
45	57		3		60	5	95
46	13		2		15	13	87
47	250		28		278	10	90
48	109	16	10		135	19	81
49	11				11	0	100
50	33				33	0	100
51	170	12	10		192	11	89
52	205	34	4		243	16	84
53	34				34	0	100
54	793	5	28		826	4	96
55	155	226	37	7	425	64	36
56	47				47	0	100
57	37	9	1	1	48	23	77
58			12		12	100	0
59	9	1	16	14	40	78	23
60	129				129	0	100
61	59				59	0	100

**Annexe 6 : Taux de RIS exploités dans la base d'étude pour le temps partiel
(présentation par type d'établissement)**

Type d'établissement	Avec actes		Sans actes		Total RIS	RIS non exploités (en %)	RIS exploités (en %)
	Bon groupage	C900	Bon groupage	C900			
	Nbre RIS	Nbre RIS	Nbre RIS	Nbre RIS			
CHG-CHU	1865	164	439	62	2530	26	74
CHS	5103	297	2167	17	7584	33	67
PSPH	1628	119	155	11	1913	15	85
Privé non PSPH	149	3	3		155	4	96

Annexe 7 : Représentation graphique de la comparaison des distributions de coût à la journée selon l'isolement thérapeutique



Annexe 8 : Représentation graphique de la comparaison des distributions de coût à la journée selon la dépendance comportementale

