

# GUIDE DE LECTURE DES TABLEAUX MAT2A PSYCHIATRIE

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, avril 2013

## **REMARQUES PRELIMINAIRES :**

Le calcul des tableaux utilise toute l'information transmise, fichiers de résumés par séquence anonymes (RPSA), fichiers de résumés d'activité ambulatoire anonymes (R3A), fichiers agrégés d'activité ambulatoire. Ainsi, lorsque seul un fichier de RPSA est disponible, les tableaux 11 et 12 ne sont pas présentés, car issus exclusivement des fichiers d'activité ambulatoire ; dans ce cas les autres tableaux ne prennent en compte que les informations contenues dans les RPSA.

Dans la série de tableaux présentés ci-dessous, les **modifications préalables suivantes** ont été apportées aux données transmises :

- Les diagnostics figurant dans les fichiers de RPSA et R3A, issus transitoirement du format RIS, et codés selon la classification française des troubles mentaux des enfants et adolescents (CFTMEA), comme selon les situations cliniques, sont transcodés en CIM-10<sup>1</sup>.
- Les variables 'lieu de l'acte', 'forme d'activité', 'mode d'entrée' et 'mode de sortie' codées au format RIS sont également transcodées au format RIM-P jusqu'en 2011.  
**Le format RIS n'est plus accepté à compter de 2012.**
- Les clés de cryptage irréversible issues des numéros IPP (identifiant permanent des patients, propre au système d'information de chaque établissement) manquantes ou mal renseignées dans le fichier de RPSA sont remplacées par les clés de chaînage anonyme du fichier ANO, si celles-ci ont été générées sans erreur.
- Les éventuels doublons de codes diagnostiques dans les RPSA comme dans les R3A, c'est-à-dire, diagnostic principal et associé identiques pour un même résumé ou, plusieurs diagnostics associés identiques pour un même résumé, sont supprimés, pour éviter les doubles comptes dans les tableaux présentant les diagnostics.

Le **nombre de journées** présenté dans les tableaux correspond à la somme du nombre de journées de présence et du nombre de demi-journées de présence, ce dernier multiplié par 0,5.

**A compter de 2013**, le nombre de demi-journées n'est plus comptabilisé dans les tableaux pour les prises en charge à temps complet (formes d'activité 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07).

A compter du 2<sup>ème</sup> trimestre 2007, la variable « nature de prise en charge » est renommée « forme d'activité » (circulaire DHOS du 15 mars 2007).

A compter du 3<sup>ème</sup> trimestre 2008, le tableau 1B est augmenté d'une section supplémentaire relative à la cohérence des informations au sein des séjours. Par ailleurs, les résultats présentés

---

<sup>1</sup> La table de correspondance CFTMEA – CIM10, définie avec un groupe de pédopsychiatre, figure sur le site Internet de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0003500018FF>.

dans le tableau 4B pouvaient être erronés suite à un défaut de gestion des noms de variables, ce point est corrigé.

#### **A compter de 2012<sup>2</sup> :**

- La variable « mode légal de séjour » est renommée « mode légal de soins ». Le « mode légal de soins » est renseigné également dans le R3A.
- La variable « Indicateur de séquence correspondant à une sortie d'essai » est renommée « Indicateur de séquence ». La modalité « E » n'existe plus. Ainsi, toutes les séquences codées « E » pour cette variable seront supprimées préalablement à tout calcul d'indicateurs des tableaux MAPSY (excepté du tableau 1B dont l'objectif est de décrire la conformité des données transmises).
- La variable « Score dépendance relation (AVQ) » est renommée « Score dépendance communication (AVQ) ».
- La notion d' « hospitalisation complète<sup>3</sup> » est introduite dans les tableaux 8 relatifs aux prises en charge en soins sans consentement. Pour éviter toute ambiguïté le terme « hospitalisation » est remplacé par « prise en charge » dans les autres tableaux relatifs aux « prises en charge à temps complet » (formes d'activité 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7) ou aux « prises en charge à temps partiel » (formes d'activité 20, 21 et 22).

#### **A compter de 2013 :**

- l'activité en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) ne sera plus décrite au travers de Résumés par Séquence (RPS) mais par des Résumés d'Activité Ambulatoire (RAA). Le recueil de cette activité change de ce fait de nature de prise en charge et de forme d'activité. Il n'y a pas de modification dans le recueil de l'activité en Atelier Thérapeutique qui reste décrite comme une prise en charge à temps partiel.
- Création d'un code lieu « 11 : CATTP » dans la liste des « lieux d'acte ».

Le canevas initial des tableaux a été défini par le groupe « qualité des données » et présenté au comité de pilotage de la valorisation de l'activité en psychiatrie en 2006.

Les évolutions à compter de 2011 des tableaux MAPSY ont été définies par le groupe « Qualité PMSI Psychiatrie » et présentées au Comité technique psychiatrie<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Pour de plus amples informations sur les évolutions du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie, se référer :  
- À l'annexe 4 de la Notice PMSI 2012 : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=00024000B5FF>,  
- Au *Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie* : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=00024000B4FF>.

<sup>3</sup> La notion « hospitalisation complète » regroupe les prises en charge à temps complet effectuées dans les formes d'activité 1 [Hospitalisation à temps plein], 6 [Centre de posture psychiatrique] et 7 [Centre de crise].

<sup>4</sup> Les comptes-rendus du Comité technique psychiatrie sont consultables à l'adresse suivante : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000A0000AFF>.

## LISTE DES TABLEAUX DE SYNTHÈSE DE L'ACTIVITÉ

<b>TABLEAU 01A - Synthèse d'activité (jusqu'en 2012)</b>	<b>- 5 -</b>
<b>TABLEAU 01A - Synthèse d'activité (à compter de 2013)</b>	<b>- 6 -</b>
<b>TABLEAU 01B – Analyse de la conformité des données transmises</b>	<b>- 8 -</b>
<b>TABLEAU 02 – Synthèse mensuelle</b>	<b>- 12 -</b>
<b>TABLEAU 03 – Répartition des codes géographiques de domicile des malades</b>	<b>- 12 -</b>
<b>TABLEAU 04A – Mode d'entrée et de sortie des séjours d'hospitalisation</b>	<b>- 12 -</b>
<b>TABLEAU 04B – Analyse des réhospitalisations</b>	<b>- 13 -</b>
<b>TABLEAU 04C – Complément d'information sur la file active</b>	<b>- 13 -</b>
<b>TABLEAU 05 A – Score de dépendance AVQ et catégories d'âge pour les patients hospitalisés</b>	<b>- 13 -</b>
<b>TABLEAU 05 B – Effectif par catégorie d'âge pour les patients hospitalisés</b>	<b>- 14 -</b>
<b>TABLEAUX 06 – Liste des diagnostics</b>	<b>- 14 -</b>
<b>TABLEAU 07 – Formes d'activité</b>	<b>- 14 -</b>
<b>TABLEAU 08 A - Hospitalisation sans consentement ou sous contrainte (jusqu'en 2011)</b>	<b>- 15 -</b>
<b>-</b>	
<b>TABLEAU 08 B – Hospitalisation sans consentement ou sous contrainte, liste des pathologies mentales (jusqu'en 2011)</b>	<b>- 15 -</b>
<b>TABLEAU 08 A – Mode légal de soins en hospitalisation complète (à compter de 2012)</b>	<b>- 16 -</b>
<b>TABLEAU 08 B – Hospitalisation complète sans consentement : Présence à J15 et 6 mois (à compter de 2012)</b>	<b>- 16 -</b>
<b>TABLEAU 08 B – Hospitalisation complète sans consentement : Présence à J15, à 6 mois et à 1 an (à compter de 2013)</b>	<b>- 16 -</b>
<b>TABLEAU 08 C – Mode légal de soins des prises en charge à temps complet (hors hospitalisation complète)</b>	<b>- 17 -</b>
<b>TABLEAU 08 D – Mode légal de soins des prises en charge à temps partiel</b>	<b>- 17 -</b>
<b>TABLEAU 08 E – Mode légal de soins des prises en charge ambulatoires</b>	<b>- 18 -</b>
<b>TABLEAU 08 F – Hospitalisation complète sans consentement, liste des pathologies codées en DP</b>	<b>- 18 -</b>
<b>TABLEAU 09 A – Isolement thérapeutique</b>	<b>- 18 -</b>

<b>TABLEAU 09 B – Isolement thérapeutique, liste des pathologies mentales</b>	<b>- 19 -</b>
<b>TABLEAU 10 A – Hospitalisation au long cours (séjours de plus de 292 jours)</b>	<b>- 19 -</b>
<b>TABLEAU 10 B – Hospitalisation au long cours, liste des pathologies mentales</b>	<b>- 19 -</b>
<b>TABLEAU 11 A – Synthèse de l’activité ambulatoire, nature des actes</b>	<b>- 20 -</b>
<b>TABLEAU 11 B – Synthèse de l’activité ambulatoire, intervenants</b>	<b>- 20 -</b>
<b>TABLEAU 11 C – Synthèse de l’activité ambulatoire, lieux</b>	<b>- 20 -</b>
<b>TABLEAUX 12 – Synthèse de l’activité ambulatoire agrégée</b>	<b>- 20 -</b>
<b>TABLEAU 20 – Analyse du fichier de RSF</b>	<b>- 21 -</b>
<b>TABLEAU 21 – Synthèse des erreurs détectées par PIVOINE</b>	<b>- 22 -</b>
<b>TABLEAU 22 – Répartition des codes de prise en charge</b>	<b>- 22 -</b>
<b>TABLEAU 23 – Analyse des codes de prestation</b>	<b>- 22 -</b>
<b>TABLEAU 24 – Analyse des disciplines médico-tarifaires</b>	<b>- 22 -</b>
<b>TABLEAU 25 – Répartition du mode de traitement</b>	<b>- 23 -</b>
<b>TABLEAU 26 – Catégorie de diagnostic principal par forme d’activité</b>	<b>- 23 -</b>
<b>TABLEAU 27 – Analyse du RSF-C</b>	<b>- 24 -</b>
<b>TABLEAU 28 – Analyse du RSF-I</b>	<b>- 24 -</b>

## PRESENTATION DES TABLEAUX DE SYNTHÈSE DE L'ACTIVITÉ

### **TABLEAU 01A - Synthèse d'activité (jusqu'en 2012)**

Ce tableau présente l'ensemble des décomptes, valeurs moyennes et proportions calculés sur les informations présentes dans les fichiers de résumés par séquence (RPSA) et dans les fichiers des résumés d'activité ambulatoire (R3A) :

- Nombre d'établissements géographiques (i.e. n° FINESS géographiques distincts)
- Nombre de secteurs distincts
- Nombre de formes d'activité distinctes en hospitalisation
- Nombre de résumés par séquence hors période couverte par la transmission. Il s'agit des résumés par séquence dont le mois ou l'année indiqués ne correspondent pas à la période de transmission. **Ces résumés sont supprimés des analyses.**
- Proportion de résumés par séquence directement produits au format RIM-P (%). Cet indicateur est supprimé à compter de 2012, puisque seuls les formats RIM-P sont désormais acceptés.
- Nombre de résumés par séquence des prises en charge à temps complet transmis
- Nombre de journées des prises en charge à temps complet. Il s'agit des séjours dont la forme d'activité est égale à 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7
- Nombre de séjours distincts des prises en charge à temps complet
- Nombre de patients distincts des prises en charge à temps complet
- Nombre de résumés par séquence des prises en charge à temps partiel transmis
- Nombre de journées des prises en charge à temps partiel. Il s'agit des séjours dont la forme d'activité est égale à 20, 21 ou 22
- Nombre de séjours distincts des prises en charge à temps partiel
- Nombre de patients distincts des prises en charge à temps partiel
- Age moyen des patients pris en charge à temps complet ou à temps partiel (en années)
- Proportion de patients pris en charge à temps complet ou à temps partiel ayant un âge < 18 ans (en %)
- Proportion de patients pris en charge à temps complet ou à temps partiel de sexe masculin (en %)
- Nombre de résumés d'activité ambulatoire hors période couverte par la transmission. Il s'agit des résumés d'activité ambulatoire dont le mois ou l'année indiqués ne correspondent pas à la période de transmission. **Ces résumés sont supprimés des analyses.**
- Nombre de résumés d'activité ambulatoire transmis
- Proportion de résumés d'activité ambulatoire directement produits au format RIM-P (%). Cet indicateur est supprimé à compter de 2012, puisque seuls les formats RIM-P sont désormais acceptés.
- Nombre de patients distincts en ambulatoire
- Age moyen des patients en ambulatoire (en années)
- Proportion de patients en ambulatoire avec un âge < 18 ans (en %)
- Proportion de patients en ambulatoire de sexe masculin (en %)
- Nombre de patients distincts (temps complet ou temps partiel ou ambulatoire) (i.e. nombre d'IPP valides distincts)

- Nombre moyen de codes diagnostiques associés par résumé (RPSA et R3A)
- Nombre de codes diagnostiques de type symptôme (RPSA et R3A). Il s'agit des diagnostics (principaux et associés) dont l'initial du code est R.
- Nombre de codes diagnostiques de cause externe (RPSA et R3A). Il s'agit des diagnostics (principaux et associés) dont le ou les premiers caractères de code figurent dans la liste S, T, V, W, X, Y, Z5, Z6, Z8 ou Z9.
- Nombre de codes diagnostiques de pathologie mentale (RPSA et R3A). Il s'agit des diagnostics (principaux et associés) dont l'initial du code est F.
- Nombre de codes diagnostiques de pathologie somatique (RPSA et R3A). Il s'agit de tous les autres codes de diagnostics.
- Score moyen de dépendance aux activités de la vie quotidienne (score AVQ = somme des scores de dépendance pour l'habillement, le déplacement, l'alimentation, la continence, le comportement, la communication)
- Durée moyenne de séjour (uniquement pour les prises en charge à temps complet terminées au cours de la période)
- Jusqu'en 2011 :
  - o Nombre de séjours sans consentement ou sous contrainte : il s'agit des séjours dont le mode légal de séjour est égal à 2, 3, 4, 5 ou 6.
- A partir de 2012 :**
  - o Nombre de séjours en hospitalisation complète sans consentement ou sous contrainte : il s'agit des séjours dont la forme d'activité est égale à 1, 6 ou 7 et dont le mode légal de soins est égal à 3, 4, 5, 6, 7 ou 8
- Nombre de séjours avec isolement thérapeutique
- Nombre de séjours avec accompagnement thérapeutique scolaire

<b>TABLEAU 01A - Synthèse d'activité (à compter de 2013)</b>
--

**A compter de 2013**, le tableau 01A est remanié et est séparé en 4 parties, comprenant les indicateurs suivants pour les années n et n-1 :

**Pour les prises en charge à temps complet, partiel et ambulatoire** (calcul sur RPSA et R3A) :

- Nombre d'établissements géographiques (i.e. n° FINESS géographiques distincts)
- Nombre de secteurs distincts
- Nombre de patients distincts (i.e. nombre d'IPP valides distincts)

**Pour les prises en charge à temps complet** (calcul sur RPSA formes d'activité 01 à 07) :

- Nombre de résumés par séquence transmis
- Nombre de RPSA transmis avec anomalie : On comptabilise les RPSA dont au moins une variable a une valeur non conforme (voir le tableau 01B pour le détail des tests).
- Nombre de formes d'activité distinctes
- Patient: Nombre de patients
- Patient: Age moyen
- Patient: Age < 18 ans (%)
- Patient: Sexe masculin (%)
- Séjours: Nombre de journées de présence
- Séjours: Nombre de journées couvertes par les séquences

- Séjours: Nombre de séjours
- Séjours: Nombre de séjours terminés : Correspond aux séjours dont la variable [indicateur de dernière séquence du séjour]=1
- Séjours: Durée moyenne de séjour en hospitalisation à temps plein : Correspond à  $([\text{Nb jours couverts par la séquence}] + [\text{Délai entre date début de séquence et date d'entrée du séjour}]) / \text{Nb séjours}$ . Le calcul est réalisé uniquement pour les séjours terminés avec toutes ses séquences en hospitalisation à temps plein (Forme d'activité = 01)
- Séjours: DMH Durée moyenne d'hospitalisation : Correspond à  $\text{Nb journées présence} / \text{Nb patients}$
- Séjours: Score moyen de dépendance aux activités de la vie quotidienne : Somme des scores de dépendance pour l'habillement, le déplacement, l'alimentation, la continence, le comportement, la communication divisée par le nombre de séquences pour lesquelles le score est rempli.
- Séjours: Score moyen dépendance physique : Somme des scores de dépendance pour l'habillement, le déplacement, l'alimentation et la continence divisée par le nombre de séquences pour lesquelles le score est rempli.
- Séjours: Score moyen dépendance comportement
- Séjours: Score moyen dépendance communication
- Séjours: Nombre de séjours sans consentement ou sous contrainte : il s'agit des séjours avec un mode légal de soins égal à 3, 4, 5, 6, 7 ou 8
- Séjours: Nombre de journées sans consentement ou sous contrainte : il s'agit des journées de présence avec un mode légal de soins égal à 3, 4, 5, 6, 7 ou 8
- Séjours: Nombre de séjours avec isolement thérapeutique
- Séjours: Nombre de journées avec isolement thérapeutique
- Séjours: Nombre de séjours avec accompagnement thérapeutique scolaire
- Séjours: Nombre moyen codes diagnostiques associés par résumé
- Séjours: Nombre de codes diagnostiques **distincts** de type symptôme : Il s'agit des diagnostics (principaux et associés) distincts dont l'initial du code est R.
- Séjours: Nombre de codes diagnostiques **distincts** de cause externe : Il s'agit des diagnostics (principaux et associés) distincts dont le ou les premiers caractères de code figurent dans la liste S, T, V, W, X, Y, Z5, Z6, Z8 ou Z9.
- Séjours: Nombre de codes diagnostiques **distincts** de pathologie mentale : Il s'agit des diagnostics (principaux et associés) distincts dont l'initial du code est F.
- Séjours: Nombre de codes diagnostiques **distincts** de pathologie somatique : Il s'agit de tous les autres codes de diagnostics.

**Pour les prises en charge à temps partiel** (calcul sur RPSA formes d'activité 20, 21, 23 pour 2013 et formes d'activité 20, 21, 22 pour 2012) :

- Nombre de résumés par séquence transmis
- Nombre de RPSA transmis avec anomalie : On comptabilise les RPSA dont au moins une variable a une valeur non conforme (voir le tableau 01B pour le détail des tests).
- Nombre de formes d'activité distinctes
- Patient: Nombre de patients
- Patient: Age moyen
- Patient: Age<18 ans (%)
- Patient: Sexe masculin (%)
- Séjours: Nombre de journées présence

- Séjours: Nombre de 1/2 journées présence
- Séjours: Nombre de nuits : Correspond au nombre de journées de présence pour les séquences avec une forme d'activité 21 (Hospitalisation à temps partiel de nuit)
- Séjours: Nombre de séjours
- Séjours: Nombre de séjours sans consentement ou sous contrainte : il s'agit des séjours avec un mode légal de soins égal à 3, 4, 5, 6, 7 ou 8
- Séjours: Nombre de journées sans consentement ou sous contrainte : il s'agit de la somme des journées de présence et des demi-journées de présence avec un mode légal de soins égal à 3, 4, 5, 6, 7 ou 8
- Séjours: Nombre de séjours avec accompagnement thérapeutique scolaire
- Séjours: Nombre moyen codes diagnostiques associés par résumé
- Séjours: Nombre de codes diagnostiques distincts de type symptôme
- Séjours: Nombre de codes diagnostiques distincts de cause externe
- Séjours: Nombre de codes diagnostiques distincts de pathologie mentale
- Séjours: Nombre de codes diagnostiques distincts de pathologie somatique

**Pour les prises en charge ambulatoire** (calcul sur R3A formes d'activité 30, 31, 32 pour 2013 et formes d'activité 30, 31 pour 2012) :

- Nombre de résumés activité ambulatoire transmis
- Nombre de R3A transmis avec anomalie : On comptabilise les R3A dont au moins une variable a une valeur non conforme (voir le tableau 01B pour le détail des tests).
- Patient: Nombre de patients
- Patient: Age moyen
- Patient: Age<18 ans (%)
- Patient: Sexe masculin (%)
- Patient: Nombre de patients en soins sous contrainte : il s'agit des patients avec un mode légal de soins égal à 3, 4, 5, 6, 7 ou 8
- Acte: Nombre d'actes en soins sous contrainte : Correspond aux actes avec un mode légal de soins égal à 3, 4, 5, 6, 7 ou 8
- Acte: Nombre moyen codes diagnostiques associés par résumé
- Acte: Nombre de codes diagnostiques distincts de type symptôme
- Acte: Nombre de codes diagnostiques distincts de cause externe
- Acte: Nombre de codes diagnostiques distincts de pathologie mentale
- Acte: Nombre de codes diagnostiques distincts de pathologie somatique

Les nombres de résumés par séquence et de résumés d'activité ambulatoire hors période couverte par la transmission ne sont plus indiqués dans le tableau 01A, car ils sont bloqués directement au niveau du logiciel PIVOINE, en amont de la transmission e-PMSI.

<b>TABLEAU 01B – Analyse de la conformité des données transmises</b>
--

Ce tableau décompte pour chaque information, le nombre de résumés par séquence et de résumés d'activité ambulatoire pour lesquels les valeurs ne respectent pas les définitions, ainsi que la proportion qu'ils représentent par rapport au nombre total de résumés transmis. Ces vérifications sont réalisées à partir des fichiers complémentaires dits de contrôle (fichier CTLS pour les

séquences et fichier CTLA pour l'activité ambulatoire) générés par PIVOINE à partir des fichiers non anonymisés (CTLS pour les RPS, CTLA pour les RAA).

**A compter de 2012, une nouvelle colonne précisant si le renseignement de la variable est obligatoire (O) ou facultatif (F) est ajoutée.**

Les règles appliquées sont issues des définitions figurant dans le *Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie* (bulletin officiel : fascicule spécial n°2012/4 bis<sup>5</sup>) :

- les numéros FINESS (juridiques et géographiques) doivent être codés en format numérique ou commencer par 2A ou 2B ;
- le numéro de format doit être égal à P05, P06 (jusqu'en 2011), ou P07 (à partir de 2012) ;
- l'IPP doit être alphanumérique (0-9 et A-Z) ;
- les dates (date de naissance, date d'entrée du séjour, date de sortie du séjour, date de début de séquence, date de fin de séquence, date de l'acte) doivent être indiquées sous la forme JJMMAAAA. La date de sortie du séjour peut être manquante (patients non sortis à la date de transmission) ;
- le sexe doit être codé par 1 ou 2 ;
- le code postal de résidence ne doit pas générer un code géographique de domicile se terminant par '999' sauf dans le cas où il s'agit des territoires d'outre-mer ;
- la forme d'activité doit être codée par 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 (prises en charge à temps complet) ; 20, 21, 22, (prises en charge à temps partiel) ; 30, 31 (prises en charge ambulatoires).  
A compter de 2013 : la forme d'activité doit être codée par 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 (prises en charge à temps complet) ; 20, 21, 23, (prises en charge à temps partiel) ; 30, 31, 32 (prises en charge ambulatoires).
- le numéro du séjour et le numéro d'unité médicale ne doivent pas être manquants (format alphanumérique et espaces acceptés) ;
- le mode d'entrée combiné à la provenance<sup>6</sup> doit être codé par 6 (modalité autorisée jusqu'en 2008), 61, 62, 63, 64, 66 (à compter de 2009), 7 (modalité autorisée jusqu'en 2008), 71, 72, 73, 74, 76 (à compter de 2009), 8, 85, 86 (modalité autorisée jusqu'en 2008) ou 87 ;
- le mode de sortie combiné à la destination<sup>7</sup> doit être codé par 4, 6 (modalité autorisée jusqu'en 2008), 61, 62, 63, 64, 66 (à compter de 2009), 7 (modalité autorisée jusqu'en 2008), 71, 72, 73, 74, 76 (à compter de 2009), 8, 86 (modalité autorisée jusqu'en 2008), 87 ou 9. Cette information peut être manquante (patients non sortis à la date de transmission) ;
- le numéro de secteur ou de dispositif intersectoriel doit commencer par deux chiffres ou par 2A ou 2B (=n° département), être suivi d'une lettre (G, I, P ou Z) et se terminer par deux caractères (chiffres ou lettres) qui correspondent au n° du secteur de l'établissement. Pour les trois derniers caractères, le codage en D00 (UMD) ou à blanc (établissements non sectorisés) est également autorisé ;
- le mode légal de soins doit être codé par 1, 2, 3, 4, 5, 6 jusqu'en 2011 ; et par 1, 3, 4, 5, 6,7 ou 8 à partir de 2012 ; Cette variable concerne aussi les R3A à compter de 2012.

---

<sup>5</sup> Version 2012 du *Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie* : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=00024000B4FF>

<sup>6</sup> Cf. nomenclature des « codes mouvements » : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004100005FF>.

<sup>7</sup> Cf. nomenclature des « codes mouvements » : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004100005FF>.

- l'indicateur de séquence peut être rempli par les lettres 'E' (jusqu'en 2011), 'P', 'A' ou laissé à blanc ; **A partir de 2012, les séquences avec cette variable codée à 'E' sont supprimées des tableaux 1A, 2 et suivants.**

- le nombre de jours de présence, le nombre de demi-journées de présence, le nombre de jours d'isolement thérapeutique, le nombre de diagnostics et facteurs associés et le nombre d'intervenants doivent être de format numérique ;

- Les scores de dépendance aux Activités de la Vie Quotidienne AVQ (habillage, déplacement, alimentation, continence, comportement, communication) doivent être codés par 1, 2, 3, ou 4. Les scores AVQ ne sont obligatoires à renseigner qu'en cas de prise en charge à temps complet. Les contrôles sur les AVQ affichés dans le tableau 01B ne prennent donc en compte que les RPSA des prises en charge à temps complet pour le calcul des valeurs manquantes et non au format. Les versions M3 2012 et antérieures de Pivoine et Pivoine OQN (ainsi que les tableaux 01B de ces périodes) prenaient en compte l'ensemble des RPSA pour ce calcul. Une correction de cette erreur est apportée aux versions M6 et ultérieures de Pivoine et Pivoine OQN (ainsi qu'aux tableaux 01B associés)

- l'indicateur d'accompagnement thérapeutique scolaire doit être rempli par la lettre 'S' ou laissé à blanc ;

- le codage des diagnostics (principaux et associés) doit exclusivement utiliser les codes définis dans la classification internationale des maladies dans sa 10ème révision (CIM-10), augmentée d'une liste de codes étendus maintenue par l'ATIH<sup>8</sup> ;

- la nature de l'acte est codée par E, D, G, A, R ;

- le lieu de l'acte peut prendre les valeurs L01, L02, L03, L04, L05, L06, L07, L08, L09, L10 ; à compter de 2013, est rajouté le L11 pour le CATTP.

- la catégorie professionnelle de l'intervenant doit être codée par M, I, P, A, R, E, S, X, Y ;

- l'indicateur d'activité libérale doit être renseigné par la lettre 'L' ou laissé à blanc ;

Des erreurs de séquençement, détectées par PIVOINE, sont également indiquées dans le tableau.

Pour les fichiers de résumés par séquence :

- Même numéros de séjours pour plusieurs patients

- Numéro IPP affecté à plusieurs patients

- Date de début de séquence antérieure à la date d'entrée du séjour

- Date de début de séquence postérieure à la date de sortie du séjour. Ce test est réalisé uniquement si la « date de sortie du séjour » est renseignée

- Date de fin de séquence antérieure à la date d'entrée du séjour

- Date de fin de séquence postérieure à la date de sortie du séjour. Ce test est réalisé uniquement si la « date de sortie du séjour » est renseignée

- Date de fin de séquence antérieure à la date de début de séquence

**A compter de 2012, cinq nouveaux contrôles** sont présentés pour les fichiers de résumés par séquence :

- Date entrée du séjour antérieure à la date de naissance

- UMD: Mode légal de soins incompatible (= le mode légal de soins est égal à '1' et le numéro de secteur se termine par 'D00')

- UMD: Forme d'activité incompatible (= la forme d'activité est différente de '1' et le numéro de secteur se termine par 'D00')

---

<sup>8</sup> Cf. CIM10 maintenue par l'ATIH pour les recueils PMSI : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000350001BFF>

- Placement familial thérapeutique (AFT): mode légal de soins incompatible (= le mode légal de soins est différent de '1' et la forme d'activité est égale à 4)
- Nb journées isolement thérapeutique > nb journées présence + 1. Ce test est réalisé uniquement si 'Nb journées isolement thérapeutique' > 0

Pour les fichiers d'activité ambulatoire :

- Date de l'acte antérieure à la date de naissance

**A partir de 2013**, un nouveau contrôle est ajouté pour les fichiers de résumés par séquence :

- Prise en charge en temps complet et variable [demi-journée de présence] renseignée. **Pour les prises en charge à temps complet, les demi-journées de présence ne seront plus comptabilisées dans les tableaux.**

Enfin, la conformité de la clé de chaînage du fichier ANO est vérifiée :

- Absence de clé de chaînage ou générée sans numéro d'assuré social : correspond à au moins un code retour incorrect pour les variables code retour n° de sécurité social, n° administratif et les deux variables de fusion ;
- Clé de chaînage générée depuis des informations partielles : correspond aux autres cas où des codes retour sont incorrects.

**A compter du 3<sup>ème</sup> trimestre de 2008**, le tableau 1B2 'Test de cohérence au sein des séjours' est ajouté. Ce tableau indique (en nombre de séjours et nombre de journées) :

- les séquences avec variable « indicateur de séquence » égale à E : Cet indicateur apparaît à **compter de 2012. Les séquences correspondantes sont supprimées des tableaux MAPSY 1A, 2 et suivants.**
- les séjours avec un nombre de jours de présence déclaré supérieur au nombre de jours couverts par la séquence + 1 jour
- les séjours dont le sexe n'est pas constant entre les séquences
- les séjours dont le code géographique n'est pas constant entre les séquences
- les séjours dont l'âge n'est pas constant entre les séquences (à +/- 1 an)
- les séjours comprenant plusieurs patients
- les séjours comportant plusieurs natures de prise en charge
- les séjours comprenant des séquences non jointives : uniquement pour les prises en charge à temps complet
- les séjours comportant des séquences se recouvrant : les séquences parallèles sont exclues de ce calcul
- les numéros d'IPP hachés correspondant à plusieurs clés PMSI
- les clés PMSI correspondant à plusieurs numéros d'IPP hachés

Comme indiqué dans le *Guide méthodologique de production du RIM-P*, l'identifiant permanent des patients (IPP) est une information constitutive du système d'information de chaque établissement ; cette information permet de rattacher entre elles toutes les prises en charge réalisées pour un même patient. De même elle figure dans les résumés du RIM-P. Lors de leur anonymisation l'IPP est remplacé par une chaîne de caractères alphanumériques non signifiante obtenue par hachage (cryptage irréversible) de l'IPP (numéro IPP haché). La clé de chaînage PMSI est une clé alphanumérique non signifiante obtenue par hachage (cryptage irréversible) des numéros d'assuré social, date de naissance et sexe de chaque patient pris en charge en

hospitalisation (clé PMSI). Ainsi pour un même patient les prises en charge dans un même établissement doivent toutes résulter en un couple unique de clés IPP haché – PMSI. Cette stabilité est mesurée sur l'ensemble des patients hospitalisés plus d'une fois au cours de la période couverte par la transmission des données RIM-P. Un défaut de stabilité signe soit des changements de numéro d'assuré social soit d'un défaut du système d'information relatif à la prise en charge des patients dans l'établissement.

#### **TABLEAU 02 – Synthèse mensuelle**

Ce tableau présente par mois les quantités suivantes :

- Nombre de journées des prises en charge à temps complet (codes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) (pour les séquences terminées dans le mois)
- Nombre de patients pris en charge à temps complet distincts
- Nombre de journées des prises en charge à temps partiel (codes 20, 21, 22). A compter de 2013, codes 20, 21 et 23.
- Nombre de patients pris en charge à temps partiel distincts
- Nombre d'actes ambulatoires
- Nombre de patients pris en charge en ambulatoire distincts
- Nombre de patients distincts (temps complet + temps partiel + ambulatoire). Tous les patients sont pris en compte ici, y compris ceux dont le codage de la forme d'activité ne correspondrait pas à une hospitalisation complète ou partielle (valeur manquante,...).

La ligne 'total' représente le total global pour chaque colonne et non la somme des résultats obtenus par mois.

#### **TABLEAU 03 – Répartition des codes géographiques de domicile des malades**

Ce tableau dénombre par code géographique :

- Nombre de journées d'hospitalisation (en effectif et en %)
- Nombre de séjours (en effectif et en %)
- Nombre de patients hospitalisés distincts
- Nombre d'actes ambulatoires (en effectif et en %)
- Nombre de patients ambulatoires distincts
- Nombre de patients distincts (hospitalisation + ambulatoire)

La ligne 'total' représente le total global pour chaque colonne et non la somme des résultats obtenus par code géographique.

La liste des codes géographiques peut être consultée à la page suivante :

<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000410000000>

#### **TABLEAU 04A – Mode d'entrée et de sortie des séjours d'hospitalisation**

Ce tableau indique le nombre de séjours se terminant au cours de la période, pour chaque combinaison du mode d'entrée (associé à la provenance) et du mode de sortie (associé à la destination) présents dans le fichier de RPSA.

Le libellé « Non ou mal renseigné » signifie que le mode d'entrée (ou de sortie) n'a pas été renseigné ou qu'il ne correspond pas aux valeurs possibles pour la variable.

#### **TABLEAU 04B – Analyse des réhospitalisations**

Ce tableau comporte les lignes suivantes :

- Nombre de séjours avec une clé de chaînage générée sans erreur. Il s'agit des séjours sans anomalie lors des contrôles faits pendant de la procédure de chaînage ;
- Nombre de séjours sans incohérence de chaînage ni impossibilité de calcul : De la ligne précédente sont enlevés les séjours présentant, pour des hospitalisations successives d'un même patient, un changement du code sexe ou de la valeur de l'âge de plus d'une unité ainsi que les séjours ayant un mois de sortie différent de celui du RPSA. **A compter du 3<sup>ème</sup> trimestre de 2008**, les séjours dont la date d'entrée est antérieure à la date issue de la clé de chaînage sont également exclus.

Les éléments qui suivent sont calculés à partir de cet ensemble de séjours.

- Nombre de patients. Il correspond au nombre de clés de chaînage (n° anonyme) distinctes
- Nombre de journées
- Nombre de prises en charge en hospitalisations simultanées (même forme d'activité)
- Nombre de journées de présence simultanée (même forme d'activité)
- Nombre de réadmissions en prise en charge à temps complet
- Nombre de réadmissions en prise en charge à temps complet dans un délai inférieur à 15 jours
- Délai médian de réadmission en prise en charge à temps complet, en jour

#### **TABLEAU 04C – Complément d'information sur la file active**

Ce tableau donne les informations suivantes :

- Nombre de patients vus une seule fois. Il s'agit de patients n'ayant eu qu'un seul acte en ambulatoire ou une seule journée en prise en charge à temps complet ou à temps partiel sur la période
- Nombre médian de prises en charge à temps complet ou à temps partiel par patient
- Nombre médian de prises en charge en ambulatoire par patient. Une prise en charge est caractérisée par la réalisation d'un ou plusieurs actes un jour donné pour un même patient
- Nombre médian de prises en charge (à temps complet ou à temps partiel ou en ambulatoire) par patient

#### **TABLEAU 05 A – Score de dépendance AVQ et catégories d'âge pour les patients hospitalisés**

Ce tableau présente, par catégorie d'âge, le score moyen pour chacune des composantes du score de dépendance aux activités de la vie quotidienne (AVQ) (habillement, déplacement,

alimentation, continence, comportement, communication). Les séquences avec des variables de dépendance non ou mal renseignées ne sont pas prises en compte.

La colonne « total » correspond au score moyen par âge de l'ensemble des AVQ.

La ligne « total » correspond au score moyen pour chaque variable d'AVQ (sans tenir compte de l'âge).

#### **TABLEAU 05 B – Effectif par catégorie d'âge pour les patients hospitalisés**

Ce tableau dénombre le nombre de patients par catégorie d'âge.

#### **TABLEAUX 06 – Liste des diagnostics**

Ces tableaux recouvrent un ensemble de 4 tableaux qui décrivent respectivement pour les RPSA et R3A :

**Tableau 06 A** : Liste des diagnostics de type symptôme. Il s'agit de l'ensemble des diagnostics (principaux et associés) dont l'initiale du code est R.

**Tableau 06 B** : Liste des diagnostics de cause externe. Il s'agit des diagnostics (principaux et associés) dont le ou les premiers caractères du code appartiennent à la liste S, T, V, W, X, Y, Z5, Z6, Z8, Z9.

**Tableau 06 C** : Liste des diagnostics (principaux et associés) de pathologie mentale. Il s'agit des diagnostics dont l'initiale du code est F.

**Tableau 06 D** : Liste des diagnostics (principaux et associés) de pathologie somatique. Ils correspondent à tous les autres codes diagnostiques.

Ces tableaux sont triés par code CIM-10 et présentent au moins 80% du cumul des journées et des actes. Pour les tableaux 06B et 06D, seuls les 3 premiers caractères de code sont pris en compte.

Les informations présentées sont les suivantes :

- Nombre de séjours
- Nombre de journées
- Nombre d'actes
- % en diagnostic principal : % pour un code CIM donné du nombre de journées et d'actes codés en diagnostic principal
- Nombre de patients distincts

La ligne 'total' présente le total des informations décrites plus haut pour un type de diagnostic (symptôme, cause externe, pathologie mentale ou pathologie somatique). Si pour une même séquence, on trouve plusieurs diagnostics du même type, les informations ne sont comptées qu'une seule fois.

#### **TABLEAU 07 – Formes d'activité**

Sur la base des RPSA et des R3A transmis dans la période, ce tableau précise pour chaque forme d'activité :

- Nombre d'établissements
- Nombre de secteurs distincts
- Nombre de séjours
- Nombre de journées
- Nombre d'actes
- Nombre de patients distincts
- Nombre de patients n'ayant que ce mode de prise en charge

La ligne 'total' représente le total global pour chaque colonne et non la somme des résultats obtenus par forme d'activité.

**TABLEAU 08 A - Hospitalisation sans consentement ou sous contrainte (jusqu'en 2011)**

L'hospitalisation sans consentement ou sous contrainte correspond à un mode légal de séjour ayant pour code 2, 3, 4, 5 ou 6.

Pour ce type de séjours sont présentés :

- Nombre de séjours
- Nombre de journées
- Nombre de patients distincts
- Nombre de séquences avec sortie d'essai
- Age moyen (par séjour)
- % d'hommes (par séjour)
- % de séjours terminés
- % de séjours en provenance du domicile
- % de séjours à destination du domicile : ne sont comptés ici que les séjours terminés au cours de la période

La ligne 'total' représente le total global pour chaque colonne et non la somme des résultats obtenus par mode légal de séjour.

**TABLEAU 08 B – Hospitalisation sans consentement ou sous contrainte, liste des pathologies mentales (jusqu'en 2011)**

Pour ces séjours, sont présentés par code CIM-10 de pathologie mentale (codes avec initiale F) :

- Nombre de séjours
- Nombre de journées
- % de journées en diagnostic principal
- Nombre de patients distincts

La ligne 'total' présente le total des informations décrites ci-dessus pour les hospitalisations sans consentement ou sous contrainte avec diagnostic de pathologies mentales. Si pour une même séquence, on trouve plusieurs diagnostics de pathologies mentales, les informations ne sont comptées qu'une seule fois.

**TABLEAU 08 A – Mode légal de soins en hospitalisation complète (à compter de 2012)**

L' « hospitalisation complète » correspond au forme d'activité 1 [hospitalisation à temps plein], 6 [Centre de postcure psychiatrique] et 7 [Centre de crise].

Pour chaque mode légal de soins, ce tableau présente :

- Le nombre de séjours
- Le nombre de journées
- Le nombre de patients
- L'âge moyen (par séjour)
- Le % d'hommes (par séjour)
- Le % de séjour avec passage par un service d'accueil des urgences (mode d'entrée/provenance '8/5') ou par transfert du MCO (mode d'entrée/provenance '6/1' ou '7/1')

**TABLEAU 08 B – Hospitalisation complète sans consentement : Présence à J15 et 6 mois (à compter de 2012)****TABLEAU 08 B – Hospitalisation complète sans consentement : Présence à J15, à 6 mois et à 1 an (à compter de 2013)**

Ce tableau a pour objet de comptabiliser les prises en charge continues en hospitalisation complète sans consentement au 15<sup>ème</sup> jour de la mesure et au 6<sup>ème</sup> mois. À compter de 2013, les prises en charge continues en hospitalisation complète sans consentement à 1 an de la mesure sont également comptabilisées.

Ce tableau présente pour les hospitalisations complètes, par mode légal de soins sans consentement :

- Le nombre de séjours avec patient présent à J15 – *en hospitalisation complète sans consentement*
- Le nombre de séjours avec patient présent à 6 mois – *en hospitalisation complète sans consentement*. On a considéré ici que 6 mois correspondent à 182 jours.
- Le nombre de séjours avec patient présent à 1 an – *en hospitalisation complète sans consentement*. On a considéré ici que 1 an correspondent à 365 jours.

**Méthode :**

- En 2012, le tableau ne prend en compte que les séquences réalisées dans l'année, même si le séjour a commencé l'année précédente. A partir de 2013, on « reconstitue » le séjour avec les séquences réalisées sur l'année n-1. La présence à J15, 6 mois ou 1 an n'est comptabilisée que si le patient atteint ces « bornes » sur l'année n. De ce fait, si la présence à 6 mois est atteinte sur l'année n-1, le séjour ne sera pas comptabilisé dans le tableau pour la colonne « Patient présent à 6 mois ».
- Ce tableau ne peut être réalisé que si la variable « nombre de jours couverts par la séquence » peut être correctement calculée par PIVOINE, ce qui nécessite que la date de fin de séquence et la date de début de séquence soient renseignées.

**Ce dernier point peut amener à sous-estimer les résultats.**

**Un séjour correspond ici à une période de séjour pendant laquelle le patient est présent en continu en hospitalisation complète sans consentement.** L'hospitalisation complète sans consentement correspond :

- aux formes d'activité 1 [hospitalisation à temps plein], 6 [Centre de postcure psychiatrique] ou 7 [Centre de crise]
- et au mode légal de soins 3, 4, 5, 6, 7 ou 8.

Un séjour au sens « administratif » du terme peut ainsi être comptabilisé plusieurs fois en cas de changement intercurrent de mode légal de soins.

Exemple : Si un patient est d'abord hospitalisé en hospitalisation complète sans consentement, puis que l'hospitalisation devient libre, puis qu'elle redevient sans consentement, on aura donc deux 'séjours' en hospitalisation complète sans consentement. Dans ce cas, si le patient reste plus de 15 jours lors de ses deux périodes d'hospitalisation complète sans consentement, le même séjour « administratif » sera compté deux fois dans la colonne « Patient présent à J15 » du tableau.

#### Calcul :

Pour un même 'séjour' en hospitalisation complète sans consentement, on somme la variable « nombre de journées couverts par la séquence ».

On comptabilise un 'séjour' dans la colonne « Patient présent à J15 », dès que le nombre de journées atteint 15 jours **sur l'année n**. Le mode légal de soins retenu est celui de la séquence au cours de laquelle le 15<sup>ème</sup> jour est atteint.

La même méthode est appliquée pour comptabiliser la présence continue à 6 mois et à 1 an en hospitalisation complète sans consentement.

### **TABLEAU 08 C – Mode légal de soins des prises en charge à temps complet (hors hospitalisation complète)**

**Ce tableau est produit à compter de 2012.** Les prises en charge à temps complet (hors hospitalisation complète) correspondent au forme d'activité 2 [Séjour thérapeutique], 3 [Hospitalisation à domicile] et 5 [Appartement thérapeutique].

Le tableau présente par mode légal de soins et pour chaque forme d'activité de prise en charge à temps complet :

- Le nombre de journées
- Le nombre de patients

Une ligne sous-total « Soins psychiatriques sans consentement » présente le total des modes légaux de soins 3 à 8.

### **TABLEAU 08 D – Mode légal de soins des prises en charge à temps partiel**

**Ce tableau est produit à compter de 2012.** Les prises en charge à temps partiel correspondent aux formes d'activité 20 [Hospitalisation à temps partiel de jour], 21 [Hospitalisation à temps partiel de nuit], 22 [Prise en charge en CATTP et en atelier thérapeutique].

A compter de 2013, les prises en charge à temps partiel correspondent aux formes d'activité 20 [Hospitalisation à temps partiel de jour], 21 [Hospitalisation à temps partiel de nuit] et 23 [Prise en charge en atelier thérapeutique].

Le tableau présente par mode légal de soins et pour chaque forme d'activité de prise en charge à temps partiel:

- Le nombre de venues ou séances
- Le nombre de patients

Une ligne sous-total « Soins psychiatriques sans consentement » présente le total des modes légaux de soins 3 à 8.

#### **TABLEAU 08 E – Mode légal de soins des prises en charge ambulatoires**

**Ce tableau est produit à compter de 2012.** Les prises en charge en ambulatoire correspondent aux formes d'activité 30 [Accueil et soins en CMP], 31 [Accueil et soins dans un lieu autre que le CMP].

A compter de 2013, les prises en charge en ambulatoire correspondent aux formes d'activité 30 [Accueil et soins en CMP], 31 [Accueil et soins dans un lieu autre que le CMP et le CATTP] et 32 [Accueils et soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel].

Le tableau présente par mode légal de soins et pour chaque forme d'activité de prise en charge en ambulatoire:

- Le nombre d'actes
- Le nombre de patients

Une ligne sous-total « Soins psychiatriques sans consentement » présente le total des modes légaux de soins 3 à 8.

#### **TABLEAU 08 F – Hospitalisation complète sans consentement, liste des pathologies codées en DP**

**Ce tableau est produit à compter de 2012.** L'hospitalisation complète sans consentement correspond aux formes d'activité 1 [hospitalisation à temps plein], 6 [Centre de postcure psychiatrique] ou 7 [Centre de crise] et au mode légal de soins 3, 4, 5, 6, 7 ou 8.

Le tableau est limité aux diagnostics principaux les plus fréquents représentant au moins 80% du cumul des journées. Comme pour les tableaux 06, les diagnostics sont présentés en entier pour les codes CIM10 commençant par 'R' (diagnostic de type symptôme) ou 'F' (diagnostic de pathologie mentale) et sur les 3 premiers caractères de code pour les autres diagnostics.

Le tableau présente par diagnostic principal :

- Le nombre de journées
- Le nombre de patients

Une ligne 'total des 80% des journées' et une ligne 'total 100% des journées' sont également présentées.

#### **TABLEAU 09 A – Isolement thérapeutique**

Pour ces séjours, ayant un nombre de jours d'isolement supérieur à 0, sont calculés :

- Nombre de séjours

- Nombre de journées couvertes par les séquences ayant des jours d'isolement thérapeutique
- Dont nombre de journées d'isolement thérapeutique
- Nombre de patients distincts
- Age moyen (par séjour)
- % d'hommes (par séjour)
- % séjours terminés
- % séjours en provenance du domicile
- % séjours à destination du domicile : ne sont comptés ici que les séjours terminés au cours de la période

<b>TABLEAU 09 B – Isolement thérapeutique, liste des pathologies mentales</b>
---

Ce tableau présente par code CIM-10 de pathologie mentale (codes avec initiale F) :

- Nombre de séjours
- Nombre de journées couvertes par les séquences ayant des jours d'isolement thérapeutique
- % de journées en diagnostic principal
- Nombre de journées d'isolement thérapeutique
- Nombre de patients distincts

La ligne 'total' présente le total des informations décrites ci-dessus pour les hospitalisations avec isolement thérapeutique avec diagnostic de pathologies mentales. Si pour une même séquence, on trouve plusieurs diagnostics de pathologies mentales, les informations ne sont comptées qu'une seule fois.

<b>TABLEAU 10 A – Hospitalisation au long cours (séjours de plus de 292 jours)</b>
--

Dans ce tableau sont décrits pour les séjours ayant une durée supérieure à 292 jours :

- Nombre de séjours
- Nombre de journées dans la période
- Nombre de patients distincts
- Age moyen (par séjour)
- % d'homme (par séjour)

<b>TABLEAU 10 B – Hospitalisation au long cours, liste des pathologies mentales</b>
---

Ce tableau donne, par code CIM-10 de pathologie mentale (codes avec initiale F), pour les séjours de plus de 292 jours :

- Nombre de séjours
- Nombre de journées dans la période
- % journées en diagnostic principal
- Nombre de patients distincts

La ligne totale présente le total des informations décrites ci-dessus pour les hospitalisations au long cours avec diagnostic de pathologies mentales. Si pour une même séquence, on trouve plusieurs diagnostics de pathologies mentales, les informations ne sont comptées qu'une seule fois.

#### **TABLEAU 11 A – Synthèse de l'activité ambulatoire, nature des actes**

Les tableaux 11 et 12 décrivent le fichier de résumés d'activité ambulatoire et concernent donc principalement les établissements participant au service public hospitalier (i.e. sous dotation globale).

Le tableau 11 A présente par nature d'acte ambulatoire :

- Nombre d'actes
- Nombre de patients distincts
- Nombre d'indicateurs d'activité libérale
- % intervenant médical. Il s'agit des membres du corps médical (code M) ainsi que de la catégorie 'plusieurs catégories professionnelles dont membre du corps médical' (code X)
- % centre médico-psychologique (CMP)

La ligne 'total' représente le total global pour chaque colonne et non la somme des résultats obtenus par nature d'acte.

#### **TABLEAU 11 B – Synthèse de l'activité ambulatoire, intervenants**

Ce tableau donne selon la catégorie professionnelle de l'intervenant :

- Nombre d'actes ambulatoires
- Nombre moyen d'intervenants
- % centre médico-psychologique (CMP)

La ligne 'total' représente le total global pour chaque colonne et non la somme des résultats obtenus par catégorie professionnelle d'intervenants.

#### **TABLEAU 11 C – Synthèse de l'activité ambulatoire, lieux**

Ce tableau indique le nombre d'actes en fonction du lieu de l'acte et de sa nature.

#### **TABLEAUX 12 – Synthèse de l'activité ambulatoire agrégée**

Ces 3 tableaux reprennent les informations des tableaux 11, à partir du fichier de R3A agrégé.

Les tableaux suivants concernent uniquement les établissements OQN et portent sur l'analyse des fichiers de RSF. Ils sont produits à compter du M9 2010.

<b>TABLEAU 20 – Analyse du fichier de RSF</b>
---

Ce tableau présente divers éléments calculés à partir des fichiers de RSF :

- Séjours avec RSF : Nombre de séjours du RPSA et nombre de journées correspondantes avec un RSF associé
- Dont séjours terminés avec RSF : Nombre de séjours terminés du RPSA et nombre de journées correspondantes avec un RSF associé
- Séjours sans RSF associé : Nombre de séjours du RPSA et nombre de journées correspondantes sans RSF associé
- Dont séjours terminés sans RSF associé : Nombre de séjours terminés du RPSA et nombre de journées correspondantes sans RSF associé
- Séjours avec RSF non conformes : Nombre de séjours qui seront supprimés des analyses. Ils correspondent au DMT non autorisées en PSY et aux mauvaises annulations de facture.
- Dont DMT non autorisées : Nombre de séjours avec des DMT non autorisées en PSY. Les DMT non autorisées sont déterminées à partir des grands groupes de discipline GGDE.
- Dont annulation de facture ne correspondant pas à une facture : Il s'agit de factures ayant une nature d'opération signalant une «régularisation négative». Cette régularisation doit normalement être égale à une facture déjà transmise pour le même séjour et elle doit être accompagnée d'une nouvelle facturation. Lorsque ce n'est pas le cas, le RSF est considéré comme non conforme.
- Séjours avec RSF conformes : Nombre de RSF (lignes de facturation et séjours) qui sont conservés dans la suite des analyses.
- Enregistrements de type A : Nombre de séjours et nombre de lignes de facturation de type A
- Factures nulles : Nombre de séjours et nombre de lignes de facture correspondant à une facture nulle. Une facture est considérée comme nulle si le total base remboursement prestations hospitalières du RSF-A est nul.
- Enregistrements de type B : Nombre de séjours et nombre de lignes de facturation de type B
- Dont enregistrement avec information NOEMIE : On considère ici les séjours et les lignes de facture dont au moins une des variables « montant remboursé NOEMIE retour » ou « Nature opération NOEMIE retour » est remplie.
- Enregistrements de type C : Nombre de séjours et nombre de lignes de facturation de type C
- Dont enregistrement avec information NOEMIE : On considère ici les séjours et les lignes de facture dont au moins une des variables « montant remboursé NOEMIE retour » ou « Nature opération NOEMIE retour » est remplie.
- Enregistrements de type I : Nombre de séjours et nombre de lignes de facturation de type I
- Enregistrement de type P : Nombre de séjours et nombre de lignes de facturation de type P

- Enregistrement de type H : Nombre de séjours et nombre de lignes de facturation de type H
- Enregistrement de type M : Nombre de séjours et nombre de lignes de facturation de type M
- Annulation de facture correcte : Nombre de séjours avec annulation de facture Il s'agit de factures ayant une nature d'opération signalant une «régularisation négative». Cette régularisation est égale à une facture déjà transmise pour le même séjour et est accompagnée d'une nouvelle facturation.
- Séjours avec plusieurs factures

#### **TABLEAU 21 – Synthèse des erreurs détectées par PIVOINE**

Ce tableau décompte pour chaque erreur présentée, le nombre d'erreurs ainsi que le nombre de séjours concernés. Ces vérifications sont réalisées à partir d'un fichier complémentaire dit de contrôle généré par PIVOINE à partir des fichiers non anonymisés.

La dernière ligne du tableau indique le nombre de séjours sans erreur.

La liste des codes erreur est détaillée dans le manuel d'utilisation de PIVOINE.

#### **TABLEAU 22 – Répartition des codes de prise en charge**

Les codes de prise en charge attendus sont 1 (Assuré pris en charge), 2 (Assuré non pris en charge), 3 (Non assuré avec prise en charge), 4 (Non assuré sans prise en charge) ou 5 (Nouveaux-Nés).

Ce tableau présente selon le code de prise en charge :

- Les séjours ou séances (en effectif et %)
- Les factures nulles (en effectif et %)

Les factures nulles ne devraient en principe concerner que les codes de prise en charge 2 et 4.

#### **TABLEAU 23 – Analyse des codes de prestation**

Il s'agit de la présentation de l'ensemble des codes prestations facturés dans les RSF de type B, ainsi que du montant base remboursement et du montant AM qu'ils représentent.

Le **tableau 23 A** concerne les codes prestations reconnus et le **tableau 23B** les codes prestation non retrouvés dans la liste des codes utilisables en PSY.

#### **TABLEAU 24 – Analyse des disciplines médico-tarifaires**

##### **Tableau 24 A : Répartition des DMT – DMT comptées une fois par séjour**

Ce tableau présente la répartition en DMT à partir du RSF-B : il ne concerne donc que les séjours avec factures non nulles. Les DMT ne sont comptabilisées qu'une fois par séjour. Un séjour peut

comporter plusieurs DMT, mais on ne peut comptabiliser plusieurs fois la même DMT pour un séjour.

Ce tableau présente pour chaque discipline médico-tarifaire facturée au moins une fois dans l'établissement :

- N° de la DMT et son libellé
- Nombre de séjours pour lequel est facturé au moins une fois la DMT
- Pourcentage correspondant
- Effectif cumulé
- Pourcentage cumulé

Le total des séjours sur les différentes DMT peut être supérieur au nombre de séjours de l'établissement à cause des séjours multi-DMT.

#### **Tableau 24 B : Prix unitaire des codes prestations par DMT - Prestations d'accueil, d'hébergement, d'environnement technique**

Ce tableau présente par DMT, les codes prestations de type hébergement, accueil, et environnement technique, ainsi que le prix unitaire moyen, le prix unitaire minimum et le prix unitaire maximum :

- Nom de la prestation
- Nombre de lignes de facturation de la prestation
- Prix unitaire moyen de la prestation
- Prix unitaire minimum de la prestation
- Prix unitaire maximum de la prestation

NB : Sont exclus du tableau les prothèses et les produits sanguins.

<b>TABLEAU 25 – Répartition du mode de traitement</b>
---

Ce tableau présente la répartition du mode de traitement (MDT) à partir des RSF-B. Les MDT ne sont comptabilisés qu'une fois par séjour :

- N° du MDT et son libellé
- Nombre de séjours pour lequel apparaît au moins une fois le MDT
- Pourcentage correspondant
- Effectif cumulé
- Pourcentage cumulé

<b>TABLEAU 26 – Catégorie de diagnostic principal par forme d'activité</b>
--

Le **tableau 26** est séparé par type d'hospitalisation (à temps complet ou à temps partiel). Le type d'hospitalisation est déterminé à partir des formes d'activité : 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07 correspondent aux prises en charge à temps complet et 20, 21, 22 aux prises en charge à temps partiel.

A compter de 2013, les formes d'activité correspondant aux prises en charge à temps partiel sont 20, 21 et 23.

Le tableau ne concerne que les séjours terminés. S'il y a plusieurs diagnostics principaux pour un même séjour, celui présenté est le dernier diagnostic du séjour.

Le tableau présente par diagnostic principal :

- Nombre de séjours : Nombre de séjours terminés retrouvés dans le RPSA et dans le RSF-B
- Nombre de journées de présence : calculé à partir des RPSA
- Nombre de journées avec prix journée : nombre de journées avec le code prestation 'PJ' dans le RSF-B
- Montant base de remboursement : calculé à partir du RSF-B

#### **TABLEAU 27 – Analyse du RSF-C**

Le **tableau 27** présente l'ensemble des codes prestations facturés dans les RSF de type C, ainsi que le montant base remboursement et le montant AM qu'ils représentent.

#### **TABLEAU 28 – Analyse du RSF-I**

##### **Tableau 28 A Répartition des interruptions de séjour**

Ce tableau présente la répartition des motifs d'interruption de séjour du RSF-I : Transfert, Retour, Echange plateaux technique, Présent (changement de discipline dans un même établissement), Sortie, Décès :

- Nombre de lignes de facturation
- Pourcentage correspondant
- Effectif cumulé
- Pourcentage cumulé

Le **tableau 28 B** présente la répartition des établissements de transfert, de retour ou de lieu d'exécution de l'acte du RSF-I :

- Nombre de lignes de facturation
- Pourcentage correspondant
- Effectif cumulé
- Pourcentage cumulé