

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Direction des Hôpitaux

Mission PMSI



FORMATION PMSI PSYCHIATRIE

Test Recueil Standard

16 octobre au 12 novembre 2000

MORBIDITE

Transparents

MORBIDITE :

de l 'OBSERVATION au

COMPTE RENDU

- ◆ Observation et tenue du dossier

- ◆ Elaboration du compte-rendu d 'hospitalisation ou de consultation
 - ✓ synthèse de la semaine, ou de l 'acte
 - ✓ base de l 'utilisation ultérieure
 - ✓ support du contrôle de qualité

RETRANSCRIPTION et SYNTHESE



- ◆ Extraction des informations pertinentes à partir du dossier patient
- ◆ Recherche de l'exhaustivité
 - ✓ diagnostic associé significatif
 - ✓ diagnostic somatique
- ◆ Synthèse et Structuration :
 - ✓ Symptômes / diagnostics / antécédents

Hiérarchisation - 4 questions à se poser



- ◆ Qu 'est-ce qui est en rapport avec l 'effort soignant des médecins et des autres soignants et qui a principalement été pris en charge **durant la semaine écoulée (hosp. complète ou partielle) ou au cours de la prise en charge ambulatoire qui vient d'avoir lieu ?**
- ◆ Quel est le trouble mental ou du comportement à caractère longitudinal ?
- ◆ Existe-t-il des facteurs d'environnement ?
- ◆ Existe-t-il une cause externe de morbidité, mortalité ?

Hiérarchisation - Choix du diagnostic principal

- ◆ 1 - Qu 'est-ce qui est en rapport avec l'effort soignant des médecins et des non médecins ?

Diagnostic principal

Principalement trouble mental ou du comportement, le cas échéant symptômes, signes, résultats anormaux d 'examens, autres motifs de recours aux soins.

- ✓ déterminé de façon rétrospective au terme de la semaine ou du contact ambulatoire
- ✓ en connaissance de toutes les informations acquises au cours de cette semaine ou de ce contact.

OBLIGATOIRE pour orienter le RHS vers une CMD, puis le classer dans un GHJ

Hiérarchisation - Choix du diagnostic associé

- ◆ 1 - Qu 'est-ce qui est en rapport avec l'effort soignant des médecins et des autres soignants ?

Diagnostic associé significatif

trouble mental ou du comportement le cas échéant associé également en rapport avec l 'effort de soins ou la consommation de ressources

- ✓ déterminé de façon rétrospective au terme de la semaine ou du contact ambulatoire
- ✓ en connaissance de toutes les informations acquises au cours de cette semaine ou de ce contact.

DETERMINANT pour orienter le RHS vers une CMD puis le classer dans un GHJ.

Peut ne pas exister pour un RHS

Hiérarchisation - Diagnostic somatique significatif

- ◆ 1 - Qu'est-ce qui est en rapport avec l'effort soignant médical et non médical ?

Diagnostic somatique significatif

affection somatique lourde (> 1 h soins, accompagnement / jour) dans le service

Uniquement en hospitalisation complète, partielle

- ✓ déterminé de façon rétrospective au terme de la semaine
- ✓ en connaissance de toutes les informations acquises au cours de cette semaine

DETERMINANT pour orienter le RHS vers une CMD puis le classer dans un GHJ.

Peut ne pas exister pour un RHS

Hiérarchisation - Trouble mental ou du comportement à caractère longitudinal

- ✓ affection life-time, non spécifique d'une semaine ou d'un contact ambulatoire
- ✓ peut être le même diagnostic que le diagnostic principal ou que le diagnostic associé : doit être répété dans ce cas

NE SERT PAS à orienter le RHS dans une CMD puis dans un GHJ

INTERET DOCUMENTAIRE

Hiérarchisation - Facteurs d'environnement du patient



facteurs susceptibles de menacer la santé des sujets tels certaines conditions socio-économiques et psycho-sociales et les éventuels antécédents personnels et familiaux de certaines affections

- ✓ déterminé de façon rétrospective au terme de la semaine ou du contact ambulatoire
- ✓ en connaissance de toutes les informations acquises au cours de cette semaine ou de ce contact.

2 champs de codage disponibles

NE SERT PAS à orienter le RHS dans une CMD puis dans un GHJ

INTERET DOCUMENTAIRE

Hiérarchisation - Cause externe



- ◆ Cause externe responsable de lésions traumatiques d'intoxication ou d'autres effets indésirables et notamment lésions auto-infligées

NE SERT PAS à orienter le RHS dans une CMD puis dans un GHJ

INTERET DOCUMENTAIRE

CODAGE - 1

Présentation de la CIM 10



Classification Internationale des Maladies

REGROUPER - CLASSER - RANGER

Nombre fini de rubriques

S 'excluant mutuellement

susceptibles de comprendre la totalité des états
morbides (exhaustive)

CODAGE - 2

Présentation de la CIM 10

◆ But :

Permettre l'analyse systématique, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions à des époques différentes.

◆ Ensemble organisé de regroupements

- ✓ pour le classement des phénomènes morbides (maladies, syndromes, symptômes) et de tous les motifs de recours aux soins
- ✓ fondé sur la fréquence de rencontre des phénomènes
- ✓ exhaustif

◆ Résultat d'un compromis en termes :

- ✓ de précision / maniabilité ;
- ✓ d'axes de classement (étiologie, localisation anatomique, manifestation, anatomie-pathologie)

CODAGE - 3

Présentation de la CIM 10

- ◆ **deux volumes utilisables pour le recueil PMSI psychiatrie**
 - ✓ vol.1 = analytique
 - ✓ vol.3 = alphabétique
- ◆ **deux autres volumes :**
 - ✓ vol.2 = guide d 'utilisation
 - ✓ vol.4 = pour les « pays en voie de développement »
- ◆ **originalité de la CIM 10 en psychiatrie : présentation du chapitre V (F) troubles mentaux et du comportement sous plusieurs versions compatibles**
 - ✓ attention : plusieurs présentations + ou - complètes de la CIM10 disponibles : se référer à la publication de l 'OMS

CODAGE - 4

STRUCTURE de la CIM 10

◆ **Chapitres : V Troubles mentaux et du comportement (F00 - F99)**

◆ **Groupes (blocs)**

- ✓ **F30 -F39 (troubles de l'humeur)**
- ✓ **F99 trouble mental, sans précision**

◆ **Catégories à 3 caractères :**

- ✓ **F84 Troubles envahissants du développement**
- ✓ **F88 Autres troubles du développement psychologique**

◆ **Sous-catégories à plus de 3 caractères**

(dès lors qu'il existe, le 4e caractère est obligatoire)

- ✓ **F84.0 : autisme infantile**

CODAGE - 4

Inclusions et exclusions de la CIM 10



- ◆ Des aides au codage existent :
 - | aux niveaux des
 - Chapitres
 - groupes
 - catégories
 - sous-catégories (code)
- ◆ Inclusions => « comprend » sauf au niveau code
- ◆ Exclusions => « à l'exclusion de » décrit des exclusions
code de renvoi toujours signalé entre parenthèses

CODAGE - 5

Conventions d 'écriture de la CIM 10



- ◆ **SAI Sans Autre Indication** = non précisé
 - ◆ (...) présence ou absence du mot entre parenthèses dans un libellé ne modifie pas le codage de celui-ci
 - ◆ [...] expression synonyme du (des) terme(s) précédent(s)
 - ◆ **NCA Non Classé Ailleurs**
- D 'autres formes cliniques de l 'affection sont dans d 'autres catégories :
intérêt de l 'index alphabétique
- ◆ **Et** : et/ou

CODAGE - 7

CIM 10 - CONCLUSION

- ◆ Ne pas interpréter
- ◆ Si vous utilisez l'alphabétique, toujours vérifier dans l'analytique
- ◆ Toujours prendre en compte les « Exclusions » et « Inclusions »
- ◆ Connaître les bornes des chapitres

CODAGE - 8

1 - Qu'est-ce qui est en rapport avec l'effort soignant médical et non médical ?

	Chapitres de la CIM 10	
Diagnostic principal	V : Troubles mentaux et du comportement XVIII : Symptômes, signes, résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire XXI : Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	- F00 à F99 - R40 à R69 - Z00, Z02, Z03 <i>pas plus de 2 RHS successifs</i>
Diagnostic associé significatif	V : Troubles mentaux et du comportement	- F00 à F99 <i>NON si R ou Z en diagnostic principal</i>
Diagnostic somatique lourd	I à IV VI à XVII XIX	

CODAGE - 9

	Chapitre de la CIM 10	
Diagnostic psychiatrique longitudinal	V : Troubles mentaux et du comportement	F00 à F99 exclusivement <i>Y compris si déjà décrit par diagnostic principal ou diagnostic associé significatif</i>
Facteurs environnementaux	XXI	exclusivement Z55 – Z65 Z80 à Z99
Cause externe de morbidité, de mortalité	XX	V W X Y