

**GUIDE METHODOLOGIQUE POUR LE RECUEIL
DES RESUMES D'INFORMATION STANDARDISES**

PMSI PSYCHIATRIE

HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET (RIS-HC),

HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL (RIS-HP),

ACTIVITES EXTERNES (RIS-E)

ACTIONS POUR LA COMMUNAUTE (RIS-C)

INTRODUCTION

I-	PRESENTATION GENERALE DU PMSI	6
1.1.	Les grands principes	6
1.2.	L'utilisation du PMSI à des fins d'allocations de ressources	6
1.3.	Le caractère évolutif du PMSI	7
II-	PRINCIPES GENERAUX – LES CHOIX DU PMSI EN PSYCHIATRIE	8
2.1.	Analyse des trajectoires ou analyse de chaque prise en charge ponctuelle ?	8
2.2.	Hospitalisation : analyse au séjour ou à la semaine ?	10
2.3.	Comment intégrer les activités externes dans le PMSI ?	10
2.4.	Comment intégrer le travail de prévention, d'information ou de soutien d'équipes effectué en particulier par les secteurs de psychiatrie ?	10
III-	PRESENTATION GENERALE DU RECUEIL D'INFORMATION	11
IV-		
3.1.	Les sources des informations recueillies dans le PMSI-psychiatrie	11
3.2.	Méthode d'élaboration de l'outil PMSI	11
3.3.	Description des variables « classantes » et création des Groupes Homogènes de Journées (GHJ)	12
3.3.1.	En hospitalisation à temps plein : six variables	12
3.3.2.	Prise en charge à temps partiel : six variables	13
3.3.3.	Les prises en charge dans le cadre de l'activité externe : 3 variables	13
3.3.4.	Les actions pour la communauté	13
3.4.	Les têtes de chapitre du recueil d'information du PMSI-psychiatrie	13
3.4.1.	Les données relatives à l'identification du patient	14
3.4.2.	Les caractéristiques socio-démographiques	14
3.4.3.	Les éléments de morbidité	14
3.4.4.	Les éléments caractérisant la présence du patient	14
3.4.5.	Les éléments sur les mouvements	14
3.4.6.	Les variables « classantes » des actes externes	14

CHAPITRE I DESCRIPTION DES ETABLISSEMENTS ET ACTIVITES CONCERNEES PAR LE PMSI-PSYCHIATRIE ET REGLES GENERALES DE TRAITEMENT DES DONNEES AU REGARD DE LA LOI RELATIVE A L'INFORMATIQUE , AUX FICHIERS ET AUX LIBERTES

I-	LE CHAMP DE PRODUCTION DE L'INFORMATION	15
1.1.	Tous les établissements de soins ayant une activité de psychiatrie sont concernés par le recueil PMSI	15
1.1.1.	Niveau de responsabilité de la production du recueil	15
1.1.2.	Catégories d'établissements concernées par le recueil	15
1.2.	Types d'activités concernées	16
1.2.1.	Prises en charge à temps complet ou partiel	16
1.2.2.	Recueil des activités externes	18
1.2.3.	Recueil des « actions pour la communauté »	19
II-	LE RECUEIL D'INFORMATION PMSI ET LA PROTECTION DES DONNEES	19
2.1.	Le recueil au regard de la loi du 6 janvier 1978	19
2.2.	Le chaînage des données	19

CHAPITRE II

PRESENTATION DU RECUEIL

POUR LES PRISES EN CHARGE A TEMPS COMPLET

I-	PRESENTATION GENERALE	21
II-	RUBRIQUE « IDENTIFICATION »	22
2.1.	Description du lieu de prise en charge	22
2.1.1.	Numéro FINESS	22
2.1.2.	Secteur, intersecteur ou service	22
2.1.3.	Numéro d'unité médicale	22
2.2.	Eléments d'identification du patient	23
2.2.1.	Nom de naissance	23
2.2.2.	Nom d'usage	23
2.2.3.	Prénoms	23
2.2.4.	Date de naissance	23
2.2.5.	Sexe	23
2.2.6.	Numéro d'Identifiant permanent du Patient	23
2.2.7.	Cas particuliers	23
2.3.	Identification de la semaine et de l'année de prise en charge	24
2.3.1.	Année	24
2.3.2.	Semaine	24
2.4.	Numéro de séjour	24
III-	RUBRIQUE « CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES »	25
3.1.	Code postal du lieu de résidence	25
3.2.	S.D.F.	25
3.3.	Mode de vie	26
3.4.	Situation matrimoniale légale	26
3.5.	Situation scolaire ou professionnelle	26
3.6.	Ressources principales	27
3.7.	Nature des ressources sociales	27
3.8.	Responsabilité légale	28
3.9.	Nature de la protection	28
3.10.	Autorité parentale	28
3.11.	Année approximative du premier contact avec un psychiatre ou une équipe de psychiatrie	28
IV-	RUBRIQUE « PRESENCES »	29
4.1.	Jours de présence du patient	29
4.2.	Nature du séjour	29
4.3.	Ancienneté du séjour	30
4.4.	Mode légal du séjour	30
V-	RUBRIQUE « MOUVEMENTS »	31
5.1.	Entrée	31
5.1.1.	Date d'entrée	31
5.1.2.	Mode d'entrée	31
5.1.3.	Provenance	31
5.2.	Sortie	32
5.2.1.	Date de sortie	32
5.2.2.	Mode de sortie	32
5.2.3.	Destination	33

VI-	RUBRIQUE « MORBIDITE HEBDOMADAIRE »	35
6.1.	Eléments de diagnostic, de situation clinique et facteurs environnementaux	35
6.1.1.	Le diagnostic principal (patients de plus de 19 ans) ou la situation clinique prévalente (patients de 19 ans et moins)	35
6.1.2.	Le diagnostic principal associé (patients de plus de 19 ans) ou la situation clinique prévalente associée (patients de 19 ans et moins)	36
6.1.3.	Pathologie somatique lourde	36
6.1.4.	Diagnostic psychiatrique longitudinal	37
6.1.5.	Facteurs d'environnement	37
6.1.6.	Cause externe de morbidité et de mortalité	37
6.1.7.	Règles de codage de la CIM 10 pour le PMSI-psychiatrie	38
6.2.	Dépendance du patient	38
6.3.	Cotation du patient sur l'Echelle Globale de Fonctionnement (EGF)	39
6.4.	Isolement thérapeutique	40
6.5.	Accompagnement thérapeutique ou scolaire	40

CHAPITRE III

PRESENTATION DU RECUEIL

POUR LES PRISES EN CHARGE A TEMPS PARTIEL

I-	PRESENTATION GENERALE	41
II-	RUBRIQUE « IDENTIFICATION »	42
2.1.	Description du lieu de prise en charge	42
2.1.2.	Numéro FINESS	42
2.1.3.	Secteur, intersecteur ou service	42
2.1.4.	Numéro d'unité médicale	42
2.2.	Eléments d'identification du patient	43
2.2.1.	Nom de naissance	43
2.2.2.	Nom d'usage	43
2.2.3.	Prénoms	43
2.2.4.	Date de naissance	43
2.2.5.	Sexe	43
2.2.6.	Numéro d'identifiant Permanent du Patient	43
2.2.7.	Cas particuliers	43
2.3.	Identification de la semaine et de l'année de prise en charge	44
2.3.1.	Année	44
2.3.2.	Semaine	44
2.4.	Numéro de séjour	44
III-	RUBRIQUE « CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES »	44
3.1.	Code postal du lieu de résidence	45
3.2.	S.D.F.	45
3.3.	Mode de vie	46
3.4.	Situation matrimoniale légale	46
3.5.	Situation scolaire ou professionnelle	46
3.6.	Ressources principales	47
3.7.	Nature des ressources sociales	47
3.8.	Responsabilité légale	48
3.9.	Nature de la protection	48
3.10.	Autorité parentale	48
3.11.	Année approximative du premier contact avec un psychiatre ou une équipe de psychiatrie	48

IV-	RUBRIQUE « PRESENCES »	48
4.1.	Jours de présence du patient	49
4.2.	Nature du séjour	49
4.3.	Date de début de prise en charge	49
4.4.	Date de fin de prise en charge	49
V-	RUBRIQUE « MORBIDITE HEBDOMADAIRE »	49
5.1.	Éléments de diagnostic, situation clinique et environnement	50
5.1.1.	Le diagnostic principal (patient de plus de 19 ans) ou situation clinique prévalente (patient de 19 ans et moins)	50
5.1.2.	Le diagnostic principal associé (patient de plus de 19 ans) ou situation clinique prévalente associée (patient de 19 ans et moins)	50
5.1.3.	Pathologie somatique	51
5.1.4.	Diagnostic psychiatrique longitudinal	51
5.1.5.	Facteurs d'environnement	52
5.1.6.	Cause externe de morbidité et de mortalité	52
5.1.7.	Règles de codage de la CIM 10 pour le PMSI-psychiatrie	52
5.2.	Dépendance du patient	53
5.3.	Cotation du patient sur l'Echelle Globale de Fonctionnement (EGF)	54
5.4.	Accompagnement thérapeutique dans le milieu scolaire	54

CHAPITRE IV

PRESENTATION DU RECUEIL POUR LES ACTIVITES EXTERNES

I-	PRESENTATION GENERALE	55
II-	REGLES GENERALES DE SAISIE DE L'INFORMATION	55
2.1.	Aucun acte externe ne peut être relevé pour un patient pris en charge à temps complet ou partiel	55
2.2.	Identification du patient auquel bénéficie l'acte	56
2.3.	Outil de description de l'activité externe : la grille EDGAR	56
2.3.1.	Entretien	56
2.3.2.	Démarche	57
2.3.3.	Groupe	58
2.3.4.	Accompagnement	58
2.3.5.	Réunion clinique pour un patient	59
2.4.	Activités exclues du recueil d'Information Standardisé de l'Activité Externe	59
III-	LES DIFFERENTES RUBRIQUES DU RECUEIL D'INFORMATION STANDARDISE DE L'ACTIVITE EXTERNE	60
3.1.	Rubrique « Identification »	60
3.1.1.	Description du lieu de prise en charge	60
3.1.1.1.	Numéro FINESS	60
3.1.1.2.	Secteur, intersecteur ou service	60
3.1.1.3.	Numéro d'unité médicale	61
3.1.2.	Éléments d'identification du patient	61
3.1.2.1.	Nom de naissance	61
3.1.2.2.	Nom d'usage	61
3.1.2.3.	Prénoms	61
3.1.2.4.	Date de naissance	61
3.1.2.5.	Sexe	61
3.1.2.6.	Numéro d'Identifiant Pemanent du Patient	61
3.2.	Rubrique « caractéristiques socio-démographiques »	62

3.2.1.	Code postal du lieu de résidence	62
3.2.2.	S.D.F.	62
3.2.3.	Mode de vie	63
3.2.4.	Situation matrimoniale légale	63
3.2.5.	Situation scolaire ou professionnelle	64
3.2.6.	Ressources principales	64
3.2.7.	Nature des ressources sociales	65
3.2.8.	Responsabilité légale	65
3.2.9.	Nature de la protection	65
3.2.10.	Autorité parentale	65
3.2.11.	Année approximative du premier contact avec un psychiatre ou une équipe de psychiatrie	65
3.3.	Morbidité	66
3.3.1.	Le diagnostic principal (patients de plus de 19 ans) ou situation clinique prévalente (patients de 19 ans et moins)	66
3.3.2.	Le diagnostic principal associé (patients de plus de 19 ans) ou situation clinique prévalente associée (patients de 19 ans et moins)	67
3.3.3.	Pathologie somatique	67
3.3.4.	Diagnostic psychiatrique longitudinal	67
3.3.5.	Facteurs d'environnement	68
3.3.6.	Cause externe de morbidité et de mortalité	68
3.3.7.	Règles de codage de la CIM 10 pour le PMSI-psychiatrie	68
3.4.	Relevé des actes	68
3.4.1.	La date de l'acte	69
3.4.2.	Le type d'acte	69
3.4.3.	Le lieu de l'acte	69
3.4.4.	Total intervenants	70
3.4.5.	Nature des intervenants	70
3.4.6.	Nombre de patients	70
3.4.7.	Durée de l'acte	70

CHAPITRE V

PRESENTATION DU RECUEIL

RELATIF AUX ACTIONS POUR LA COMMUNAUTE

I-	PRESENTATION GENERALE - DEFINITION	71
II-	RELEVE DES ACTIONS POUR LA COMMUNAUTE	72
2.1.	Identification	72
2.1.1.	Numéro FINESS	72
2.1.2.	Secteur, intersecteur ou service	73
2.1.3.	Numéro d'unité médicale	73
2.2.	Relevé des actions	73
2.2.1.	Date de l'action	73
2.2.2.	Publics visés	73
2.2.3.	Total intervenants	73
2.2.4.	Nature des intervenants	74
2.2.5.	Durée de l'action	74
	Annexes	75

INTRODUCTION

I- PRESENTATION GENERALE DU PMSI

1.1. Les grands principes

Le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) est un outil médico-économique d'analyse de l'activité des établissements de soins. Permettant d'établir un lien entre des caractéristiques relatives à chaque patient et le coût de la prise en charge dont celui-ci bénéficie, ce dispositif est le fondement d'une analyse médicalisée des budgets hospitaliers. De ce fait, il constitue un outil de réduction des inégalités de ressources entre établissements de santé, entre départements et entre régions, conformément aux objectifs des ordonnances du 24 avril 1996.

Le PMSI a d'abord été appliqué aux activités de « court-séjour/MCO » (médecine-chirurgie-obstétrique) puis utilisé pour les soins de suite et de réadaptation (SSR). Si l'objectif et les grands principes du PMSI sont les mêmes, dans l'un et l'autre domaine, à savoir : « réduire les inégalités budgétaires à partir de l'analyse médicalisée de l'activité des établissements de soins », les choix techniques opérés, en matière de classification et de mode de recueil des informations, l'ont été en fonction des caractères spécifiques de chaque groupe de disciplines. Il en va de même pour le PMSI-psychiatrie. Ainsi, par exemple, en PMSI-MCO l'unité de base à partir de laquelle on raisonne est le séjour hospitalier ; en SSR on raisonne au niveau de la semaine d'hospitalisation. En psychiatrie, le PMSI utilise trois « unités » d'information différentes :

- la semaine pour les prises en charge à temps complet et à temps partiel,
- l'acte pour les activités externes effectuées pour un patient (entretien, démarche, prise en charge de groupe, accompagnement...),
- l'action pour les activités de prévention, d'information ou de soutien d'équipes effectuées non au bénéfice direct d'un patient mais au bénéfice d'une institution tierce ou d'un groupe de population spécifique, dans le cadre notamment des missions de la sectorisation psychiatrique (actions pour la communauté).

1.2. L'utilisation du PMSI à des fins d'allocation de ressources

L'utilisation du PMSI à des fins d'allocation de ressources est effective dans les disciplines de MCO depuis 1996 (budgets, pour les établissements financés par dotation globale ; l'emploi des informations issues du PMSI dans le cadre des négociations tarifaires, pour les cliniques privées, n'est effectif que depuis 1999). Cette utilisation repose sur la comparaison du coût de production d'un point «ISA¹» entre les différents établissements. En MCO, la construction du point ISA est la suivante :

1^{er} temps : codage des informations concernant l'activité dans les services de soins ; production, pour chaque séjour de patient, de Résumés Standardisés de Sortie ; en fonction des informations contenues dans chacun des résumés, chaque séjour peut être classé dans un des groupes de la classification des « Groupes Homogènes de Malades » (GHM), suivant un algorithme (arbre de décision) propre au PMSI-MCO. L'activité de chaque établissement est ainsi traduite au travers du répertoire des cas traités, ou « case-mix ».

¹ Pour « Indice Synthétique d'Activité »
Guide méthodologique

2^{ème} temps : Le case-mix de chaque établissement est valorisé en points ISA. Le point ISA (Indice Synthétique d'Activité) est une unité d'œuvre économique, qui permet de pondérer chaque GHM, à partir d'un GHM dit « calant » (il s'agit de l'« accouchement par voie basse sans complication », doté, par convention, de 1000 points).

3^{ème} temps : établissement du rapport entre les budgets-MCO des établissements et la somme des points ISA produits par chacun d'entre eux.

Budget MCO de l'établissement

Coût du point ISA = -----
Somme des points ISA produits par l'établissement

Ce coût du point ISA, propre à chaque établissement, peut être comparé au coût moyen régional ou national du point ISA, ou à celui des autres établissements de la région ou encore à celui de la catégorie d'établissements à laquelle il appartient (CH, CHU...)².

Deux conditions sont nécessaires à l'utilisation du PMSI à des fins d'allocation budgétaire :

- l'existence d'une **échelle de pondération**³ des différents groupes homogènes de malades (-GHM- en MCO) ou des différents groupes homogènes de journée (-GHJ- en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie). C'est cette échelle de pondération qui permet d'affecter un poids différent à chaque groupe considéré et de créditer chaque séjour d'un certain nombre de points, en fonction du GHM dans lequel il est affecté. Les GHM ou GHJ sont ainsi classés les uns par rapport aux autres. Cette échelle de pondération, qui existe en MCO depuis 1994, est en cours d'élaboration en soins de suite et de réadaptation. Pour la psychiatrie, les travaux seront lancés en 2002, sur ce point,

- l'existence d'un recueil d'information généralisé. C'est, en effet, par la généralisation du recueil d'information qu'il est possible d'avoir une image fiable de l'activité des différents établissements et de comparer les coûts de production du point ISA.

S'agissant du PMSI psychiatrie, le recueil sera mis en œuvre à titre expérimental entre le 1^{er} janvier 2002 et le 30 juin 2002. Compte tenu des délais de prise en compte de la base de données ainsi recueillie, l'utilisation du PMSI-psychiatrie à des fins budgétaires sera possible à partir de la campagne budgétaire 2007.

1.3. Le caractère évolutif du PMSI

La nature même de son objet, (l'évaluation médico-économique de l'activité des établissements), impose au PMSI d'être un outil évolutif. L'expérience du PMSI dans les autres disciplines est à cet égard, instructive. La classification des GHM du PMSI-MCO est actuellement appliquée dans sa sixième version et connaîtra sa septième version en 2002. Outre ces évolutions du référentiel descriptif (classification et algorithme de groupage), le dispositif a, par ailleurs, connu des aménagements sur le plan de la valorisation de certaines activités de soins, dont la classification ne pouvait pas rendre compte (soins palliatifs, traitement des très grands brûlés, dispensation de spécialités pharmaceutiques onéreuses dans le cadre des chimiothérapies anti-cancéreuses...). De même, quoiqu'il soit de conception plus récente, le PMSI en soins de suite et de réadaptation a déjà fait l'objet de réaménagements.

Ce caractère nécessairement évolutif est lié à la fois à l'évolution des disciplines médicales et à la richesse des informations relevées à un échelon national : les bases de données constituées

² Il faut cependant rappeler que la procédure budgétaire est un temps de négociation entre un établissement et les organismes de tutelle au cours duquel différents éléments sont pris en compte : les données issues du PMSI sont *un* de ces éléments.

³ Echelle qui est révisée chaque année

sont une source de réflexion et de propositions. Cet élément est d'emblée prévu dans les recueils d'informations du PMSI psychiatrie (cela sera développé dans la suite du guide), qui ne se limitent pas à l'enregistrement des seules informations actuellement significatives au niveau médico-économique, mais intègrent d'emblée trois types d'informations :

- les informations qui ont été jugées pertinentes pour le PMSI, dans le cadre d'une analyse médico-économique de l'activité,
- des informations issues de la fiche-patient remplie depuis 1989, par les équipes gérant des secteurs de psychiatrie,
- des informations, en particulier sur les facteurs d'environnement du patient, dont les groupes d'experts qui ont travaillé sur le sujet ont estimé qu'elles étaient susceptibles de faire évoluer l'outil : leur insertion dans un recueil généralisé et continu permettra de tester les hypothèses émises.

II- PRINCIPES GÉNÉRAUX – LES CHOIX DU PMSI EN PSYCHIATRIE

L'extension de l'outil PMSI à la psychiatrie ne s'est pas faite par une simple adaptation à la psychiatrie du dispositif mis en place pour décrire l'activité MCO ; elle a exigé **la création d'outils spécifiques**.

Successivement ou en parallèle, plusieurs réflexions ont été menées, que l'on peut traduire en autant de questions :

- Est-il pertinent de travailler à partir de l'analyse des différentes prises en charges ponctuelles des patients (chaque séjour, chaque consultation...) ? Ne devrait-on pas privilégier une approche de type « analyse des trajectoires de patients » ?
- S'agissant des hospitalisations, l'analyse doit-elle se faire à l'échelle du séjour ou de chaque semaine de prise en charge ?
- Comment intégrer les activités externes de consultation, hors séjour à temps complet ou à temps partiel dans le PMSI ?
- Comment intégrer le travail de prévention des secteurs de psychiatrie dans la communauté ?

Ces réflexions sont propres au PMSI-psychiatrie : les autres champs d'activité concernés par le PMSI ne connaissaient pas ce type de problématique.

Les choix issus de ces réflexions sont succinctement présentés ci-après.

2.1. Analyse des trajectoires ou analyse de chaque prise en charge ponctuelle ?

Analyse des trajectoires

Une des spécificités de la prise en charge psychiatrique est d'associer, sur une période souvent longue, plusieurs modalités de soins : consultation, prise en charge hors hospitalisation, hospitalisation à temps plein ou à temps partiel. Un groupe de travail a donc été créé pour analyser la pertinence de définir des trajectoires de patients pour approcher l'activité psychiatrique sur un plan médico-économique. L'hypothèse de départ était que « le poids économique d'une prise en charge thérapeutique considérée sur un an, voire dans sa globalité, serait prédictible par les caractéristiques sociales, médicales du patient - y compris les consommations de soins antérieures - et par les caractéristiques des structures qui accueillent ce patient ».

Pour travailler cette hypothèse, peu d'informations étaient disponibles. Les données mobilisées ont été extraites des fiches-patients, mises en place, voici plus d'une dizaine d'années par la

Direction Générale de la Santé, dans les secteurs de psychiatrie. L'analyse a porté sur l'activité de 191 secteurs de psychiatrie durant les années 1993, 1994 et 1995. Les conclusions du rapport publié sur cette question peuvent être grossièrement résumées comme suit :

- Il est possible de définir des types de trajectoires selon *la durée* de la prise en charge et son *intensité* :

Le groupe de travail a ainsi défini 12 types de trajectoires annuelles qui se répartissent en « trajectoires qualifiées de ponctuelles » (prises en charge condensées sur 1, 2 ou 3 mois), prises en charge dites « permanentes » (le patient a été pris en charge sous quelque forme que ce soit – consultation, hospitalisation – pendant au moins 11 mois sur 12), et « trajectoires intermédiaires ». Au sein de ces grands types de trajectoires, les sous groupes sont constitués à partir de l'analyse de la densité de la consommation de soins et du type de prise en charge : consultation, hospitalisation à temps plein ou à temps à partiel.

- Quatre variables liées au patient influencent l'accès du patient à l'une ou l'autre de ces trajectoires : selon le groupe diagnostique, l'âge, l'existence ou non d'une mesure de protection juridique et l'ancienneté de la prise en charge dans le secteur, un patient a des probabilités différentes d'accéder à l'une ou l'autre de ces trajectoires.

- Enfin, pour un patient donné, il existe une forte corrélation entre la consommation de soins d'une année et celle de l'année précédente.

Cette étude n'a pas débouché sur la création d'un outil médico-économique ; pour intéressants que soient ses résultats, deux ordres de difficultés y ont fait obstacle :

- d'une part, le groupe technique travaillant sur des trajectoires a dû utiliser une base de données déjà existante, qui n'avait pas été constituée dans un but d'analyse médico-économique. De fait, l'analyse n'a pu porter que sur les seules informations disponibles. Cette base de données, par ailleurs un peu ancienne (1993-1994-1995), était donc restreinte sur le plan des items,
- d'autre part, les informations concernant les coûts de prise en charge étaient absentes de ce type de recueil. De ce fait, il n'était donc pas possible de différencier des coûts de prise en charge pour une journée d'hospitalisation, en fonction du type de patients suivis. L'approche retenue s'est limitée à affecter un coût moyen respectivement à « une » journée d'hospitalisation, à « une » prise en charge à temps partiel et à « un » acte de consultation et à valoriser ainsi les différentes trajectoires.

Les apports de cette étude pour le PMSI-psychiatrie sont toutefois essentiels :

- elle montre qu'il est possible de définir des types de trajectoires de patients et de les relier à des variables concernant le patient,
- elle définit le type de variables pertinentes à recueillir dans cette perspective.

Analyse de chaque prise en charge

Une seconde approche consistait à analyser chaque séjour de patient ou chaque prise en charge en consultation et à établir des corrélations entre des variables liées au patient et des coûts de prise en charge. **C'est cette approche, qui a finalement été retenue et qui sera décrite dans ce guide.**

2.2. Hospitalisation : analyse au séjour ou à la semaine ?

Dans le cadre du PMSI-MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique), l'analyse est faite au niveau du séjour hospitalier. En associant un diagnostic dit « principal » à des actes dits « classants », puis en discriminant encore par d'autres éléments comme les éventuelles morbidités associées et l'âge, le PMSI définit des Groupes Homogènes de Malades (GHM), qui représentent en fait des « groupes de séjours » présentant une homogénéité en termes de caractéristiques médicales et de durée de séjour.

En psychiatrie, il semblait difficile de raisonner sur un séjour, pour deux raisons (dérivées l'une de l'autre). D'une part, la durée de séjour y est très variable et en moyenne, longue. Elle est en moyenne supérieure à 30 jours en hospitalisation publique et dans les établissements privés à but lucratifs et supérieure à 50 jours dans les établissements privés participant au service public hospitalier. D'autre part, sur un séjour long, l'état du patient peut varier. Dans ce contexte, il a paru plus pertinent de trouver une durée qui présente une meilleure probabilité de « stabilité clinique », et d'homogénéité, en termes de consommation de ressources. L'unité retenue est la semaine/patient, qui sera classée dans des groupes homogènes de journées (GHJ). Ce choix avait également été fait dans le cadre du PMSI des soins de suite et de réadaptation, pour les mêmes raisons.

2.3. Comment intégrer les activités externes dans le PMSI ?

La part de l'activité hors hospitalisation est particulièrement importante en psychiatrie. C'est elle qui a le plus augmenté durant les dix dernières années. Alors qu'en MCO ou SSR, le PMSI s'intéresse principalement à l'activité d'hospitalisation, le PMSI psychiatrie introduit, sous la forme d'un relevé à l'acte, un enregistrement des activités externes dans leur diversité, qu'il s'agisse de consultations dans le cadre des activités habituelles de secteur (en CMP, à domicile ...), de l'urgence ou de la psychiatrie de liaison par exemple.

2.4. Comment intégrer le travail de prévention, d'information ou de soutien d'équipes effectué en particulier par les secteurs de psychiatrie ?

La politique de secteur a largement introduit les missions de prévention ainsi que le développement des liens avec les autres acteurs sanitaires, sociaux, judiciaires ou éducatifs de la zone géographique concernée. Ce type de travail, ne peut être directement relié à la prise en charge d'un patient. Il n'a pas véritablement d'équivalent dans les autres disciplines médicales concernées par le PMSI et à ce titre, aucun modèle théorique ne permettait de le prendre aisément en compte. Par ailleurs, il s'agit d'une activité sur laquelle, au niveau national, on dispose jusqu'à présent, de peu d'informations. Il a été choisi de relever ces activités à l'acte, sous le titre « actions pour la communauté ».

Au total, au titre du PMSI-psychiatrie, on recueille donc des données concernant quatre grands types d'activité :

les prises en charge à temps complet,
les prises en charge à temps partiel,
les activités externes quel qu'en soit le lieu,
les actions pour la communauté.

Ce recueil se fait :

selon le mode « **production hebdomadaire d'un relevé d'information** » pour les prises en charge à temps complet ou à temps partiel,
sur le mode du « **relevé à l'acte** » pour les activités externes et les actions pour la communauté.

III- PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU RECUEIL D'INFORMATION

Ce paragraphe a pour objet de décrire succinctement les types d'information qui sont recueillies dans le PMSI-psychiatrie et d'apporter quelques éléments de méthode sur la façon dont ces informations ont été choisies et seront traitées.

3.1. Les sources des informations recueillies dans le recueil PMSI-psychiatrie

Les informations retenues dans le recueil PMSI-psychiatrie sont de trois ordres :

- des variables dites « classantes », c'est à dire qui permettent d'expliquer les différences constatées dans les consommations de ressources (voir paragraphe suivant),
- des informations issues de la fiche-patient remplie par les secteurs de psychiatrie depuis 1989. En effet dans le souci de ne pas multiplier les recueils d'information, les items de la fiche-patient, que les services de psychiatrie qui gèrent un secteur enregistrent pour l'ensemble de leur file active, sont désormais intégrés dans le recueil PMSI,
- des informations utiles dans la perspective des évolutions de l'outil.

3.2. Méthode d'élaboration de l'outil PMSI

En 1997-98 à partir de 122 unités ou établissements⁴ ayant une activité en psychiatrie, ont été recueillies pendant deux fois quinze jours :

- des informations (ou « variables ») individualisées concernant le patient : âge, sexe, responsabilité légale, niveau d'études, éléments de morbidité, données sur l'ancienneté des prises en charge....,
- des informations sur la consommation de ressources en rapport direct avec la prise en charge de chaque patient.

C'est donc à partir de l'analyse de la base de données⁵ ainsi constituée qu'ont pu être repérées celles des variables qui avaient une capacité « classante ».

Un premier regroupement des patients pris en charge à temps plein ou à temps partiel, a été effectué à partir de leur mode de prise en charge. Certaines de ces prises en charge sont peu fréquentes au regard de l'hospitalisation à temps plein ou de l'hospitalisation de jour. Au sein de ces modes de prise en charge moins fréquents, il n'a pas été possible de définir des sous groupes de prise en charge qui auraient une homogénéité médico-économique différenciée d'un sous groupe à un autre. Pour les prises en charge à temps complet, il s'agit de tous les modes de prise en charge hors hospitalisation à temps plein soit : les prises en charge en post-cure, en appartement thérapeutique, en centre de crise ou centre d'accueil permanent, à domicile, en accueil familial thérapeutique ou séjour thérapeutique.

Pour les prises en charge à temps partiel il s'agit de l'hospitalisation de nuit.

Ces prises en charge ont été traitées à part, au sein d'une catégorie appelée « catégorie majeure 18 » (CM18).

Un second regroupement a été fait en fonction de l'âge des patients, donnant des « Catégories Majeures par âge » (CMPA). Trois CMPA ont été définies ; elles représentent les prises en charge d'enfants de moins de quatre ans, d'enfants de quatre à onze ans et d'enfants ou

⁴ Ces établissements ont été sélectionnés à partir d'un échantillon représentatif de la base nationale en termes de statut juridique des établissements. Ils ont ensuite été sollicités.

⁵ Au total, environ 40 000 patients ont été pris en compte dans cette évaluation, ce qui correspond à 8% de la file active des patients suivis en psychiatrie à un moment donné.

adolescents de 12 à 19 ans. En effet les professionnels ont considéré que le regroupement par grandes catégories diagnostiques avait peu de sens pour les enfants et adolescents.

Un troisième regroupement, pour les patients de 20 ans et plus a été fait en fonction du diagnostic principal, au sein de Catégories Majeures Diagnostiques (CMD).

Au total, ces regroupements ont donné lieu à la création de grandes catégories majeures, (CM), au nombre de 18 (voir liste des Catégories Majeures en annexe 1).

Ces regroupements n'ont pas de signification sur le plan médico-économique mais permettent de traiter des groupes homogènes au sein d'entités plus larges qui ont une signification sur le plan clinique.

Au sein de ces catégories majeures, on a recherché les variables qui pouvaient expliquer des coûts de prise en charge différents : les « variables classantes » au sens du PMSI. Elles ont été déterminées à partir de l'analyse statistique de la base de données et de la mise en évidence de critères qui avaient une influence significative sur les ressources utilisées dans la prise en charge d'un patient (temps de personnel, essentiellement), donc sur le coût de la prise en charge.

3.3. Description des « variables classantes » et création des groupes homogènes de journées (GHJ)

Remarques liminaires :

Deux caractéristiques, essentielles, puisqu'elles définissent les grandes Catégories Majeures, ne sont pas considérées comme des variables puisque celles-ci « jouent » *au sein* des CM, il s'agit pour les prises en charge à temps plein et à temps partiel, du diagnostic principal et, pour les prises en charge à temps plein, de l'âge⁶.

Selon qu'il s'agit d'hospitalisation à temps plein ou à temps partiel, la nature et/ou les caractéristiques des 6 variables classantes ne sont pas les mêmes. Par ailleurs, s'agissant des consultations ou des actes dans la communauté, les 3 variables significatives ne caractérisent pas le patient, mais les conditions de réalisation des actes.

3.3.1. En Hospitalisation à temps plein : 6 variables

- l'isolement thérapeutique (oui/non) : les patients ayant été en chambre d'isolement au moins une fois dans la semaine, enregistrent une consommation accrue d'actes de surveillance et d'accompagnement. Ceci s'exprime à la fois par le nombre d'actes, par leur durée, par le fait que ces actes sont, plus que pour les autres patients, effectués par des médecins et par un coût supérieur de médicaments,
- la pathologie somatique lourde associée (oui/non) : les patients qui présentent une affection somatique lourde (définie comme entraînant au moins une heure de soins ou d'accompagnement par jour), enregistrent, logiquement, une consommation de ressources plus grande,
- l'ancienneté dans le séjour : cette variable joue de façon différente selon les CMD⁷ : dans les 8 premières CMD (CMD n° 1 à CMD n° 8) et dans la CMD n° 11, les patients dont l'ancienneté est supérieure à trois mois sont repérés par une consommation de ressources moindre, alors que dans la CMD n°10, il apparaît une consommation de ressources

⁶ On doit cependant remarquer que, contrairement au diagnostic principal, dont l'effet sur le coût d'une semaine de prise en charge est peu sensible, l'âge joue de façon significative sur ce coût : on constate que les enfants hospitalisés (à plein temps comme à temps partiel), enregistrent en moyenne une consommation de ressources plus importante que les adultes, toute chose égale par ailleurs.

⁷ Voir liste des CMD en annexe 1

supérieure pour les patients ayant une ancienneté supérieure à 6 mois. Dans la CMD n° 9, ce critère n'intervient pas,

- le sous-groupe de morbidité : les diagnostics psychiatriques présentent, dans la base, un pouvoir explicatif des coûts assez faible ; cependant cette variable paraît importante pour affiner la description clinique des patients inclus dans un groupe homogène. Selon les CMD, 2 à 6 sous groupes diagnostiques sont distingués,
- le score obtenu sur l'Echelle Globale de Fonctionnement (EGF),
- la dépendance physique, approchée par quatre variables de l'échelle ADL.

3.3.2. Prise en charge à temps partiel : 6 variables

- l'âge : l'âge est à la fois une Catégorie Majeure pour les enfants et adolescents de 19 ans et moins et une variable pour les adultes au sein de chaque catégorie majeure diagnostique. En effet un seuil à 70 ans marque une prise en charge plus coûteuse,
- le mode de prise en charge : le fait que la prise en charge se fasse sur une journée ou une demi-journée est évidemment un élément explicatif du coût,
- pour les enfants et adolescents, le mode de scolarisation est un facteur prédictif du coût. Les éléments de la base de données ont permis de faire une différence dans les coûts de prise en charge entre les enfants scolarisés en milieu normal ou en milieu spécialisé et les enfants non scolarisés ou scolarisés en établissement de soins. Une hypothèse nouvelle sera testée à la demande des représentants de la pédopsychiatrie, celle « d'accompagnement thérapeutique à la scolarisation »,
- le score à l'Echelle Globale de Fonctionnement,
- la dépendance relationnelle,
- le sous-groupe diagnostique.

C'est l'analyse de ces variables, relevées chaque semaine pour les patients pris en charge, qui permet de classer les semaines d'hospitalisation des patients, dans l'un ou l'autre des groupes homogènes de journées (voir algorithme de groupage en annexe 2).

3.3.3. Les prises en charge dans le cadre de l'activité externe : 3 variables

Au terme de l'analyse de la base de données, aucune caractéristique liée au patient n'a permis de déterminer des coûts de prise en charge différents d'un patient à un autre. Les variables explicatives du coût retenues dans le recueil d'information à ce titre, sont donc :

- la durée de l'acte,
- le nombre de professionnels ayant participé à l'acte,
- la qualification professionnelle des intervenants.

3.3.4. Les actions pour la communauté : 3 variables

Les variables explicatives du coût pour les interventions pour la communauté, sont, comme pour les actes externes :

- la durée de l'acte,
- le nombre de professionnels ayant participé à l'acte,
- la qualification des intervenants.

3.4. Les têtes de chapitres du recueil d'information du PMSI-psychiatrie

Différents types d'informations sont donc enregistrés dans le recueil d'information du PMSI-

psychiatrie : les variables «classantes » du PMSI et les données issues de la fiche-patient⁸. Ces informations, qui seront détaillées dans les différents chapitres du guide méthodologique, peuvent être regroupées sous six rubriques :

3.4.1. Les données relatives à l'identification du patient.

Il s'agit de données communes aux trois types de recueil liés au patient (prises en charge à temps complet, à temps partiel, activité externe) qui présentent un caractère relativement stable dans le temps ; elles ne sont à réenregistrer qu'en cas de changement (changement de nom d'usage après un mariage ou un divorce par exemple).

3.4.2. Les caractéristiques socio-démographiques.

Elles concernent le patient. Ces données sont pour la plupart semblables à celles de la fiche-patient (mode de vie, informations sur la profession...). Elles aussi sont communes aux trois types de recueil liés au patient et présentent un caractère relativement stable sur une année.

3.4.3. Les éléments de morbidité.

Ces éléments sont communs aux recueils de prise en charge à temps complet et à temps partiel ; pour le recueil de l'activité externe, les éléments de morbidité sont moins nombreux. Ces informations - variables classantes du PMSI et quelques informations complémentaires (facteurs environnementaux...) - sont à recueillir ou à confirmer chaque semaine pour les prises en charge à temps complet et à temps partiel. Un enregistrement annuel ou lors d'un changement est à effectuer pour l'activité externe.

3.4.4. Les éléments caractérisant la présence du patient.

Ces informations permettent, pour l'essentiel, de définir le type de prise en charge dont bénéficie le patient (hospitalisation, appartement thérapeutique...) et le nombre de jours de prise en charge dans la semaine. Ces informations ne sont à saisir que pour les prises en charge à temps plein et à temps partiel.

3.4.5. Les éléments sur les mouvements.

Pour une prise en charge à temps complet uniquement, des informations sont à noter sur l'entrée et la sortie de patient. Il s'agit de connaître d'où vient le patient et quelles sont les modalités de sa sortie.

3.4.6. Les variables « classantes » des actes externes et des actions pour la communauté.

Ce sixième type d'information ne concerne que les actes effectués en externe pour un patient ou les actions pour la communauté. Il s'agit des 3 variables précédemment présentées.

Principaux points du recueil :

Le recueil PMSI- psychiatrie est composé de **trois types d'informations** :

- les variables classantes
- les données issues de la fiche-patient
- quelques informations permettant de préparer l'évolution de l'outil

La plupart des items renvoient à des informations « stables », c'est à dire à recueillir une fois par séjour, voire une fois par an.

La plupart des variables sont communes aux trois types de recueil-patient et peuvent donc être transférées d'un recueil à l'autre (prise en charge en hospitalisation vers prise en charge en consultation par exemple) s'il s'agit d'informations stables

Certaines variables sont à recueillir chaque semaine ou lors de chaque acte externe ou action pour la communauté.

⁸ Il s'agit de fiches qui décrivent l'activité des secteurs de psychiatrie
Guide méthodologique

CHAPITRE I :

DESCRIPTION DES ÉTABLISSEMENTS ET ACTIVITÉS CONCERNÉS PAR LE PMSI-PSYCHIATRIE ET RÈGLES GÉNÉRALES DE TRAITEMENT DES DONNÉES AU REGARD DE LA LOI RELATIVE À L'INFORMATIQUE, AUX FICHIERS ET AUX LIBERTÉS⁹

I- LE CHAMP DE PRODUCTION DE L'INFORMATION

1.1. Tous les établissements de soins ayant une activité de psychiatrie sont concernés par le recueil PMSI

La mise en œuvre du «PMSI-psychiatrie » est obligatoire, à titre expérimental, pour l'ensemble des établissements de soins ayant une activité de psychiatrie, qu'il s'agisse de psychiatrie générale ou de psychiatrie infanto-juvénile :

- dans 4 régions pilotes (Aquitaine, Lorraine, La réunion, Rhône-Alpes),
- dans les établissements sous dotation globale,
- dans les établissements sous OQN.

Des établissements volontaires peuvent se joindre à l'expérimentation.

1.1.1. Niveau de responsabilité de la production du recueil

Pour les établissements de statut public : c'est l'entité juridique (ou personne morale) qui doit transmettre l'ensemble des fiches de recueil afférant à son activité et c'est au niveau de l'entité juridique que ces fichiers sont traités. Ainsi, un Centre Hospitalier qui serait composé de plusieurs structures ou établissements physiquement distincts est responsable de la production de l'ensemble des fichiers descriptifs de l'activité de l'entité juridique. La seule exception concerne les structures de statut juridique public qui, par dérogation de l'autorité de tutelle, sont autorisées à effectuer un recueil au niveau «établissement ».

Pour les établissements de santé privés (y compris les établissements privés participant au service public hospitalier, financés par dotation globale), le niveau de recueil est le niveau «établissement ». Cette règle vaut également pour les structures de statut juridique public qui, sur dérogation de l'autorité de tutelle, sont autorisées à réaliser un recueil au niveau établissement ou groupe hospitalier.

1.1.2. Catégories d'établissements concernés par le recueil

Le champ des établissements et services concernés par la production des recueils d'information du PMSI-psychiatrie est défini à partir de différents critères qui définissent les établissements de santé dans les nomenclatures des établissements sanitaires et sociaux¹⁰.

⁹ Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

¹⁰ Publications : nomenclature des établissements sanitaires et sociaux – NODESS 1990 – Les qualificatifs des établissements sanitaires et sociaux (BO n° 90-13 et 91-7 bis – Ministère des Affaires sociales et de la solidarité);
Guide méthodologique

Il s'agit, selon cette nomenclature, des :

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

1.2. Types d'activités concernés

Les types d'activités concernés par le recueil de données sont à la fois les activités d'hospitalisation et les modes de prise en charge à temps complet ou partiel d'un patient dans leur diversité, les activités externes effectuées pour un patient, et les activités regroupées sous le libellé « actions pour la communauté ».

Il s'agit d'activités effectuées au sein de structures dotées d'une autorisation dans la discipline d'équipement « psychiatrie ». Les lits et places à prendre en compte doivent donc être officiellement autorisés, au titre de la discipline psychiatrie, à chaque fois qu'une procédure d'autorisation est prévue. S'agissant des activités externes, doivent être relevés les actes effectués par des personnels affectés dans des services de psychiatrie (structures publiques) ou dans des établissements ayant une activité de psychiatrie (établissements privés).

Cas particulier de l'activité libérale : l'activité libérale des praticiens hospitaliers (hôpitaux publics) est prise en considération dans le PMSI et fait donc l'objet d'un recueil d'information.

Les tableaux ci-dessous permettent de décrire l'ensemble des activités qui doivent faire l'objet d'un recueil d'information PMSI, à partir des définitions données par la Statistique d'Activité des Etablissements (SAE) d'une part, des énoncés du rapport annuel de secteur et de l'arrêté du 14 mars 1986, d'autre part.

1.2.1. Prises en charge à temps complet ou partiel

Les prises en charge à temps complet font l'objet d'un recueil d'information appelé Résumé d'Information Standard Hebdomadaire pour les prises en charge à temps Complet (RIS-HC) ; les prises en charge à temps partiel font l'objet d'un recueil d'information appelé Résumé d'Information Standard Hebdomadaire pour les prises en charge à temps Partiel (RIS-HP).

Pour chaque type de prise en charge, le tableau ci-dessous indique, dans sa quatrième colonne, quel type de recueil du PMSI (RIS-HC ou RIS-HP) s'applique et donne le code qui qualifie ce type d'activité pour le recueil PMSI.

Type d'activité SAE	Type de prise en charge Rapport annuel de secteur	Arrêté du 14 /03/1986	Type RHS Code PMSI
Hospitalisation complète (code 03)	1) Hospitalisation temps plein (PT) 2) Hospitalisation au SMPR avec permanence de l'équipe soignante (PTS) 3) Hospitalisation au SMPR (HTS)	Unité d'hospitali- sation à temps complet	RIS-HC Code 1
Hospitalisation de semaine (code 20)	Hospitalisation temps plein (PT)	Unité d'hospitalisation à temps complet	RIS-HC Code 1
Accueil et prise en charge en centre de postcure psychiatrique (code 38)	Accueil et soins en centre de post-cure ou de réadaptation (PC)	Centre de post- cure	RIS-HC Code 2a
Accueil et prise en charge en appartement thérapeutique psychiatrique (code 37)	Accueil et soins en appartement thérapeutique (AT)	Appartement thérapeutique	RIS-HC Code 2b
Accueil et prise en charge en centre de crise psychiatrique (code 39)	Accueil et soins à temps complet autres (AP)	Centre d'accueil permanent * Centre de crise*	RIS-HC Code 2c
Hospitalisation à domicile (code 06)	Hospitalisation à domicile (HD)		RIS-HC Code 3a
Accueil et prise en charge en service d'accueil familial thérapeutique psychiatrique (code 24)	Accueil familial thérapeutique (PF)	Service d'accueil familial thérapeutique	RIS-HC Code 3b
Hébergement temporaire de week-end ou de vacances. <i>Correspond aux séjours thérapeutiques</i> (code 25)	Accueil et soins à temps complet autres (AP)		RIS-HC Code 3c
Hospitalisation de nuit (code 05)	Hospitalisation de nuit (NU) Hospitalisation de nuit au SMPR (NUS)	Hôpital de nuit	RIS-HP Code 4
Hospitalisation de jour (code 04)	Hospitalisation de jour (JO) Hospitalisation de jour au SMPR (JOS)	Hôpital de jour	RIS-HP Code 5a
Accueil de jour (code 21)	Accueil et soins en atelier thérapeutique (TT) Accueil et soins en CATTTP (CA) Accueil et soins à temps partiel autres (AJ) Accueil et soins en atelier thérapeutique en SMPR (TTS) Accueil et soins en atelier thérapeutique en autre établissement de détention (TTA) Activité thérap. en externe à la prison (TTX) Activité thérapeutique à temps partiel au SMPR (ATS) Activité thérapeutique à temps partiel en autre établissement de détention (ATA) Activité thérapeutique à temps partiel en structure extérieure à la prison (ATX)	CATTTP* Atelier thérapeutique	RIS-HP Code 5b

* ces trois types de structures sont le lieu de prises en charge à temps complet ou partiel mais sont aussi parfois utilisés pour des actes externes (consultation par exemple). C'est pourquoi elles sont citées dans ce paragraphe *et* dans le suivant « 1.2.2 Recueil des actes externes ». Ainsi, une activité effectuée en CATTP par exemple, peut donner lieu à production d'un RIS-E et non d'un RIS-HP : il s'agit des cas où le CATTP est utilisé comme un « lieu géographique de consultation » (c'est à dire de fait, pour une activité qui aurait dû se dérouler en CMP ou en unité de consultation, quel qu'en soit le lieu). Pour les activités réalisées dans ces trois types de structures, c'est au médecin qu'il revient de décider, en fonction du type de prise en charge réellement effectué pour un patient, quel type de recueil doit être réalisé.

1.2.2. Recueil des activités externes

Le Résumé d'Information Standardisé Externe (RIS-E) concerne les activités externes effectuées pour un patient.

Les activités relevées sont les activités hors période de prise en charge à temps complet ou à temps partiel sauf cas particulier décrit p 51-52, d'une durée supérieure à 10 minutes et qui peuvent être décrites selon la grille EDGAR (Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion).

Trois types d'activités, au sens des définitions de la SAE, sont concernés par ce recueil :

- Les consultations et soins externes (code SAE 07),
- Les prestations sur le lieu de vie (code SAE 16),
- Les traitements et cures ambulatoire (code SAE 19) ; en psychiatrie, ce champ recouvre essentiellement les activités effectuées en CMP.

Type d'activité SAE	Type de prise en charge Rapport annuel de secteur	Arrêté du 14/03/1986	Type de RHS Code PMSI
Consultations et soins externes (code 07) Traitement et cures ambulatoires (code 19)	Soins en CMP ou unité de consultation du secteur (CO) Entretien d'accueil par le SMPR (EAS) Soins et interventions au SMPR (COS) Soins et interventions en établissement pénitentiaire d'implantation (COE) Soins et interventions au quartier disciplinaire (COD) Soins et interventions en autre établissement pénitentiaire (COA) Soins et interventions en structure extérieure à la prison (COX) Soins et interventions en unité d'hospitalisation somatique (SU) Soins en établissement médico-éducatif (ME) Soins en PMI (MI) Soins en milieu scolaire ou de formation (MS) Soins ambulatoires autres (AA)	CMP Unités de consultation Centre d'accueil permanent* Centre de crise* CATTP*	RIS-E
Prestations sur le lieu de vie (non compris placement familial) (code 16)	Soins et interventions à domicile (SD) Soins et interventions en institution substitutive du domicile (SI) (DSIP)		RIS-E

1.2.3. Recueil des « actions pour la communauté ».

Le Résumé d'Information Standardisé des actions pour la Communauté (RIS-C) enregistre ces activités.

Les interventions qui justifient d'un recueil sous cette rubrique sont les actions de prévention, d'information, de soutien d'équipes ou les actions effectuées dans le cadre d'un réseau pour faire fonctionner des circuits ou des protocoles de prise en charge, dès lors que ces actions ont une durée supérieure à 1 heure (voir définition détaillée page 67).

II- LE RECUEIL D'INFORMATION PMSI ET LA PROTECTION DES DONNEES

2.1. Le recueil au regard de la loi du 6 janvier 1978

Le recueil d'information standard «PMSI-psychiatrie » est un recueil nominatif qui contient des données médicales protégées par le secret médical. A ce titre, son contenu ne peut être porté qu'à la seule connaissance des acteurs légalement ou réglementairement autorisés et des personnels travaillant sous leur responsabilité.

La création de fichiers et le traitement des données contenues dans les Résumés d'Information Standard (RIS-HC, RIS-HP, RIS-E ou RIS-C) doivent être soumis à l'agrément préalable de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Il revient à chaque établissement de faire une déclaration auprès de la CNIL.

La conservation de l'ensemble des RIS (RIS-HC, RIS-HP, RIS-E, RIS-C) par les établissements est obligatoire. Celle-ci est en effet indispensable aux contrôles des données et à la production de statistiques par unité médicale. La durée et le format de conservation des RIS seront fixées par voie réglementaire.

Les RIS contiennent des informations de caractère individuel et confidentiel, protégées par le secret médical ; de ce fait, leur transmission à des personnes et /ou des structures non autorisées et notamment aux services déconcentrés de l'Etat ou à l'Agence de l'Information Hospitalière (ATIH) s'opèrera sous la forme de fiches de données agrégées et "anonymisées", les Résumés d'Information Standardisés Anonymisés (RISA) :

- **RISA-HC pour les RIS-HC**
- **RISA-HP pour les RIS-HP**
- **RISA-E pour les RIS-E**

Le format des RISA, les modalités et le délai de leur transmission à l'ATIH ou aux services déconcentrés de l'Etat seront définis ultérieurement par arrêté.

2.2. Le chaînage des données

La circulaire DHOS-PMSI-2001 n° 106 du 22 février 2001 relative au chaînage des séjours en établissements de santé dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) définit les conditions dans lesquelles peut être réalisé le chaînage de tous les séjours hospitaliers d'un patient quel que soit le type d'établissement de soins dans lequel

(dans lesquels le cas échéant) il a été admis¹¹. Cette procédure se développe en deux étapes : dans la première, le numéro «de sécurité sociale » est anonymisé pour générer une « clef de chaînage »et couplé avec un numéro administratif ; le second temps de la procédure, qui affecte, à chaque résumé, la clef de chaînage correspondant au patient, est mise en oeuvre par le département d'information médicale (DIM)¹².

Un complément à cette circulaire permettra, en son temps, d'appliquer cette procédure à l'activité de psychiatrie, dès que le PMSI concernera cette activité.

¹¹ La CNIL a en effet émis un avis positif lors de sa séance du 20 juin 2000, pour l'extension aux établissements publics du dispositif de chaînage des séjours déjà appliqué dans les cliniques privées et reposant sur l'utilisation du numéro de sécurité sociale.

¹² Se reporter à la circulaire référencée et à l'annexe technique qui l'accompagne.

Le logiciel permettant d'anonymiser le numéro de sécurité sociale et de produire le fichier d'informations couplées est fourni aux établissements par le centre de Traitement de l'Information du PMSI (CTIP).

CHAPITRE II

PRESENTATION DU RECUEIL

POUR LES PRISES EN CHARGE A TEMPS COMPLET

I- PRESENTATION GENERALE

Le recueil d'information standardisé pour la prise en charge à temps complet concerne les activités, présentées page 17 et pour lesquelles la quatrième colonne du tableau indique RIS-HC.

Il s'agit, selon les définitions de la SAE, de :

- l'hospitalisation complète sous ces différentes modalités : temps plein, hospitalisation de semaine, hospitalisation en SMPR,
- des prise en charge en centre de post-cure,
- des prises en charge en appartement thérapeutique,
- des hospitalisations en centre de crise ou centre d'accueil permanent,
- des hospitalisations à domicile,
- de l'accueil familial thérapeutique,
- des séjours thérapeutiques ou séjours de rupture sans accompagnement spécialisé.

Un enregistrement est effectué pour chaque patient pris en charge. En cas d'hospitalisation d'un parent et de son enfant (voire de ses enfants - par exemple dans une unité mère-enfant) :

- soit la prise en charge est une prise en charge double : dans ce cas le parent et l'enfant font chacun l'objet d'un recueil individualisé,
- soit il s'agit de la prise en charge de l'une des deux personnes et l'autre est hébergée en tant qu'accompagnant (mère hébergée alors que l'enfant est hospitalisé ou le contraire) : dans ce cas, seul le sujet hospitalisé fait l'objet d'un recueil.

Ce recueil comprend cinq rubriques :

- identification,
- caractéristiques socio-démographiques du patient,
- caractérisation de la présence du patient,
- mouvements,
- éléments de morbidité.

Certaines de ces rubriques doivent faire l'objet d'un relevé hebdomadaire afin que chaque semaine ainsi décrite puisse être classée dans un groupe homogène de journée. D'autres, en revanche, ne doivent être relevées qu'une fois au cours du séjour, sauf en cas de changement (identification, caractéristiques socio-démographiques, mouvements).

Consignes générales de remplissage :

Si certaines rubriques sont sans objet pour un patient considéré, il convient de ne pas les remplir. C'est le seul cas où une rubrique est laissée vide.

Toute rubrique pour laquelle la réponse existe mais n'est pas connue est remplie par le code 0.

II- RUBRIQUE « IDENTIFICATION »

Cette rubrique comprend 12 éléments : numéro FINESS, numéro de secteur, intersecteur ou service, numéro d'unité médicale, nom de naissance, nom d'usage et prénom(s) du patient, date de naissance, sexe, année considérée, semaine considérée, numéro de séjour, numéro d'Identifiant Permanent du Patient.

2.1. Description du lieu de prise en charge

2.1.1. Numéro FINESS

Le numéro FINESS est le numéro de la structure d'hospitalisation. Dans le « fichier national des établissements sanitaires et sociaux », les structures de santé sont identifiées par deux numéros : l'un concerne l'entité juridique à laquelle ces structures sont rattachées, l'autre concerne l'établissement (lorsqu'il existe plusieurs sites distincts).

Il convient d'indiquer ici :

- le numéro de l'entité juridique pour les établissements de statut public sauf pour les structures de statut juridique public qui, sur dérogation de l'autorité de tutelle, sont autorisées à effectuer un recueil au niveau « établissement » (cf infra),
- le numéro de l'établissement pour les établissements de santé privés (y compris les établissements privés participant au service public hospitalier, financés par dotation globale) et pour les structures de statut juridique public qui, sur dérogation de l'autorité de tutelle, sont autorisées à réaliser un recueil au niveau établissement ou groupe hospitalier.

2.1.2. Secteur, intersecteur, service, fédération , département...

Cette information est à remplir uniquement par les établissements qui ont la responsabilité d'un ou plusieurs secteurs ou intersecteurs juridiquement identifiés, pour les unités médicales rattachées à un secteur de psychiatrie ou pour les établissements non sectorisés organisés en services de soins, en département ou en fédération. Il convient d'indiquer le numéro du secteur ou de l'intersecteur, tel qu'il figure dans la dénomination officielle de création du secteur ou intersecteur ou le numéro du service, de fédération ou de département, tel qu'il figure dans la nomenclature interne de l'établissement. Dans le cas où l'activité ne relève pas d'une unité médicale appartenant à un secteur, à un intersecteur ou à un service, un département ou une fédération, cette rubrique doit être laissée vide.

2.1.3. Numéro d'unité médicale

On désigne par « unité médicale » un ensemble individualisé de moyens assurant des soins aux malades, repéré par un code spécifique dans une nomenclature déterminée par l'établissement.

Le numéro d'unité médicale est toujours celui de l'unité dans laquelle se situe le lit de psychiatrie qui accueille le patient, y compris lorsque l'équipe médicale qui assure la prise en charge du patient est rattachée à une unité différente.

Dans les établissements publics et dans certains établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), le numéro d'unité médicale correspond à une « unité fonctionnelle » ou à un groupe d'unités fonctionnelles (appelé service, département, fédération...). Dans un souci de cohérence, il est souhaitable qu'une unité médicale ne regroupe que des « natures de séjour » au sens du PMSI, identiques. Dans le cas où une même unité médicale regrouperait des natures de séjour différentes, il conviendrait d'être très vigilant sur le fait qu'un changement de nature de séjour (par exemple passage de l'hospitalisation à temps plein à l'hospitalisation de jour ou

passage de l'hospitalisation à temps plein à une prise en charge en appartement thérapeutique) entraîne un changement de RIS.

Dans les autres établissements privés, l'unité médicale peut, par exemple, être assimilée à la discipline médico-tarifaire, voire à l'établissement s'il n'y a pas d'identification d'unités d'analyse de l'activité plus petites.

2.2. Eléments d'identification du patient

2.2.1. Nom de naissance

Il convient d'indiquer ici le nom de naissance du patient (patronyme).

2.2.2. Nom d'usage

Le nom d'usage est celui que porte couramment le patient et qui peut, dans le cas d'un mariage en particulier, être différent du nom de naissance.

2.2.3. Prénoms

Il convient d'indiquer tous les prénoms du patient tels qu'ils figurent à l'état civil.

2.2.4. Date de naissance

Indiquer le jour, le mois et l'année sous la forme (JJMMAAAA). De façon pratique, si le jour n'est pas connu précisément, porter par défaut le 15^{ème} jour du mois. De même, si le mois n'est pas connu précisément, porter par défaut le mois de juillet (07).

Dans l'éventualité, probablement très rare où l'année de naissance ne serait pas connue précisément, arrondir à la dizaine présumée (par exemple 1950, 1960).

2.2.5. Sexe

Indiquer 1 pour masculin, 2 pour féminin.

2.2.6. Numéro d'Identifiant Permanent du Patient

Cette rubrique n'est pas obligatoire. Néanmoins pour les établissements qui recueillent déjà cette information, l'intérêt de la saisir sur le RIS est double :

- la correspondance au sein de l'établissement entre le RIS et le dossier du patient est facilitée,
- la procédure de chaînage sera simplifiée. En effet il ne sera pas nécessaire de fournir le fichier de correspondance entre le n° de séjour et le n° administratif du patient.

2.2.7. Cas particuliers

Droit au secret de l'admission ou à l'anonymat

Lorsque le droit au secret de l'admission ou à l'anonymat bénéficie à la personne soignée¹³, les informations d'identité recueillies sont limitées à l'année de naissance, au sexe, au numéro du

¹³ Cette disposition s'applique dans les circonstances suivantes :

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

patient et au « numéro de séjour psychiatrie » du patient. Dans ce cas, les jours et mois de naissance ainsi que le code postal de résidence du patient ne sont pas saisis.

Cas particulier de l'hospitalisation de deux personnes

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

- soit la prise en charge est une prise en charge double : dans ce cas le parent et l'enfant font chacun l'objet d'un recueil individualisé,
- soit il s'agit de la prise en charge de l'une des deux personnes et l'autre est hébergée en tant qu'accompagnant (mère hébergée alors que l'enfant est hospitalisé ou le contraire) : dans ce cas, seul le sujet hospitalisé fait l'objet d'un recueil.

2.3. Identification de la semaine et de l'année de prise en charge

2.3.1. Année

Indiquer l'année de la semaine d'hospitalisation considérée. Cette information est à recueillir sous la forme AAAA.

2.3.2. Semaine

Indiquer le numéro de semaine dans l'année pour laquelle le recueil d'information est complété. En début d'année, la première semaine de l'année considérée est celle qui comprend le 4 janvier. Cette information est à recueillir sous la forme AA.

2.4. Numéro de séjour psychiatrie

Ce « numéro de séjour » a pour objectif de permettre d'établir un lien entre chaque RIS et le dossier administratif du patient correspondant. Il revient à chaque établissement de définir les principes d'attribution de ce numéro de séjour qui peut être le même que le numéro de séjour attribué au patient par l'administration lors de son admission. Du point de vue du PMSI, les seules exigences sont que ce numéro permette de :

- relier chaque RIS au numéro administratif adéquat,
- respecter les conditions d'application du chaînage telles qu'elles sont prévues dans la circulaire DHOS-PMSI-2001 n° 106 du 22 février 2001 relative au chaînage des séjours en établissements de santé dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Le nombre de caractères est donc propre à chaque établissement mais ne doit pas excéder 9 caractères.

III- RUBRIQUE « CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES »

Cette rubrique comprend 11 items différents.

Règle générale : Les informations contenues dans cette rubrique ont un caractère généralement stable sur une année. En cas de changement de l'un ou l'autre des items, il convient de le noter dans le premier Recueil d'Information Standardisé qui suit le moment où l'équipe a pris connaissance de l'information.

3.1. Code postal du lieu de résidence

Pour les patients résidant à l'étranger, indiquer comme code postal un code pays en se rapportant à la table des codes à l'annexe 3.

Codification : AAAAA

Si le code postal du lieu de résidence est inconnu, coder 00999 pour « code postal inconnu ». Cette information n'est pas à remplir (case vide) pour les patients en SMPR.

Rappel : dans le cas particulier de personnes bénéficiant du droit au secret de l'admission ou à l'anonymat, cette rubrique n'est pas à remplir.

3.2. S.D.F

Il s'agit ici d'indiquer si la personne est sans domicile fixe ou dépourvue de résidence stable au moment où débute le séjour. Coder 1 pour oui et 2 pour non, 0 si aucune information n'a pu être obtenue. Cette information n'est pas à remplir (case vide) pour les patients en SMPR.

Sont considérées comme dépourvues de résidence stable :

- les personnes qui, à la suite de circonstances exceptionnelles ou involontaires se trouvent dans un département sans qu'elles aient choisi d'en faire leur lieu de résidence ou aient l'intention d'y résider (*ex* : réfugiés, personnes déplacées à la suite d'expulsions...),
- les personnes dont le mode de vie ou l'activité professionnelle les conduit à circuler en France sans résidence ni domicile fixe et qui sont effectivement dépourvues d'un lieu d'habitation habituel et notoire dans un département ou un pays,
- les personnes pour lesquelles aucune résidence ni aucun domicile fixe ne peut être déterminé.

Sont également considérées comme sans domicile fixe, les personnes qui :

- ont perdu leur logement,
- vivent depuis plusieurs années à l'Hôpital (*hormis dans les unités de long séjour*) et ne disposent plus d'un logement de sortie.

En revanche, les personnes dans les situations suivantes ne sont pas considérées comme sans domicile fixe :

- les patients habitant régulièrement à l'hôtel,
- les patients habitant dans un foyer et ayant la perspective d'y retourner à l'issue de leur hospitalisation (même s'il s'agit d'hébergements pour des périodes reconductibles à condition que ces périodes soient d'au moins trois mois).

- les patients de la communauté d'Emmaüs ou de l'Armée du Salut ou équivalent,
- les patients résidant en institution sociale (hospices, maisons de retraite, foyer-logement), médico-sociale ou en unité de long séjour.

La situation déterminante à prendre en compte, en particulier pour les patients hospitalisés depuis longtemps, est la perspective qui s'offre au patient à sa sortie d'hospitalisation.

3.3. Mode de vie

Les informations sur le mode de vie ont pour objet de qualifier la situation dans laquelle vit effectivement une personne et d'approcher son environnement.

Une seule réponse est possible.

- chez ses deux parents : code 1
un enfant dont les parents, séparés, ont la garde de façon alternée et qui passe un temps environ identique en durée chez l'un et l'autre de ses parents est considéré comme vivant chez ses deux parents.
- chez un seul parent : code 2
- seul : code 3
- seul avec enfant(s) : code 4
- en couple sans enfant : code 5
c'est bien la situation effective de vie qu'il convient de noter indépendamment du fait que le couple soit légalisé sous quelque forme que ce soit (mariage, PACS...)
- en couple avec enfant(s) : code 6
- dans de la famille ou chez des proches : code 7
le mot famille est entendu ici à l'exclusion des père et mère
- en famille d'accueil : code 8
hors accueil familial thérapeutique qui est une modalité de prise en charge à temps complet
- en institution : code 9
- sans information : code 0

3.4. Situation matrimoniale légale

Cette rubrique ne doit être remplie que pour des patients majeurs ou des mineurs émancipés. Il s'agit de rendre compte d'une situation légale : une personne mariée mais vivant séparée de son conjoint est donc enregistrée comme mariée ; une personne vivant maritalement est enregistrée comme célibataire.

Une seule réponse est possible :

- célibataire : code 1
- marié(e) : code 2
- PACS : code 3
- divorcé(e) ou en cours de divorce : code 4
en cours de divorce suppose qu'une démarche officielle est en cours.
- veuf(ve): code 5
- sans information : code 0

3.5. Situation scolaire ou professionnelle

Pour cette rubrique, une seule réponse est possible.

La réponse à fournir est celle qui décrit la situation au moment où le patient entre en hospitalisation.

Il convient de ne pas confondre la situation professionnelle et le métier pour lequel le patient a une qualification. Toute personne qui a un emploi est considérée comme ayant une activité professionnelle même si elle est en congé de maladie, de maternité ou en congé de longue durée.

- scolarité ordinaire : code 01
situation d'un enfant ou adolescent en classe maternelle, primaire, secondaire d'enseignement général -lycée technique, lycée professionnel, lycée agricole-, enseignement professionnel –CAP,BEP-
- scolarité en classe spécialisée ou en établissement d'éducation spécialisée : code 02
C.P. d'adaptation, CLIS...
- scolarité en établissement de soins : code 03
situation d'un enfant ou adolescent scolarisé dans un établissement médico-social ou sanitaire avec intervention d'un enseignant de l'éducation nationale ou assimilé.
- non scolarisé : code 04
situation d'un enfant non présent dans un établissement scolaire (non inscrit, absentéisme durable).
- études code 05
enseignement supérieur
- activité en milieu ordinaire : code 06
- activité en milieu protégé : code 07
- demandeur d'emploi ayant déjà travaillé : code 08
- demandeur d'un premier emploi : code 09
- sans activité : code 10
cette rubrique inclut les personnes sans activité professionnelle telles que les femmes au foyer ou les retraités. Les étudiants sont dans la rubrique « Etudes ».
- sans information : code 00

3.6. Ressources principales

La question est celle du type de revenus dont bénéficie le patient. Cette rubrique concerne la situation du patient lui-même pour les patients majeurs et les mineurs émancipés. Pour les patients mineurs, il convient de renseigner sur la situation du foyer.

Plusieurs réponses peuvent être relevées (items oui =1 / non = 2 à chaque fois):

- ressources propres : il s'agit ici de ressources du patient lui-même ou qui sont attachées à l'activité de son conjoint,
- ressources sociales : si cet item est noté «oui », il conviendra de préciser, la nature de ces ressources sociales (voir 3.7 ci-après),
- ressources familiales : item positif dans le cas de personnes qui ne disposent pas de ressources propres ou sociales mais qui sont financièrement soutenues par des ressources issues de leur famille,
- sans ressources,
- sans information.

3.7. Nature des ressources sociales

Cette rubrique n'est à remplir que si l'item «ressources sociales » est positif. Plusieurs réponses sont possibles. Pour un mineur, les ressources à considérer sont celles du foyer (attention : une allocation attachée à un mineur ne doit être cochée que si elle est attachée au patient pour lequel le RIS-HC est produit). Plusieurs réponses peuvent être relevées (items oui =1 / non = 2 à chaque fois) :

- allocation d'Etudes Spécialisées (AES) simple
- AES et 1^{er} complément
- AES et 2nd complément
- AES et 3^{ème} complément
- allocation pour Adulte Handicapé (AAH)
- Revenu Minimum d'Insertion (RMI)
- pension d'invalidité
- autres

3.8. Responsabilité légale

Pour cette rubrique, une seule réponse est possible :

- mineur : code 1
- mineur émancipé : code 2
- mineur protégé : code 3
- capable majeur : code 4
- majeur protégé : code 5

3.9. Nature de la protection

Les codes 1, 2, 3,4 qualifient des situations de mineurs ;
les codes 5,6 et 7 qualifient des situations de majeurs.

- mesure administrative ambulatoire : code 1
- mesure judiciaire ambulatoire : code 2
- mesure administrative avec placement : code 3
- Mesure judiciaire avec placement : code 4
- sauvegarde : code 5
- curatelle : code 6
- tutelle : code 7

3.10. Autorité parentale

Cette rubrique ne concerne que les mineurs non émancipés. Une seule réponse est possible.

- les deux parents : code 1
- mère : code 2
- père : code 3
- autorité déléguée : code 4
- pupille de l'Etat : code 5

3.11. Année approximative du premier contact avec un psychiatre ou une équipe de psychiatrie

Cette rubrique est à remplir un fois au cours d'un séjour et ne change pas en cas de nouveau séjour du patient. Elle alimentera le travail sur l'analyse des trajectoires de patients.

IV- RUBRIQUE « PRESENCES »

Cette rubrique regroupe quatre types d'informations :

- le nombre de jours de présence du patient dans l'unité considérée au cours de la semaine, information indispensable pour affecter un nombre de jours effectif au groupe homogène de journées dans lequel sera classée la semaine,
- le type d'unité dans laquelle est accueilli le patient, recueilli sous l'appellation «nature du séjour »,
- l'ancienneté de séjour, variable classante au sens du PMSI,
- le mode légal du séjour (à remplir uniquement pour l'hospitalisation à temps plein).

4.1. Jours de présence du patient

Chaque jour de la semaine considérée où le patient a été pris en charge dans l'unité de prise en charge à temps complet doit être relevé, y compris les journées d'entrée et de sortie, quelle que soit l'heure à laquelle le patient est entré ou sorti.

Exceptions :

- dans le cas d'une mutation entre deux structures de psychiatrie du même établissement (le patient passe de l'unité A vers l'unité B), il ne faut pas relever la journée de sortie dans l'unité A. Cette journée sera enregistrée par l'unité B et ne doit pas être enregistrée deux fois dans le même établissement. Dans tous les autres cas, la journée de sortie doit être enregistrée. De même, si au sein d'une même unité médicale, le patient change de nature de prise en charge (par exemple il passe d'hospitalisation à temps plein à séjour thérapeutique), la journée de passage de l'hospitalisation temps plein au séjour thérapeutique est attribuée au RIS-HC « séjour thérapeutique ».
- dans le cas d'une permission, si le patient quitte l'unité où il est pris en charge avant midi, la journée de permission ne doit pas être enregistrée. En revanche, s'il sort en permission après l'heure de midi, cette journée doit être enregistrée. De même s'il rentre de permission après midi, la journée ne doit pas être enregistrée alors que si le patient revient de permission avant midi, la journée doit être enregistrée.

Périodicité du recueil : hebdomadaire

4.2. Nature du séjour

Pour cette rubrique, qui qualifie le type de prise en charge du patient, une seule réponse est possible pour chaque jour de présence du patient.

- hospitalisation complète en unité temps plein
ou SMPR ou hospitalisation de semaine : code 1
- hospitalisation en unité de post-cure : code 2a
- hospitalisation en appartement thérapeutique : code 2b
- hospitalisation en centre de crise ou centre d'accueil permanent : code 2c
- hospitalisation à domicile : code 3a
- hospitalisation en accueil familial thérapeutique : code 3b
- héjour thérapeutique : code 3c

Périodicité du recueil : hebdomadaire au sein d'une même unité médicale et pour une même nature de séjour.

4.3. Ancienneté du séjour

Cet item vise à connaître, *au sens médical* de cette notion, l'ancienneté du séjour du patient dans un même établissement pour une même nature de séjour. Ce critère est en effet une variable « classante » au sens du PMSI. Le mot « séjour » n'est pas à entendre ici *au sens administratif* et cet item est totalement déconnecté d'une analyse de durée de séjour et de l'attribution d'un numéro de séjour. Ainsi dans le cas d'un patient hospitalisé pendant plusieurs mois et qui au cours de cette période quitte le service pour une période prévue de quelques semaines, le médecin peut tout à fait considérer que cette interruption n'est pas significative d'une interruption de la prise en charge et que c'est bien le même séjour qui se poursuit après le retour de vacances du patient. Ce que recherche cette rubrique est la continuité des soins.

C'est pourquoi le libellé de la question est : le séjour actuel, sans tenir compte des permissions ou congés, a débuté à quelle date ? Il convient de répondre sous la forme JJMMAAAA.

Périodicité du recueil : hebdomadaire ; cette information est traitée comme une donnée de nature hebdomadaire par le logiciel groupeur, même si elle reste identique tout au long du séjour.

4.4. Mode légal du séjour

Cette rubrique ne concerne, au sein du temps complet, que la nature de séjour «Hospitalisation complète en unité temps plein ou SMPR ou hospitalisation de semaine ».Une seule réponse est possible pour chaque jour de la semaine. Il convient d'indiquer, pour chaque jour, le mode légal du séjour, selon les codes suivants :

- | | |
|---|--------|
| - hospitalisation libre : | code 1 |
| - hospitalisation à la demande d'un tiers : | code 2 |
| - hospitalisation d'office : | code 3 |
| - art 122.1 du code pénal : | code 4 |
| - ordonnance Provisoire de Placement (OPP) : | code 5 |
| Pour les détenus : | |
| - art D 398 du code de procédure pénale ¹⁴ : | code 6 |

Périodicité du recueil : hebdomadaire.

¹⁴ Art D 398 : Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L.342 du Code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire.

Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 331 du Code de la Santé Publique.

Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D.394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation

V- RUBRIQUE « MOUVEMENTS »

Ce volet concerne exclusivement les prises en charge à temps complet.

5.1. Entrée

5.1.1. Date d'entrée

Indiquer le jour, le mois et l'année sous la forme : JJMMAAAA.

Périodicité de recueil : cet item est à recueillir une fois par séjour au sein d'une unité médicale.

5.1.2. Mode d'entrée

Il s'agit de s'intéresser au parcours du patient et pour cet item, de déterminer où il était avant sa prise en charge à temps complet en psychiatrie.

Il existe 4 modes d'entrée pour le PMSI-psychiatrie.

Pour cette rubrique, une seule réponse est possible :

- retour de sortie temporaire : code 3

*Cet item est à utiliser pour des patients qui sont sortis d'hospitalisation pour une période supérieure au délai légal de permission avec l'accord du médecin, et pour lesquels **un retour était prévu**. C'est notamment le cas de patients hospitalisés durant une longue période et qui partent « en vacances » durant une semaine ou quinze jours avant de revenir. Administrativement, le premier séjour est clos, mais c'est bien la même prise en charge qui se poursuit.*

Attention si ce retour est anticipé pour cause médicale, il s'agit d'une entrée directe même si la sortie précédente était nommée « sortie temporaire ».

- mutation : code 6

Entrée d'un patient provenant d'une autre unité médicale de prise en charge à temps complet au sein du même établissement ou de la même entité juridique.

Cette unité médicale peut relever d'une autre discipline d'équipement que la psychiatrie.

- transfert : code 7

*Le terme transfert concerne l'accueil d'un patient venant **d'un autre établissement ou entité juridique** dans lequel il était hospitalisé à temps complet.*

- directe : code 8

Cet item regroupe tous les modes d'entrée hors hospitalisation à temps complet, qui recouvrent des situations aussi diverses que : le domicile au sens commun du terme, un hébergement social (maison de retraite par exemple), une prise en charge à temps partiel, des patients sortis sans autorisation, une cellule de détention...

Périodicité de recueil : une fois par séjour au sein d'une unité médicale.

5.1.3. Provenance

Une seule réponse est possible :

- courte durée / soins MCO : code 1

- soins de suite et de réadaptation : code 2

Ce code comprend également les situations d'enfants provenant d'un « établissement d'enfants à caractère sanitaire » (pouponnière à caractère sanitaire, maison d'enfants à caractère sanitaire temporaire, maison d'enfants à caractère sanitaire permanent).

- soins de longue durée (long séjour) : code 3

- unité de psychiatrie : code 4

- service d'urgences : code 5
Correspond à un adressage directement par un service d'urgence hospitalier, sans passage du patient par l'hospitalisation. Ce code ne peut être utilisé qu'avec le mode d'entrée 8
- structure d'hébergement social ou médico-social : code 7
- domicile code 8

Périodicité de recueil : cet item est à recueillir une fois par séjour au sein d'une unité médicale.

5.2. Sortie

Rappel : Une permission de sortie du patient ne doit pas être considérée comme une sortie dès lors qu'elle n'excède pas deux jours plus les délais de route (hospitalisations libres)¹⁵ ou 12 heures (hospitalisations sous contrainte).

En revanche, une interruption de séjour sortant de ce cadre réglementaire doit être enregistrée comme une sortie.

Cas particulier concernant les patients sous contrainte : quand un patient hospitalisé sous contrainte doit, pour raison médicale, être accueilli dans une unité de soins ne relevant pas de la discipline d'équipement « psychiatrie », il y a sortie (même si, du point de vue juridique, tant que la mesure n'est pas levée, le patient est toujours sous la responsabilité de l'unité de psychiatrie qui le prend en charge).

5.2.1. Date de sortie

Il s'agit de la date de sortie physique du patient. Dans le cas particulier d'une mutation d'une unité de prise en charge à temps complet de psychiatrie A, vers une unité de prise en charge à temps complet de psychiatrie B, la date de sortie est bien celle de la sortie physique du patient même si cette journée n'est pas comptabilisée dans la rubrique « présence » pour l'unité A.

Périodicité de recueil : cet item est à recueillir sous la forme JJMMAAAA une fois par séjour au sein d'une unité médicale.

5.2.2. Mode de sortie

- temporaire : code 3
*Une sortie temporaire est une absence autorisée, de durée supérieure à 48 heures mais pour laquelle **un retour est prévu** dans le service. C'est le cas par exemple de patients hospitalisés pour une période longue et qui partent en vacances. Dans ce cas, il y a bien sortie.*

- sans autorisation : code 4
Inclut les fugues et les sorties contre avis médical. Dans ce cas, la rubrique destination ne doit pas être remplie.

- à l'essai : code 5

- mutation : code 6
*La définition de la mutation est la même que pour l'entrée : il s'agit du mouvement d'un patient qui change d'unité de prise en charge à temps complet, quelle que soit la discipline d'équipement, **au sein d'un même établissement ou d'une même entité juridique.***

- transfert : code 7
*La définition du transfert est la même que pour l'entrée : il s'agit du mouvement d'un patient qui change d'unité de prise en charge à temps plein, quelle que soit la discipline d'équipement, **entre établissements ou entités juridiques différents.***

¹⁵ Circulaire interministérielle n° 127 du 12 décembre 1985
Guide méthodologique

- définitive : code 8
Cet item recouvre les sorties considérées comme définitives dès lors qu'un patient ne sort pas dans le cadre d'une mutation ou d'un transfert. Par convention, on y inclut les mouvements vers une unité de prise en charge à temps partiel, les retours en maison de retraite...

- décès : code 9
Dans ce cas, la rubrique destination ne doit pas être remplie.

Périodicité de recueil : cet item est à recueillir une fois par séjour au sein d'une unité médicale.

5.2.3. Destination

Une seule réponse est possible.

- soins de courte durée / MCO (y compris urgences MCO): code 1
- soins de suite et de réadaptation : code 2
- soins de longue durée (unités de long séjour) : code 3
- psychiatrie : code 4
Correspond à un adressage direct à un service d'urgence hospitalier
- structure d'hébergement social ou médico-social : code 7
- domicile : code 8

Périodicité de recueil : cet item est à recueillir une fois par séjour au sein d'une même unité médicale.

**Tableau récapitulatif
des modes d'entrée et de sortie,
et des provenances et destinations qui peuvent leur être associées**

ENTREE		SORTIE	
Mode d'entrée	Provenance	Mode de sortie	Destination
Mutation = 6	MCO = 1 SSR = 2 Long séjour = 3 Psychiatrie = 4	Mutation = 6	MCO = 1 SSR = 2 Long séjour = 3 psychiatrie = 4
	Transfert = 7	MCO = 1 SSR = 2 Long séjour = 3 psychiatrie = 4	Transfert = 7
Définitive = 8			Structure sociale ou médico sociale = 7 Domicile = 8
Décès = 9			Structure sociale ou médico sociale = 7 Domicile = 8
Direct = 8	Urgence = 5 Structure sociale ou médico sociale = 7 Domicile = 8	A l'essai = 5	Structure sociale ou médico sociale = 7 Domicile = 8
		Sans autorisation = 4	Structure sociale ou médico sociale = 7 Domicile = 8
Retour de sortie temporaire = 3	Structure sociale ou médico sociale = 7 Domicile = 8	Sortie temporaire = 3	Structure sociale ou médico sociale = 7 Domicile = 8

Voir (en annexe 4) un tableau récapitulatif des différents cas de cotation des présences et des mouvements.

VI- RUBRIQUE « MORBIDITE HEBDOMADAIRE »

Cette rubrique regroupe la plupart des variables «classantes » au titre du PMSI et comprend 5 types d'informations, concernant respectivement :

- les éléments de diagnostic, de situation clinique et facteurs environnementaux,
- la dépendance du patient,
- la situation du patient sur l'échelle globale de fonctionnement (EGF),
- l'information sur un éventuel passage du patient en chambre d'isolement au cours de la semaine considérée,
- une évaluation de l'existence ou non d'un projet thérapeutique dans le milieu scolaire.

6.1. Eléments de diagnostic, de situation clinique et facteurs environnementaux

Cette rubrique doit être renseignée pour tous les types de prise en charge à temps complet. Pour les patients de plus de 19 ans, la totalité des informations est à coder à partir de la Classification Internationale des Maladies dans sa dixième révision (CIM-10). Pour les patients de 19 ans et moins, différentes classifications sont utilisées selon le type d'informations demandées.

Ces éléments sont regroupés sous 5 items.

6.1.1. Le diagnostic principal (patients de plus de 19 ans) ou la situation clinique prévalente (patients de 19 ans et moins)

- Le diagnostic principal

Le diagnostic principal est, au sens du PMSI, celui de l'affection qui a mobilisé le plus de ressources pour la prise en charge du patient dans la semaine considérée. Il peut s'agir d'un trouble mental ou du comportement, le cas échéant de symptômes et autres motifs de recours aux soins significatifs de l'essentiel de l'effort de soins ou de la consommation de ressources durant la semaine écoulée. Il ne doit pas être confondu avec le diagnostic longitudinal (voir infra).

Il doit être codé de façon rétrospective au terme de chaque semaine considérée.

- La situation clinique prévalente

La situation clinique prévalente est, au sens PMSI, la situation clinique qui a mobilisé le plus de ressources pour la prise en charge du patient, dans la semaine considérée. Elle doit être codée de façon rétrospective au terme de chaque semaine considérée.

Codage

Le diagnostic principal est renseigné exclusivement :

- par un code F du chapitre V de la CIM-10

ou

- par un code R du chapitre XVIII de la CIM-10 : seuls les codes R 40 à R 69 sont utilisables pour décrire un diagnostic principal, notamment lorsque les états morbides sont mal définis, au point qu'aucun diagnostic qui puisse être classé ailleurs n'a été formulé (les autres codes R sont sans objet en psychiatrie)

ou

- par un code Z du chapitre XXI de la CIM-10 : seuls les codes "Z00-examen général et investigations de sujets ne se plaignant de rien ou pour lesquels aucun diagnostic n'est rapporté", " Z02-examen médical et prise de contact à des fins administratives" et "Z03-Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies" sont utilisables pour décrire un diagnostic principal.

Les codes R et Z ne peuvent pas être utilisés au delà de 2 RIS-H d'un séjour donné.

La situation clinique prévalente est renseignée à partir de la classification des situations cliniques (annexe 5).

Périodicité du recueil : hebdomadaire.

6.1.2. Le diagnostic associé (patients de plus de 19 ans) ou la situation clinique associée (patients de 19 ans et moins)

- Diagnostic associé

Il s'agit -le cas échéant- du trouble mental ou du comportement associé au trouble principal et qui est à l'origine d'un effort de soins particulier au cours de la semaine.

Il doit être codé de façon rétrospective au terme de chaque semaine considérée.

- Situation clinique associée :

Il s'agit -le cas échéant- de la situation clinique associée à la situation clinique prévalente qui est à l'origine d'un effort de soins particulier au cours de la semaine.

Elle doit être codée de façon rétrospective au terme de chaque semaine considérée.

Codage

Le diagnostic associé est renseigné exclusivement par un code F du chapitre V de la CIM-10.

Tous les codes F peuvent être utilisés.

Si un code Z ou un code R a été utilisé en diagnostic principal, il ne peut y avoir de code diagnostic associé.

La situation clinique associée est renseignée à partir de la classification des situations cliniques (annexe 5).

Périodicité du recueil : hebdomadaire.

6.1.3. Pathologie somatique lourde

Il s'agit ici d'indiquer si le patient présente une pathologie somatique qualifiée de "lourde" car elle a nécessité **en moyenne** plus d'une heure de soins par jour durant la semaine écoulée.

Codage

Le codage se fait en deux temps, afin de permettre, dans un premier temps, au médecin, de faire mention de la présence d'une pathologie somatique qui paraît importante à signaler, même si elle n'a pas nécessité plus d'une heure de soins par jour. Le deuxième temps de la réponse apporte la précision « plus d'une heure de soins/jour » (oui/non). Dans le cas où la réponse à la deuxième question est non, cette information ne joue pas comme une variable 'classante', mais sera traitée à titre documentaire.

Pathologie somatique : code CIM-10 ; cette rubrique est renseignée par un code des chapitres I à IV et VI à XVII et XIX de la CIM 10. Il s'agit de coder la manifestation clinique et non l'étiologie de la pathologie. Cependant, dans le cas où la manifestation serait déjà codée en diagnostic principal ou en diagnostic associé, c'est bien le code étiologique qu'il convient de coder en pathologie somatique.

Exemple : démence due à l'infection VIH

Code étiologique : B22.0 : encéphalopathie due au VIH

Manifestation : code F02.4 : démence de la maladie due au VIH.

Dans ce cas, la code de manifestation peut avoir été utilisé pour le diagnostic principal, le diagnostic associé ou le diagnostic longitudinal. Si tel est le cas, c'est alors le code de l'étiologie qu'il conviendra de porter pour coder la pathologie somatique.

A-t-elle nécessité en moyenne plus d'une heure de soins par jour durant la semaine ?

oui (code 1) / non (code 2).

Périodicité du recueil : hebdomadaire ; cette variable doit être codée de façon rétrospective au terme de chaque semaine considérée.

6.1.4. Diagnostic psychiatrique longitudinal

Ce diagnostic est celui de l'affection qui présente, le cas échéant, un caractère longitudinal, c'est à dire un trouble psychiatrique que connaît le patient de façon dite "life time". Ce diagnostic peut ne pas avoir de rapport avec la semaine d'hospitalisation considérée ou n'être pas celui de l'affection qui a nécessité l'essentiel de l'effort soignant. Mais il peut aussi se faire, à l'inverse, qu'il soit le même que le diagnostic psychiatrique principal ou le diagnostic psychiatrique associé. Dans ce cas, il convient de le mentionner dans chacune des rubriques considérées.

Cette information n'est pas une variable classante mais est l'une de celle qui alimentera notamment les réflexions ultérieures sur l'analyse des trajectoires de patients pour le PMSI.

Codage

Patients de plus de 19 ans : Il convient d'utiliser exclusivement un code F du chapitre V de la CIM-10

Patients de 19 ans et moins : utiliser un code de la CIM-10 ou un code de la CFTMEA.

Périodicité du recueil : c'est une information à rapporter à chaque résumé hebdomadaire mais qui présente, par définition, un caractère stable.

6.1.5. Facteurs d'environnement

Il s'agit ici d'indiquer les facteurs susceptibles de menacer la santé des sujets, tels que certaines conditions socio-économiques et psycho-sociales et les éventuels antécédents personnels et familiaux de certaines affections. Il est possible de coder 2 facteurs d'environnement.

Cette information n'est pas une variable classante mais est l'une de celles qui alimenteront notamment la réflexion sur l'analyse des trajectoires de patients pour le PMSI.

Codage

Cette rubrique est exclusivement renseignée par un code du chapitre Z du chapitre XXI de la CIM-10. Seuls les codes "Z55 à Z65" et les codes "Z80 à Z99" sont utilisables pour décrire un facteur environnemental ; les autres codes Z de ces rubriques sont sans objet en psychiatrie.

Périodicité du recueil : hebdomadaire ; au cours d'un séjour ces facteurs d'environnement peuvent en effet changer, ou apparaître puis disparaître.

6.1.6. Cause externe de morbidité et de mortalité

Cette variable permet de décrire une cause externe responsable de lésions traumatiques, d'intoxication, et d'autres effets indésirables. C'est notamment une information utilisée dans le cas de lésions auto-infligées. Il convient de noter cette information tant que celle-ci a une influence sur la prise en charge du patient. Elle peut donc être répétée plusieurs semaines, même si la cause externe est un événement ponctuel (agression par exemple).

Cette information n'est pas une variable classante mais est l'une de celles qui alimenteront notamment la réflexion sur l'analyse des trajectoires de patients pour le PMSI.

Codage

La cause externe de morbidité et de mortalité est renseignée exclusivement par un code V,W,X ou Y du chapitre XX de la CIM-10.

Périodicité du recueil : hebdomadaire ; au cours d'un séjour, la cause externe peut en effet changer ou apparaître puis disparaître.

6.1.7. Règles de codage de la CIM-10 pour le PMSI-psychiatrie

Les codes "têtes de catégorie" à 3 caractères ne doivent pas être utilisés dans le recueil, s'ils comportent une subdivision. Seuls doivent être utilisés les codes à 4 caractères ou plus, dès lors que ceux-ci figurent comme tels dans la CIM 10 pour une catégorie.

Cependant les codes à 3 caractères sans extension -comme F28 "autres troubles psychotiques non organiques" - sont acceptés.

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

Dans ces règles, le point utilisé dans le codage de la CIM n'est pas considéré comme un caractère.

6.2. Dépendance du patient¹⁶

Cette rubrique ne doit être renseignée que pour les patients pris en charge en unité d'hospitalisation à temps complet (y compris hospitalisation de semaine) ou en SMPR. Cet item n'a pas à être évalué, dans le cadre du recueil PMSI-psychiatrie, pour les autres modalités de prise en charge à temps complet. La grille de cotation s'inspire très largement de la grille de dépendance Activity Daily Living (ADL). Elle a été légèrement adaptée dans le cadre des travaux d'élaboration du PMSI en psychiatrie. Il n'existe donc pas de table de transcodage avec d'autres systèmes d'évaluation de la dépendance qui soit validée par le Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé (PERNNS). Voir présentation détaillée de la grille de dépendance en annexe 5 .

La dépendance du patient est évaluée à partir des **6 variables** suivantes :

- habillage,
- mobilité,
- alimentation,
- continence,
- comportement,
- communication.

Chaque variable de dépendance est cotée selon les **quatre niveaux** suivants :

- indépendance,
- supervision ou arrangement,
- assistance partielle,
- assistance totale.

¹⁶ Cette notion n'intègre pas dans ce chapitre la dépendance à l'alcool ou à toute autre substance qui doit être décrite dans le cadre des diagnostics à l'aide de codes de la CIM 10

Principes de cotation

1) Chaque "action" doit être cotée en fonction de ce que fait réellement le patient au cours de chaque semaine d'hospitalisation observée, et non en fonction de ce qu'il pourrait faire éventuellement dans d'autres situations matérielles et/ou psychologiques.

Par exemple, si un patient, bien qu'il en soit capable, refuse de s'habiller seul le bas du corps, et doit être totalement assisté pour cela, la cotation pour l'action « habillage du bas » est 4.

Il ne s'agit pas d'apprécier si l'état du patient est « normal, compte tenu de sa pathologie » par exemple, mais de décrire ce qui est fait .

La dépendance doit être appréciée par rapport à ce que le patient fait sans aide.

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

Si pour une action donnée, il y a hésitation entre deux niveaux de cotation, il convient de retenir la cotation qui marque la plus grande dépendance.

Périodicité du recueil : hebdomadaire.

6.3. Cotation du patient sur l'Echelle Globale de Fonctionnement (EGF)

Cette rubrique ne doit être renseignée que pour les patients pris en charge en unité d'hospitalisation à temps plein (y compris hospitalisation de semaine) ou en SMPR. Cet item n'a pas à être évalué pour les autres modalités de prise en charge à temps complet.

La cotation est effectuée à partir de l'échelle globale de fonctionnement (EGF) ¹⁷, qui permet d'évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Cette évaluation est à effectuer uniquement pour les patients de 4 ans et plus. Voir grille de cotation en annexe 6.

Règles de cotation ¹⁸

Il ne faut pas tenir compte d'une altération du fonctionnement due à des facteurs limitants d'ordre physique ou environnemental.

Il convient d'utiliser des codes intermédiaires lorsque cela est justifié.

Si au cours de la semaine d'observation, le patient présente différents états correspondant à différentes notes, il convient de retenir la note la plus basse correspondant à l'état le plus dégradé.

Périodicité du recueil : hebdomadaire.

¹⁷ L'évaluation globale du fonctionnement psychologique sur une échelle de 1 à 100 a été opérationnalisée par Luborsky dans l'Echelle d'Evaluation Santé-maladie (Luborsky L. "Clinician's Judgments of Mental Health", Archives of General Psychiatry 7 : 407-417, 1962). Spitzer et al ont développé une révision de l'Echelle d'Evaluation Santé-Maladie intitulée l'Echelle d'Evaluation Globale (Global Assessment Scale ou GAS) (Endocott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J : "The Global Assessment Scale : A Procedure for Measuring Overall severity of Psychiatric Disturbance", Archives of général psychiatry 33 : 766-771,1976). Une version modifiée de la GAS a été incluse dans le DSM-III-R sous le nom d'Echelle d'Evaluation Globale du Fonctionnement EGF (Global Assessment of Functioning - GAF-Scale).

¹⁸ Voir description de l'EGF en annexe

6.4. Isolement thérapeutique

Cette rubrique ne doit être renseignée que pour les patients pris en charge en unité d'hospitalisation à temps complet (y compris hospitalisation de semaine) ou en SMPR. Cet item n'a pas d'objet pour les autres modalités de prise en charge à temps complet.

Pour les adultes, ce qui doit être indiqué est le fait qu'un patient ait ou non été placé en chambre d'isolement durant la semaine considérée.

Pour un enfant ou un adolescent, on considère que la situation dont il faut rendre compte est celle où la prise en charge du jeune patient a nécessité son éviction temporaire du groupe avec une présence soignante individualisée. En effet, en psychiatrie infanto-juvénile, l'isolement d'un patient ne peut être prescrit qu'avec la présence permanente d'un soignant : il ne saurait donc être question de mise en chambre d'isolement.

- s'il y a eu une mise en chambre d'isolement (patients de 20 ans et plus):
(ou éviction temporaire du groupe avec présence soignante individualisée – patients de 19 ans et moins)

code 1

- s'il n'y a pas eu de mise en chambre d'isolement :

(ou éviction temporaire du groupe avec présence soignante individualisée)

code 2

- si code 1, indiquer le nombre de jours.

6.5. Accompagnement thérapeutique en milieu scolaire

L'accompagnement thérapeutique dans le milieu scolaire est défini de la façon suivante :

1) Première situation (les deux conditions simultanées sont nécessaires)

- existence d'un projet d'intégration ou d'une convention orale ou écrite avec l'organisme d'accueil pour l'intégration de l'enfant,
- présence minimum d'un membre de l'équipe soignante avec le personnel de l'éducation nationale (médecin E.N, psychologue scolaire, infirmière scolaire, enseignant) ou de l'organisme socio-éducatif sur le lieu scolaire ou socio-éducatif.

2) Deuxième situation

Scolarisation minimale de 10 heures par semaine sur le lieu de soin.

Cotation : Oui : 1 ; non : 2

Périodicité du recueil : hebdomadaire.

CHAPITRE III

PRESENTATION DU RECUEIL

POUR LES PRISES EN CHARGE A TEMPS PARTIEL

I- PRESENTATION GENERALE

Le Recueil d'Information Standardisé pour la prise en charge à temps partiel (RIS-HP) concerne les prises en charge à temps partiel, présentées page 17 du guide méthodologique et pour lesquelles la quatrième colonne du tableau indique RIS-HP.

Il s'agit, selon la définition de la SAE, de :

- l'hospitalisation de nuit,
- l'hospitalisation de jour,
- l'accueil de jour.

Cas particulier du CATTP: une activité effectuée en CATTP peut donner lieu à production d'un RIS-E et non à un RIS-HP : il s'agit des cas où le CATTP est utilisé comme un « lieu géographique de consultation » (c'est à dire de fait, pour une activité qui aurait dû se dérouler en CMP ou en unité de consultation, quel qu'en soit le lieu). Pour les activités réalisées dans cette structure, c'est au médecin qu'il revient de décider, en fonction du type de prise en charge réellement effectué pour un patient, quel type de recueil doit être réalisé.

Le RIS-HP comprend quatre rubriques :

- identification,
- présences,
- morbidité hebdomadaire,
- caractéristiques socio-démographiques.

Deux de ces rubriques ne doivent être remplies qu'une fois au cours du séjour (identification, caractéristiques socio-démographiques) ; les autres doivent faire l'objet d'un relevé ou d'une validation hebdomadaire afin que chaque semaine décrite puisse faire l'objet d'un classement dans un groupe homogène de journée.

Consignes générales de remplissage :

Si certaines rubriques sont sans objet pour un patient considéré, il convient de ne pas les remplir. C'est le seul cas où une rubrique est laissée vide.

Toute rubrique pour laquelle la réponse existe mais n'est pas connue est remplie par le code 0.

II- RUBRIQUE « IDENTIFICATION »

Cette rubrique comprend 12 éléments : numéro FINESS, numéro de secteur, intersecteur ou service, numéro d'unité médicale, nom de naissance, nom d'usage et prénom(s) du patient, date de naissance, sexe, année considérée, semaine considérée, numéro de séjour, numéro d'Identifiant Permanent du Patient.

2.1. Description du lieu de prise en charge

2.1.2. Numéro FINESS

Le numéro FINESS est le numéro de la structure d'hospitalisation. Dans le « fichier national des établissements sanitaires et sociaux », les structures de santé sont identifiées par deux numéros : l'un concerne l'entité juridique à laquelle ces structures sont rattachées, l'autre concerne l'établissement (lorsqu'il existe plusieurs sites distincts).

Il convient d'indiquer ici :

- le numéro de l'entité juridique pour les établissements de statut public sauf pour les structures de statut juridique public qui, sur dérogation de l'autorité de tutelle, sont autorisées à effectuer un recueil au niveau « établissement » (cf infra),
- le numéro de l'établissement pour les établissements de santé privés (y compris les établissements privés participant au service public hospitalier, financés par dotation globale) et pour les structures de statut juridique public qui, sur dérogation de l'autorité de tutelle, sont autorisées à réaliser un recueil au niveau établissement ou groupe hospitalier.

2.1.3. Secteur, intersecteur, service, fédération , département...

Cette information est à remplir uniquement par les établissements qui ont la responsabilité d'un ou plusieurs secteurs ou intersecteurs juridiquement identifiés, pour les unités médicales rattachées à un secteur de psychiatrie ou pour les établissements non sectorisés organisés en services de soins, en département ou en fédération. Il convient d'indiquer le numéro du secteur ou de l'intersecteur, tel qu'il figure dans la dénomination officielle de création du secteur ou intersecteur ou le numéro du service, de fédération ou de département, tel qu'il figure dans la nomenclature interne de l'établissement. Dans le cas où l'activité ne relève pas d'une unité médicale appartenant à un secteur, à un intersecteur ou à un service, un département ou une fédération, cette rubrique doit être laissée vide.

2.1.4. Numéro d'unité médicale

On désigne par « unité médicale » un ensemble individualisé de moyens assurant des soins aux malades, repéré par un code spécifique dans une nomenclature déterminée par l'établissement.

Le numéro d'unité médicale est toujours celui de l'unité dans laquelle se situe le lit de psychiatrie qui accueille le patient, y compris lorsque l'équipe médicale qui assure la prise en charge du patient est rattachée à une unité différente.

Dans les établissements publics et dans certains établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), le numéro d'unité médicale correspond à une « unité fonctionnelle » ou à un groupe d'unités fonctionnelles (appelé service, département, fédération...). Dans un souci de cohérence, il est souhaitable qu'une unité médicale ne regroupe que des « natures de séjour » au sens du PMSI, identiques. Dans le cas où une même unité médicale regrouperait des natures de séjour différentes, il conviendrait d'être très vigilant sur le fait qu'un changement de nature

de séjour (par exemple passage de l'hospitalisation de jour à l'hospitalisation de nuit ou passage de l'hospitalisation de jour à une prise en charge en appartement thérapeutique) entraîne un changement de RIS.

Dans les autres établissements privés, l'unité médicale peut, par exemple, être assimilée à la discipline médico-tarifaire, voire à l'établissement s'il n'y a pas d'identification d'unités d'analyse de l'activité plus petites.

2.2. Eléments d'identification du patient

2.2.1. Nom de naissance

Il convient d'indiquer ici le nom de naissance du patient (patronyme).

2.2.2. Nom d'usage

Le nom d'usage est celui que porte couramment le patient et qui peut, dans le cas d'un mariage en particulier, être différent du nom de naissance.

2.2.3. Prénoms

Il convient d'indiquer tous les prénoms du patient tels qu'ils figurent à l'état civil.

2.2.4. Date de naissance

Indiquer le jour, le mois et l'année sous la forme (JJMMAAAA). De façon pratique, si le jour n'est pas connu précisément, porter par défaut le 15^{ème} jour du mois. De même, si le mois n'est pas connu précisément, porter par défaut le mois de juillet (07).

Dans l'éventualité, probablement très rare où l'année de naissance ne serait pas connue précisément, arrondir à la dizaine présumée (par exemple 1950, 1960).

2.2.5. Sexe

Indiquer 1 pour masculin, 2 pour féminin.

2.2.6. Numéro d'Identifiant Permanent du Patient

Cette rubrique n'est pas obligatoire. Néanmoins pour les établissements qui recueillent déjà cette information, l'intérêt de la saisir sur le RIS est double :

- la correspondance au sein de l'établissement entre le RIS et le dossier du patient est facilitée,
- la procédure de chaînage sera simplifiée. En effet il ne sera pas nécessaire de fournir le fichier de correspondance entre le n° de séjour et le n° administratif du patient.

2.2.7. Cas particuliers

Droit au secret de l'admission ou à l'anonymat

Lorsque le droit au secret de l'admission ou à l'anonymat bénéficie à la personne soignée¹⁹, les informations d'identité recueillies sont limitées à l'année de naissance, au sexe, au numéro du

¹⁹ Cette disposition s'applique dans les circonstances suivantes :

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

patient et au « numéro de séjour psychiatrie » du patient. Dans ce cas, les jours et mois de naissance ainsi que le code postal de résidence du patient ne sont pas saisis.

Cas particulier de l'hospitalisation de deux personnes

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

- soit la prise en charge est une prise en charge double : dans ce cas le parent et l'enfant font chacun l'objet d'un recueil individualisé,
- soit il s'agit de la prise en charge de l'une des deux personnes et l'autre est hébergée en tant qu'accompagnant (mère hébergée alors que l'enfant est hospitalisé ou le contraire) : dans ce cas, seul le sujet hospitalisé fait l'objet d'un recueil.

2.3. Identification de la semaine et de l'année de prise en charge

2.3.1. Année

Indiquer l'année de la semaine d'hospitalisation considérée. Cette information est à recueillir sous la forme AAAA.

2.3.1. Semaine

Indiquer le numéro de semaine dans l'année pour laquelle le recueil d'information est complété. En début d'année, la première semaine de l'année considérée est celle qui comprend le 4 janvier. Cette information est à recueillir sous la forme AA.

2.4. Numéro de séjour

Ce « numéro de séjour » a pour objectif de permettre d'établir un lien entre chaque RIS et le dossier administratif du patient correspondant. Il revient à chaque établissement de définir les principes d'attribution de ce numéro de séjour qui peut être le même que le numéro de séjour attribué au patient par l'administration lors de son admission. Du point de vue du PMSI, les seules exigences sont que ce numéro permette de :

- relier chaque RIS au numéro administratif adéquat,
- respecter les conditions d'application du chaînage telles qu'elles sont prévues dans la circulaire DHOS-PMSI-2001 n° 106 du 22 février 2001 relative au chaînage des séjours en établissements de santé dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Le nombre de caractères est donc propre à chaque établissement mais ne doit pas excéder 9 caractères.

III- RUBRIQUE « CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES »

Cette rubrique comprend 11 items différents.

Règle générale : Les informations contenues dans cette rubrique ont un caractère généralement stable sur une année. En cas de changement de l'un ou l'autre des items, il convient de le noter dans le premier Recueil d'Information Standardisé qui suit le moment où l'équipe a pris connaissance de l'information.

3.1. Code postal du lieu de résidence

Pour les patients résidant à l'étranger, indiquer comme code postal un code pays en se rapportant à la table des codes à l'annexe 3 .

Codification : AAAAAA.

Si le code postal du lieu de résidence est inconnu, coder 00999 pour « code postal inconnu ». Cette information n'est pas à remplir (case vide) pour les patients en SMPR.

Rappel : dans le cas particulier de personnes bénéficiant du droit au secret de l'admission ou à l'anonymat, cette rubrique n'est pas à remplir.

3.2. S.D.F

Il s'agit ici d'indiquer si la personne est sans domicile fixe ou dépourvue de résidence stable au moment où débute le séjour. Coder 1 pour oui et 2 pour non, 0 si aucune information n'a pu être obtenue. Cette information n'est pas à remplir (case vide) pour les patients en SMPR.

Sont considérées comme dépourvues de résidence stable :

- les personnes qui, à la suite de circonstances exceptionnelles ou involontaires se trouvent dans un département sans qu'elles aient choisi d'en faire leur lieu de résidence ou aient l'intention d'y résider (*ex* : réfugiés, personnes déplacées à la suite d'expulsion...),
- les personnes dont le mode de vie ou l'activité professionnelle les conduit à circuler en France sans résidence ni domicile fixe et qui sont effectivement dépourvues d'un lieu d'habitation habituel et notoire dans un département ou un pays,
- les personnes pour lesquelles aucune résidence ni aucun domicile fixe ne peut être déterminé.

Sont également considérées comme sans domicile fixe, les personnes qui :

- ont perdu leur logement,
- vivent depuis plusieurs années à l'Hôpital (*hormis dans les unités de long séjour*) et ne disposent plus d'un logement de sortie.

En revanche, les patients dans les situations suivantes ne sont pas considérés comme sans domicile fixe :

- les patients habitant régulièrement à l'hôtel,
- les patients habitant dans un foyer et ayant la perspective d'y retourner à l'issue de leur hospitalisation (même s'il s'agit d'hébergements pour des périodes reconductibles à condition que ces périodes soient d'au moins trois mois),
- les patients de la communauté d'Emmaüs ou de l'Armée du Salut ou équivalent,
- les patients résidant en institution sociale (hospices, maisons de retraite, foyer-logement), médico-sociale ou en unité de long séjour.

La situation déterminante à prendre en compte, en particulier pour les patients hospitalisés depuis longtemps, est la perspective qui s'offre au patient à sa sortie d'hospitalisation.

3.3. Mode de vie

Les informations sur le mode de vie ont pour objet de qualifier la situation dans laquelle vit effectivement une personne et d'approcher son environnement.

Une seule réponse est possible.

- chez ses deux parents : code 1
un enfant dont les parents, séparés, ont la garde de façon alternée et qui passe un temps environ identique en durée chez l'un et l'autre de ses parents est considéré comme vivant chez ses deux parents.
- chez un seul parent : code 2
- seul : code 3
- seul avec enfant(s) : code 4
- en couple sans enfant : code 5
c'est bien la situation effective de vie qu'il convient de noter indépendamment du fait que le couple soit légalisé sous quelque forme que ce soit (mariage, PACS...)
- en couple avec enfant(s) : code 6
- dans de la famille ou chez des proches : code 7
le mot famille est entendu ici à l'exclusion des père et mère
- en famille d'accueil : code 8
hors accueil familial thérapeutique qui est une modalité de prise en charge à temps complet
- en institution : code 9
- sans information : code 0

3.4. Situation matrimoniale légale

Cette rubrique ne doit être remplie que pour des patients majeurs ou des mineurs émancipés. Il s'agit de rendre compte d'une situation légale : une personne mariée mais vivant séparée de son conjoint est donc enregistrée comme mariée ; une personne vivant maritalement est enregistrée comme célibataire.

Une seule réponse est possible :

- célibataire : code 1
- marié(e) : code 2
- PACS : code 3
- divorcé(e) ou en cours de divorce : code 4
en cours de divorce suppose qu'une démarche officielle est en cours.
- veuf(ve): code 5
- sans information : code 0

3.5. Situation scolaire ou professionnelle

Pour cette rubrique, une seule réponse est possible.

La réponse à fournir est celle qui décrit la situation du patient durant la semaine considérée. Il convient de ne pas confondre la situation professionnelle et le métier pour lequel le patient a une qualification. Toute personne qui a un emploi est considérée comme ayant une activité professionnelle même si elle est en congé de maladie, de maternité ou en congé de longue durée.

- scolarité ordinaire : code 01
situation d'un enfant ou adolescent en classe maternelle, primaire, secondaire d'enseignement général -lycée technique,

lycée professionnel, lycée agricole-, enseignement professionnel –CAP,BEP-

- scolarité en classe spécialisée : code 02
C.P. d'adaptation, CLIS...
- scolarité en établissement de soins : code 03
situation d'un enfant ou adolescent scolarisé dans un établissement médico-social ou sanitaire avec intervention d'un enseignant de l'éducation nationale ou assimilé.
- non scolarisé : code 04
situation d'un enfant non présent dans un établissement scolaire (non inscrit, absentéisme durable).
- études code 05
enseignement supérieur
- activité en milieu ordinaire : code 06
- activité en milieu protégé : code 07
- demandeur d'emploi ayant déjà travaillé : code 08
- demandeur d'un premier emploi : code 09
- sans activité : code 10
cette rubrique inclut les personnes sans activité professionnelle telles que les femmes au foyer ou les retraités. Les étudiants sont dans la rubrique « études ».
- sans information : code 00

3.6. Ressources principales

La question est celle du type de revenus dont bénéficie le patient. Cette rubrique concerne la situation du patient lui-même pour les patients majeurs et les mineurs émancipés. Pour les patients mineurs, il convient de renseigner sur la situation du foyer.

Plusieurs réponses peuvent être relevées (items oui =1 / non = 2 à chaque fois) :

- ressources propres : il s'agit ici de ressources du patient lui-même ou qui sont attachées à l'activité de son conjoint,
- ressources sociales : si cet item est noté «oui », il conviendra de préciser, la nature de ces ressources sociales (voir 3.7 ci-après),
- ressources familiales : item positif dans le cas de personnes qui ne disposent pas de ressources propres ou sociales mais qui sont financièrement soutenues par des ressources issues de leur famille,
- sans ressources,
- sans information.

3.7. Nature des ressources sociales

Cette rubrique n'est à remplir que si l'item «ressources sociales » est positif. Plusieurs réponses sont possibles. Pour un mineur, les ressources à considérer sont celles du foyer (attention : une allocation rattachée à un mineur ne doit être cochée que si elle est attachée au patient pour lequel le RIS-HP est produit). Plusieurs réponses peuvent être relevées (items oui =1 / non = 2 à chaque fois):

- allocation d'Etudes Spécialisées (AES) simple
- AES et 1^{er} complément
- AES et 2nd complément
- AES et 3^{ème} complément
- allocation pour Adulte Handicapé (AAH)
- Revenu Minimum d'Insertion (RMI)
- pension d'invalidité
- autres

3.8. Responsabilité légale

Pour cette rubrique, une seule réponse peut être cochée :

- mineur : code 1
- mineur émancipé : code 2
- mineur protégé : code 3
- capable majeur : code 4
- majeur protégé : code 5

3.9. Nature de la protection

Les codes 1, 2, 3 et 4 qualifient des situations de mineurs.
Les codes 5, 6 et 7 qualifient des situations de majeurs

- mesure administrative ambulatoire : code 1
- mesure judiciaire ambulatoire : code 2
- mesure administrative avec placement : code 3
- mesure judiciaire avec placement : code 4
- sauvegarde : code 5
- curatelle : code 6
- tutelle : code 7

3.10. Autorité parentale

Cette rubrique ne concerne que les mineurs non émancipés. Une seule réponse est possible.

- les deux parents : code 1
- mère : code 2
- père : code 3
- autorité déléguée : code 4
- pupille de l'Etat : code 5

3.11. Année approximative du premier contact avec un psychiatre ou une équipe de psychiatrie

Cette rubrique est à remplir un fois au cours d'un séjour et ne change pas en cas de nouveau séjour du patient. Elle alimentera le travail sur l'analyse des trajectoires de patients.

IV- RUBRIQUE « PRESENCES »

Cette rubrique regroupe trois types d'informations :

- le nombre de jours, de demi-journées ou de nuit de présence du patient dans l'unité considérée au cours de la semaine, information indispensable pour affecter un nombre de jours effectif au groupe homogène de journées dans lequel sera classée la semaine,
- la nature du séjour du patient,
- les dates de début et de fin de prise en charge.

4.1. Jours de présence du patient

Chaque jour de la semaine considérée où le patient a été pris en charge doit être relevé, dans l'item qui convient au mode de prise en charge : journée (plus de quatre heures), demi-journée (moins de quatre heures) ou nuit.

Pour une même journée, une demi-journée et une journée ne peuvent être simultanément relevées pour un patient.

Il peut par contre être relevé ponctuellement, pour une même journée et un même patient, une demi-journée et une nuit ou une journée et une nuit. Dans ce cas, deux RIS-HP devront être renseignés pour un même patient et une même journée.

Périodicité du recueil : hebdomadaire.

4.2. Nature du séjour

- | | |
|-----------------------------|---------|
| - hospitalisation de nuit : | code 4 |
| - hospitalisation de jour : | code 5a |
| - accueil de jour : | code 5b |

Périodicité du recueil : hebdomadaire au sein d'une même unité médicale.

4.3. Date de début de prise en charge

Indiquer le jour, le mois et l'année sous la forme : JJMMAAAA.

Périodicité de recueil : cet item est à recueillir une fois par séquence de prise en charge.

4.4. Date de fin de prise en charge

Indiquer le jour, le mois et l'année sous la forme : JJMMAAAA.

Il s'agit de la date de fin de prise en charge du patient dans la modalité de prise en charge à temps partiel considérée.

Périodicité de recueil : cet item est à recueillir une fois par séquence de prise en charge.

V- RUBRIQUE « MORBIDITE HEBDOMADAIRE »

Cette rubrique regroupe la plupart des variables «classantes » au titre du PMSI et comprend 4 types d'information, qui concernent respectivement :

- les éléments de diagnostic, situation clinique et d'environnement,
- la dépendance du patient,
- la situation du patient sur l'échelle globale de fonctionnement,
- une évaluation de l'existence ou non d'un projet thérapeutique dans le milieu scolaire.

5.1. Eléments de diagnostic, situation clinique et environnement

Cette rubrique doit être renseignée pour tous les types de prise en charge à temps complet. Pour les patients de 19 ans et plus la totalité des informations sont à coder à partir de la Classification Internationale des Maladies dans sa dixième révision (CIM-10). Pour les patients de moins de 19 ans, différentes classifications sont utilisées selon le type d'informations demandées (classification spécifique, CFTMEA, CIM-10).

Les éléments de morbidité sont regroupés sous 5 items.

5.1.1. Le diagnostic principal (patients de plus de 19 ans) / la situation clinique prévalente (patient de 19 ans et moins)

Le diagnostic principal

Le diagnostic principal est, au sens du PMSI, celui de l'affection qui a mobilisé le plus de ressources pour la prise en charge du patient. Il peut s'agir d'un trouble mental ou du comportement, le cas échéant de symptômes et autres motifs de recours aux soins significatifs de l'essentiel de l'effort de soins ou de consommation de ressources durant la semaine écoulée. Il ne doit pas être confondu avec le diagnostic longitudinal (voir infra).

Il doit être codé de façon rétrospective au terme de chaque semaine considérée.

La situation clinique prévalente

La situation clinique prévalente est, au sens PMSI, la situation clinique qui a mobilisé le plus de ressources pour la prise en charge du patient, dans la semaine considérée. Elle doit être codée de façon rétrospective au terme de chaque semaine considérée.

Codage

Le diagnostic principal est renseigné exclusivement :

- par un code F du chapitre V de la CIM-10,

ou

- par un code R du chapitre XVIII de la CIM-10 : seuls les codes R 40 à R 69 sont utilisables pour décrire un diagnostic principal, notamment lorsque les états morbides sont mal définis, au point qu'aucun diagnostic qui puisse être classé ailleurs n'a été formulé (les autres codes R sont sans objet en psychiatrie),

ou

- par un code Z du chapitre XXI de la CIM-10 : seuls les codes "Z00-examen général et investigations de sujets ne se plaignant de rien ou pour lesquels aucun diagnostic n'est rapporté", "Z02-examen médical et prise de contact à des fins administratives" et "Z03-Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies" sont utilisables pour décrire un diagnostic principal.

Les codes R et Z ne peuvent pas être utilisés au delà de 2 RIS-H d'un séjour donné.

La situation clinique prévalente est renseignée à partir de la classification des situations cliniques (annexe 5).

Périodicité : hebdomadaire.

5.1.2. Le diagnostic associé (patients de plus de 19 ans) / situation clinique prévalente associée (patients de 19 ans et moins)

Diagnostic associé

Il s'agit -le cas échéant- du trouble mental ou du comportement associé au trouble principal et qui est à l'origine d'un effort de soins particulier au cours de la semaine.

Il doit être codé de façon rétrospective au terme de chaque semaine considérée.

Situation clinique prévalente associée

Il s'agit -le cas échéant- de la situation clinique associée à la situation clinique prévalente qui est à l'origine d'un effort de soins particulier au cours de la semaine.
Elle doit être codée de façon rétrospective au terme de chaque semaine considérée.

Codage

Le diagnostic associé est renseigné exclusivement par un code F du chapitre V de la CIM-10.

Tous les codes F peuvent être utilisés.

Si un code Z ou un code R a été utilisé en diagnostic principal, il ne peut y avoir de code diagnostic associé.

La situation clinique associée est renseignée à partir de la classification des situations cliniques (annexe 5).

Périodicité du recueil : hebdomadaire.

5.1.3. Pathologie somatique

Pour les prises en charge à temps partiel, cette information n'est pas une variable classante du PMSI. Il convient d'indiquer une pathologie somatique uniquement si celle-ci a des retentissements sur la pathologie psychiatrique du patient.

Codage

Code CIM-10 ; cette rubrique est renseignée par un code des chapitres I à IV et VI à XVII et XIX de la CIM-10. Il s'agit de coder la manifestation de la maladie. Cependant, dans le cas où la manifestation serait déjà codée en diagnostic principal ou en diagnostic associé, c'est bien le code étiologique qu'il convient de coder en pathologie somatique.

Exemple : démence due à l'infection VIH.

Code étiologique : B22.0 : encéphalopathie due au VIH.

Manifestation : code F02.4 : démence de la maladie due au VIH.

Dans ce cas, le code de manifestation peut avoir été utilisé pour le diagnostic principal, le diagnostic associé ou le diagnostic longitudinal. Si tel est le cas, c'est alors le code de l'étiologie qu'il conviendra de porter pour coder la pathologie somatique.

Périodicité : hebdomadaire ; cette variable doit être codée de façon rétrospective au terme de chaque semaine considérée.

5.1.4. Diagnostic psychiatrique longitudinal

Ce diagnostic est celui de l'affection qui présente, le cas échéant, un caractère longitudinal, c'est à dire un trouble psychiatrique que connaît le patient de façon dite "life time". Ce diagnostic peut ne pas avoir de rapport avec la semaine d'hospitalisation considérée ou n'être pas celui de l'affection qui a nécessité l'essentiel de l'effort soignant. Mais il peut aussi se faire, à l'inverse, qu'il soit le même que le diagnostic psychiatrique principal ou le diagnostic psychiatrique associé. Dans ce cas il convient de l'indiquer dans chacune des rubriques considérées.

Cette information n'est pas une variable classante mais est l'une de celle qui alimentera notamment la réflexion sur l'analyse de trajectoires de patients pour le PMSI.

Codage

Patients de plus de 19 ans : Il convient d'utiliser exclusivement un code F du chapitre V de la CIM-10.

Patients de 19 ans et moins : code de la CFTMEA ou code CIM-10.

Périodicité : c'est une information à rapporter à chaque recueil hebdomadaire semaine mais qui présente, par définition, un caractère stable.

5.1.5. Facteurs d'environnement

Il s'agit ici d'indiquer les éventuels facteurs susceptibles de menacer la santé des sujets tels que certaines conditions socio-économiques et psycho-sociales et les éventuels antécédents personnels et familiaux de certaines affections. Il est possible de coder 2 facteurs d'environnement.

Cette information n'est pas une variable classante mais est l'une de celles qui alimenteront notamment la réflexion sur l'analyse de trajectoires de patients pour le PMSI.

Codage

Cette rubrique est exclusivement renseignée par un code du chapitre Z du chapitre XXI de la CIM-10. Seuls les codes "Z55 à Z65" et les codes "Z80 à Z99" sont utilisables pour décrire un facteur environnemental ; les autres codes Z de ces rubriques sont sans objet en psychiatrie.

Périodicité : une fois par semaine; au cours d'une séquence de prise en charge, ces facteurs d'environnement peuvent en effet changer ou apparaître puis disparaître.

5.1.6. Cause externe de morbidité et de mortalité

Cette variable permet de décrire une cause externe responsable de lésions traumatiques, d'intoxication, et d'autres effets indésirables. C'est notamment une information utilisée dans le cas des lésions auto-infligées. Il convient de noter cette information tant que celle-ci a une influence sur la prise en charge du patient. Elle peut donc être répétée plusieurs semaines, même si la cause externe est un événement ponctuel (agression par exemple).

Cette information n'est pas une variable classante mais est l'une de celles qui alimenteront notamment la réflexion sur l'analyse de trajectoires de patients pour le PMSI.

Codage

La cause externe de morbidité et de mortalité est renseignée exclusivement par un code V,W,X ou Y du chapitre XX de la CIM-10.

Périodicité : hebdomadaire ; au cours d'une séquence de prise en charge, ces facteurs d'environnement peuvent en effet changer ou apparaître puis disparaître.

5.1.7 Règles de codage de la CIM-10 pour le PMSI-psychiatrie

Les codes "têtes de catégorie" à 3 caractères ne doivent pas être utilisés dans le recueil, s'ils comportent une subdivision. Seuls doivent être utilisés les codes à 4 caractères ou plus, dès lors que ceux-ci figurent comme tels dans la CIM 10 pour une catégorie.

Cependant les codes à 3 caractères sans extension - comme F28 "autres troubles psychotiques non organiques " - sont acceptés.

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

Dans ces règles, le point utilisé dans le codage de la CIM n'est pas considéré comme un caractère.

5.2. Dépendance du patient²⁰

Cette rubrique ne doit être renseignée que pour les patients pris en charge en hospitalisation de jour ou en accueil de jour. Cet item n'a pas à être évalué, dans le cadre du recueil PMSI-psychiatrie, pour l'hospitalisation de nuit. La grille de cotation s'inspire très largement de la grille de dépendance Activity Daily Living (ADL). Elle a été légèrement adaptée dans le cadre des travaux d'élaboration du PMSI en psychiatrie. Il n'existe donc pas de table de transcodage avec d'autres systèmes d'évaluation de la dépendance qui soit validé par le Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé (PERNNS). Voir présentation détaillée de la grille en annexe 5.

La dépendance du patient est évaluée à partir des **6 variables** suivantes :

- habillage,
- motricité,
- alimentation,
- continence,
- comportement,
- communication.

Chaque variable de dépendance est cotée selon les **quatre niveaux** suivants :

- indépendance,
- supervision ou arrangement,
- assistance partielle,
- assistance totale.

Principes de cotation

Chaque "action" doit être cotée en fonction de ce que fait réellement le patient au cours de chaque semaine d'hospitalisation observée et non en fonction de ce qu'il pourrait faire éventuellement dans d'autres situations matérielles et/ou psychologiques.

Par exemple, si un patient, bien qu'il en soit capable, refuse de s'habiller seul le bas du corps, et qu'il doit être totalement assisté pour cela, la cotation pour l'action « habillage » du bas est 4.

Il ne s'agit pas d'apprécier si l'état du patient est « normal compte tenu de sa pathologie », par exemple, mais de décrire ce qui est fait.

La dépendance doit être appréciée par rapport à ce que le patient fait sans aide.

Dans certaines situations, (parent rendant visite au patient hospitalisé, enfant hospitalisé avec sa mère, intervention d'un bénévole...), des personnes autres que les membres du personnel soignant sont amenées à superviser ou à assister le patient dans certaines actions. Dans ces cas, la dépendance doit être évaluée strictement en fonction de ce que réalise le patient lui-même, indépendamment des aides reçues.

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

²⁰ Cette notion n'intègre pas dans ce chapitre la dépendance à l'alcool ou à toute autre substance qui doit être décrite dans le cadre des diagnostics à l'aide de codes de la CIM 10

Périodicité du recueil : hebdomadaire.

5.3. Cotation du patient sur l'Echelle Globale de Fonctionnement (EGF)

Cette rubrique ne doit être renseignée que pour les patients pris en charge en unité d'hospitalisation de jour et en accueil de jour. Cet item n'a pas à être évalué pour les hospitalisations de nuit.

La cotation est effectuée à partir de l'échelle globale de fonctionnement (L'EGF)²¹, qui permet d'évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Cette évaluation est à effectuer uniquement pour les patients de 4 ans et plus. Voir grille en annexe 6.

Règles de cotation²²

Il ne faut pas tenir compte, d'une altération du fonctionnement due à des facteurs limitant d'ordre physique ou environnemental.

Il convient d'utiliser des codes intermédiaires lorsque cela est justifié.

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

Périodicité du recueil : hebdomadaire.

5.4. Accompagnement thérapeutique dans le milieu scolaire

L'accompagnement thérapeutique dans le milieu scolaire est défini de la façon suivante :

1) Première situation (les deux conditions simultanées sont nécessaires)

- existence d'un projet d'intégration ou d'une convention orale ou écrite avec l'organisme d'accueil pour l'intégration de l'enfant,
- présence minimum d'un membre de l'équipe soignante avec le personnel de l'éducation nationale (médecin E.N, psychologue scolaire, infirmière scolaire, enseignant) ou de l'organisme socio-éducatif sur le lieu scolaire ou socio-éducatif.

2) Deuxième situation

Scolarisation minimale de 10 heures par semaine sur le lieu de soin.

Périodicité du recueil : hebdomadaire.

²¹ L'évaluation globale du fonctionnement psychologique sur une échelle de 1 à 100 a été opérationnalisée par Luborsky dans l'Echelle d'Evaluation Danté-maladie (Luborsky L. "Clinician's Judgments of Mental Health", Archives of General Psychiatry 7 : 407-417, 1962). Spitzer et al ont développé une révision de l'Echelle d'Evaluation Santé-Maladie intitulée l'Echelle d'Evaluation Globale (Global Assessment Scale ou GAS) (Endocott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J : "The Global Assessment Scale : A Procedure for Measuring Overall severity of Psychiatric Disturbance", Archives of général psychiatry 33 : 766-771,1976). Une version modifiée de la GAS a été incluse dans le DSM-III-R sous le nom d'Echelle d'Evaluation Globale du Fonctionnement EGF (Global Assessment of Functioning - GAF-Scale).

²² Voir description de l'EGF en annexe

CHAPITRE IV

PRESENTATION DU RECUEIL

POUR LES ACTIVITES EXTERNES

I- PRESENTATION GENERALE

Le Résumé d'Information Standardisé Externe (RIS-E) concerne les actes externes effectués pour un patient.

Les activités relevées sont les activités **hors période de prise en charge à temps plein ou à temps partiel**, d'une durée supérieure à 10 minutes, et qui peuvent être décrites selon la grille EDGAR (Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunions).

Trois types d'activités (au sens des définitions de la SAE) sont concernés par ce recueil :

- les consultations et soins externes (code SAE 07),
- les prestations sur le lieu de vie (code SAE 16),
- les traitements et cures ambulatoire (code SAE 19) ; en psychiatrie, ce champ recouvre essentiellement les activités effectuées en CMP.

II- REGLES GENERALES DE SAISIE DE L' INFORMATION

2.1. Aucun acte externe ne peut être relevé pour un patient pris en charge à temps complet ou à temps partiel.

Il est important de souligner qu'aucun enregistrement d'acte externe ne doit être effectué pour un patient durant une période de prise en charge à temps complet ou à temps partiel, c'est à dire que pour une même journée et un même patient, un enregistrement d'un recueil d'information standardisé d'acte externe est exclusif de tout autre recueil (RIS-HC ou RIS-HP).

Ainsi, en cas de permission aucun acte ponctuel ne doit être enregistré durant la période de permission. Par contre, en cas de sortie d'essai d'un patient hospitalisé sous contrainte, les actes ponctuels dispensés en ambulatoire auprès du patient durant sa sortie d'essai doivent faire l'objet d'un RIS-E.

Pour les prises en charge à temps complet

Dans le cas où un acte externe aurait fait l'objet d'un RIS-E alors que, ce même jour, le patient a bénéficié d'une prise en charge à temps complet, seul le RIS-HC sera pris en compte au titre de cette journée.

Pour les prises en charge à temps partiel

a) hospitalisation de jour (+ de 4 heures) ou accueil de jour de plus de quatre heures : la règle est la même que pour la prise en charge à temps complet,

b) hospitalisation de jour de moins de quatre heures ou accueil de jour de moins de quatre heures et hospitalisation de nuit : cette modalité de prise en charge est également exclusive de la production d'un RIS-E sauf dans le cas où l'acte ponctuel est réalisé par une autre unité médicale que celle qui réalise la prise en charge à temps partiel et qu'il est bien distinct de la prise en charge à temps partiel.

2.2. Identification du patient auquel bénéficie l'acte

Cas d'entretiens avec une famille

Dans le cas d'entretiens avec une famille ou avec un parent ou un proche, dans le cas de psychothérapies familiales ou d'entretiens de couple, le thérapeute devra désigner un des membres comme étant le patient. L'acte sera alors noté sur le RIS-E du patient ainsi désigné.

Dans le cas particulier de thérapies familiales ou de thérapies de couples ou dans tous les cas où plusieurs patients doivent être identifiés au cours d'un acte, l'acte sera considéré comme une prise en charge de groupe (voir infra).

Présence du patient

On distingue deux types d'actes, selon qu'il s'agit d'actes effectués en présence d'un patient ou d'un groupe de patients, ou bien d'actes effectués en l'absence du patient :

- **les actes effectués en présence du patient** ou d'un groupe de patients et, par dérogation, les actes effectués en l'absence du patient mais en présence d'un membre de la famille, sont soit des **entretiens**, soit des **accompagnements**, soit des prises en charge de **groupes**.

Bien entendu, le recueil d'actes (en pratique le relevé **d'entretiens**) hors présence du patient, mais en présence de sa famille doit être rapporté au nom du patient identifié par le thérapeute.

- **les actes effectués en l'absence du patient** mais qui participent à l'élaboration du travail clinique ou thérapeutique dirigé vers le patient sont soit des **démarches**, soit des **réunions**.

2.3. Outil de description de l'activité externe : la grille EDGAR

Les actes à relever dans la cadre d'un Recueil d'Information Hebdomadaire Standardisé se déclinent en 5 types d'activité :

E **Entretien,**

E : Entretien **sans** soins physiques,

Es : Entretien **avec** soins physiques,

D **Démarche,**

D : Démarche **sans** déplacement,

Dp Démarche **avec** déplacement,

G **Groupe,**

A **Accompagnement,**

R **Réunion,**

2.3.1. Entretien

Définition

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

Dans le cas d'entretiens avec une famille, ou un proche, le thérapeute devra désigner un des membres comme étant le patient. Cette règle induit que, par convention, un acte effectué en présence de plusieurs patients désignés (psychothérapies familiale ou de couple par exemple) relève de la catégorie « groupe ».

Par dérogation, l'entretien avec la famille ou des proches, en l'absence du patient sera toutefois enregistré dans cette catégorie.

Sont regroupés sous le terme d'entretien (code E) par exemple :

- la consultation, l'entretien et l'examen physique,
- la psychothérapie individuelle,
- les rééducations (psychomotrice, orthophonique),
- les bilans et les tests.

Les Entretiens avec soin physique (code Es)

Il s'agit d'entretiens suivis de soins techniques souvent effectués par des infirmiers : (administration d'un traitement, injection, prélèvements, soins locaux ...).

Pour les injections et les prélèvements, et uniquement pour ces actes, le temps de préparation des soins sera comptabilisé dans le temps de réalisation de l'acte.

2.3.2. Démarche

Définition

Le terme de « démarche » désigne une action effectuée à la place du patient qui n'est pas en état de la mener à bien lui-même, en vue de l'obtention d'un service ou d'un droit. Elle s'exerce donc en l'absence du patient, auprès d'un tiers.

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

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

La démarche est effectuée par un ou plusieurs soignants à la place du patient.

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

Dans le cas de démarches qui occasionnent un déplacement, le temps total de la démarche doit être enregistré, à l'exclusion du temps de déplacement.

Les démarches comprennent également le temps consacré aux communications téléphoniques, que les appels téléphoniques soient reçus ou donnés, à condition qu'ils soient de plus de 10 minutes, hors délai d'attente (les appels téléphoniques peuvent uniquement être pris en compte dans le cadre des démarches).

Sous-types

On distinguera, dans la cotation, les démarches sans déplacement (code D) et les démarches avec déplacement (code Dp).

2.3.3. Groupe

Définition

Est défini comme « acte de groupe », tout acte thérapeutique réunissant plusieurs patients, réalisé par un ou plusieurs soignants, avec unité de temps et de lieu, et avec ou sans utilisation d'une médiation. Cette règle induit que les psychothérapies familiales ou les psychothérapies de couple sont, par convention, regroupées dans la catégorie « groupe ». C'est un acte prévu dans le projet de soin personnalisé du patient, ce qui exclut les animations ou les activités occupationnelles.

Exemples de groupes :

- ergothérapie ou art-thérapie,
- sociothérapie,
- psychothérapie de groupe dont psychodrame,
- psychothérapies familiales.

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

2.3.4. Accompagnement

Définition

L'action « accompagnement » peut être définie sous le terme global de « soutien de proximité » : il s'agit d'être avec le patient, de le soutenir dans son environnement personnel, pour l'aider à accomplir les actes de la vie ordinaire. L'accompagnement marque la dépendance du patient. L'accompagnement est différent de la démarche qui est effectuée à la place du patient.

Le relevé de l'accompagnement se réfère à un patient présent, au lieu de départ de l'acte et non à son lieu de destination. L'accompagnement peut occasionner un déplacement. La durée du déplacement sera enregistrée à condition que ce déplacement soit effectué en présence du patient. Dans ce cas, toute la durée de l'accompagnement doit être enregistrée. Ainsi, un intervenant qui accompagne un patient et doit l'attendre pendant sa consultation avec un médecin, pour le ramener ensuite, comptabilisera le temps d'attente dans le temps total d'accompagnement.

Exemples d'accompagnements :

Les soins éducatifs, qui visent à l'acquisition, l'intégration de gestes, de connaissances ou de références permettant à la personne de maintenir, de modifier ou d'acquérir des habitudes ou comportements réfléchis et élaborés par elle-même, adaptés à son milieu et à son environnement familial, scolaire, social ou professionnel (aide à la gestion du traitement, éducation pour les soins d'hygiène corporelle, l'entretien du linge ; éducation nutritionnelle ; aide pour la réalisation des achats, la préparation des repas, aide à l'utilisation des moyens de transport, aide au déroulement des activités scolaires et de formation...).

Les soins de réadaptation et de réinsertion sociale, qui ont pour objectifs d'aider le malade à reprendre contact avec son entourage et à communiquer avec lui, de l'aider à conserver, trouver ou retrouver sa place dans le tissu familial, social, scolaire ou professionnel. Ils peuvent revêtir différentes formes : recherche d'un appartement avec le patient, accompagnement dans la cité (foyers, clubs, centres socioculturels, ...), accompagnements pour des démarches (tutelle, trésorerie).

Les soins relationnels à travers une activité-support.

2.3.5. Réunion clinique pour un patient

Définition

Les « réunions cliniques pour un patient » sont des réunions **exceptionnelles**, regroupant plusieurs professionnels autour du cas d'un patient particulier, à l'occasion d'un problème qui induit une réflexion spécifique sur le projet de soin du patient. Une réunion de ce type réunit des soignants en l'absence du patient, autour d'un travail d'échanges et d'élaboration de son projet de soins. Elle peut inclure un ou plusieurs tiers extérieurs à l'institution, **qui ne seront pas alors enregistrés dans le nombre des intervenants**.

Il est important de souligner que ces réunions diffèrent des réunions de synthèse où les cas de différents patients sont étudiés.

2.4. Activités exclues du Recueil d'Information Standardisé de l'Activité Externe

Comme le montre la grille EDGAR, et conformément aux objectifs du PMSI en psychiatrie, le relevé de l'activité externe décrit les actes effectués au bénéfice direct d'un patient. **Il ne s'agit pas de viser l'exhaustivité du recueil du travail des services, il ne s'agit pas non plus d'une évaluation de la charge de travail des soignants et des médecins**. D'autres outils existent dans ce but (Projet de Recherche en Nursing, Soins Infirmiers, Individualisés à la Personne Soignée...).

Ceci implique que :

Règle 1 : les transmissions de consignes entre membres d'une équipe ne doivent pas être relevées. Elles font partie du fonctionnement de toute équipe soignante et ne doivent pas être considérées comme des temps de réunion clinique dédiés au patient. Dans cette logique, les réunions d'élaboration de projets de soins ou de définition de démarches de soins ne sont pas non plus enregistrées.

Règle 2 : seuls les actes ponctuels effectivement accomplis dans les conditions d'organisation standard doivent être relevés (ainsi ne doit-on pas relever les actes effectués "dans le couloir").

Règle 3 : les communications téléphoniques ne doivent pas faire l'objet d'un relevé d'actes, quelles que soient la durée et la valeur thérapeutique de cette communication. La seule dérogation à cette règle concerne les démarches (voir supra).

Règle 4 : Le temps de déplacement ne constitue pas un acte relevable (il n'est pas fonction du soin mais des conditions géographiques locales). En revanche, le temps passé en compagnie d'un patient conduit d'un lieu à un autre lors d'un *accompagnement*, ou le temps passé avec plusieurs patients lors d'un *groupe*, sont des temps thérapeutiques et sont à comptabiliser dans la durée de ces actes d'accompagnement ou de groupe (cf. accompagnement et groupes).

Règle 5 : Activité réalisée / activité prévue

Seule doit être comptabilisée l'activité réalisée et non l'activité prévue : ainsi par exemple, un temps d'attente d'un patient en retard à son rendez-vous dans le cas d'un *entretien* ne doit pas être pris en compte, ni les délais au téléphone avant de réussir à joindre un correspondant dans le cas des *démarches*. De même une visite à domicile qui n'aboutirait pas dans le cas où le patient est absent de son domicile n'est pas à relever.

III- LES DIFFERENTES RUBRIQUES DU RECUEIL D'INFORMATION STANDARDISE DE L'ACTIVITE EXTERNE (RIS-E)

Le Recueil d'Information Standardisé de l'Activité Externe (RIS-E) comprend 4 rubriques :

- identification,
- caractéristiques socio-démographiques,
- morbidité,
- relevé des actes.

En pratique, pour un patient donné, les trois premières rubriques doivent être remplies une fois l'an ou en cas de changement. Seule la rubrique « relevé des actes » donne lieu à un recueil à chaque fois qu'un acte justifie qu'un RIS-E soit rempli.

3.1. Rubrique « identification »

Cette rubrique comprend 10 éléments : numéro FINESS, numéro de secteur, intersecteur ou service, numéro d'unité médicale, nom de naissance, nom d'usage et prénom (s) du patient, date de naissance, sexe, année considérée, numéro d'Identifiant Permanent du Patient.

3.1.1. Description du lieu de prise en charge

3.1.1.1. Numéro FINESS

Le numéro FINESS est le numéro de la structure d'hospitalisation. Dans le « fichier national des établissements sanitaires et sociaux », les structures de santé sont identifiées par deux numéros : l'un concerne l'entité juridique à laquelle ces structures sont rattachées, l'autre concerne l'établissement (lorsqu'il existe plusieurs sites distincts).

Il convient d'indiquer ici :

- le numéro de l'entité juridique pour les établissements de statut public sauf pour les structures de statut juridique public qui, sur dérogation de l'autorité de tutelle, sont autorisées à effectuer un recueil au niveau « établissement » (cf infra),
- le numéro de l'établissement pour les établissements de santé privés (y compris les établissements privés participant au service public hospitalier, financés par dotation globale) et pour les structures de statut juridique public qui, sur dérogation de l'autorité de tutelle, sont autorisées à réaliser un recueil au niveau établissement ou groupe hospitalier.

3.1.1.2. Secteur, intersecteur, service, fédération , département...

Cette information est à remplir uniquement par les établissements qui ont la responsabilité d'un ou plusieurs secteurs ou intersecteurs juridiquement identifiés, pour les unités médicales rattachées à un secteur de psychiatrie ou pour les établissements non sectorisés organisés en services de soins, en département ou en fédération. Il convient d'indiquer le numéro du secteur ou de l'intersecteur, tel qu'il figure dans la dénomination officielle de création du secteur ou intersecteur ou le numéro du service, de fédération ou de département, tel qu'il figure dans la nomenclature interne de l'établissement. Dans le cas où l'activité ne relève pas d'une unité médicale appartenant à un secteur, à un intersecteur ou à un service, un département ou une fédération, cette rubrique doit être laissée vide.

3.1.1.3. Numéro d'unité médicale

On désigne par « unité médicale » un ensemble individualisé de moyens assurant des soins aux malades, repéré par un code spécifique dans une nomenclature déterminée par l'établissement. Le numéro d'unité médicale est toujours celui de l'unité dans laquelle le patient est pris en charge.

Dans les établissements publics et dans certains établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), le numéro d'unité médicale correspond à une « unité fonctionnelle » ou à un groupe d'unités fonctionnelles (appelé service, département, fédération...).

Dans les autres établissements privés, l'unité médicale peut, par exemple, être assimilée à la discipline médico-tarifaire, voire à l'établissement s'il n'y a pas d'identification d'unités d'analyse de l'activité plus petites.

3.1.2. Eléments d'identification du patient

3.1.2.1. Nom de naissance

Il convient d'indiquer ici le nom de naissance du patient (patronyme).

3.1.2.2. Nom d'usage

Le nom d'usage est celui que porte couramment le patient et qui peut, dans le cas d'un mariage en particulier, être différent du nom de naissance.

3.1.2.3. Prénoms

Il convient d'indiquer tous les prénoms du patient tels qu'ils figurent sur ses papiers d'identité.

3.1.2.4. Date de naissance

Indiquer le jour, le mois et l'année sous la forme (JJMMAAAA). De façon pratique, si le jour n'est pas connu précisément, porter par défaut le 15^{ème} jour du mois. De même, si le mois n'est pas connu précisément, porter par défaut le mois de juillet (07).

Dans l'éventualité, probablement très rare où l'année de naissance ne serait pas connue précisément, arrondir à la dizaine présumée (par exemple 1950, 1960).

3.1.2.5. Sexe

Indiquer 1 pour masculin, 2 pour féminin.

3.1.2.6. Numéro d'Identifiant Permanent du Patient

Cette rubrique n'est pas obligatoire. Néanmoins pour les établissements qui recueillent déjà cette information, l'intérêt de la saisir sur le RIS est double :

- la correspondance au sein de l'établissement entre le RIS et le dossier du patient est facilitée,
- la procédure de chaînage sera simplifiée.

Cas particuliers

1-Droit au secret de l'admission ou à l'anonymat

Lorsque le droit au secret de l'admission ou à l'anonymat bénéficie à la personne soignée²³, les informations d'identité recueillies sont limitées à l'année de naissance et au sexe du patient. Dans ce cas, les jours et mois de naissance ainsi que le code postal de résidence du patient ne sont pas saisis.

3.2. Rubrique « caractéristiques socio-démographiques »

Cette rubrique comprend 11 items différents.

Règle générale : Les informations contenues dans cette rubrique ont un caractère généralement stable sur une année. Il convient de noter tout changement à l'occasion de l'acte où le changement est connu.

3.2.1. Code postal du lieu de résidence

Pour les patients résidant à l'étranger, indiquer comme code postal un code pays en se rapportant à la table des codes à l'annexe 3.

Codification : AAAAA.

Si le code postal du lieu de résidence est inconnu, coder 00999 pour « code postal inconnu ».

Cette information n'est pas à remplir (case vide) pour les patients en SMPR.

Rappel : dans le cas particulier de personnes bénéficiant du droit au secret de l'admission ou à l'anonymat, cette rubrique n'est pas à remplir.

3.2.2. S.D.F

Il s'agit ici d'indiquer si la personne est sans domicile fixe ou dépourvue de résidence stable au moment où débute le séjour. Coder 1 pour oui et 2 pour non, 0 si aucune information n'a pu être obtenue. Cette information n'est pas à remplir (case vide) pour les patients en SMPR.

Sont considérées comme dépourvues de résidence stable :

- les personnes qui, à la suite de circonstances exceptionnelles ou involontaires se trouvent dans un département sans qu'elles aient choisi d'en faire leur lieu de résidence ou aient l'intention d'y résider (*ex* : réfugiés, personnes déplacées à la suite d'expulsion...),
- les personnes dont le mode de vie ou l'activité professionnelle les conduit à circuler en France sans résidence ni domicile fixe et qui sont effectivement dépourvues d'un lieu d'habitation habituel et notoire dans un département ou un pays,
- les personnes pour lesquelles aucune résidence ni aucun domicile fixe ne peut être déterminé.

Sont également considérés comme sans domicile fixe, les personnes qui :

- ont perdu leur logement,

²³ Cette disposition s'applique dans les circonstances suivantes :

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

- vivent depuis plusieurs années à l'Hôpital (*hormis dans les unités de long séjour*) et ne disposent plus d'un logement de sortie.

En revanche, les patients dans les situations suivantes ne sont pas considérés comme sans domicile fixe :

- les patients habitant régulièrement à l'hôtel,
- les patients habitant dans un foyer et ayant la perspective d'y retourner à l'issue de leur hospitalisation (même s'il s'agit d'hébergements pour des périodes reconductibles à condition que ces périodes soient d'au moins trois mois),
- les patients de la communauté d'Emmaüs ou de l'Armée du Salut ou équivalent,
- les patients résidant en institution sociale (hospices, maisons de retraite, foyer-logement), médico-sociale ou en unité de long séjour.

La situation déterminante à prendre en compte, en particulier pour les patients hospitalisés depuis longtemps, est la perspective qui s'offre au patient à sa sortie d'hospitalisation.

3.2.3. Mode de vie

Les informations sur le mode de vie ont pour objet de qualifier la situation dans laquelle vit effectivement une personne et d'approcher son environnement.

Une seule réponse est possible.

- chez ses deux parents : code 1
un enfant dont les parents, séparés, ont la garde de façon alternée et qui passe un temps environ identique en durée chez l'un et l'autre de ses parents est considéré comme vivant chez ses deux parents.
- chez un seul parent : code 2
- seul : code 3
- seul avec enfant(s) : code 4
- en couple sans enfant : code 5
c'est bien la situation effective de vie qu'il convient de noter indépendamment du fait que le couple soit légalisé sous quelque forme que ce soit (mariage, PACS...)
- en couple avec enfant(s) : code 6
- dans de la famille ou chez des proches : code 7
le mot famille est entendu ici à l'exclusion des père et mère
- en famille d'accueil : code 8
hors accueil familial thérapeutique qui est une modalité de prise en charge à temps complet
- en institution : code 9
- sans information : code 0

3.2.4. Situation matrimoniale légale

Cette rubrique ne doit être remplie que pour des patients majeurs ou des mineurs émancipés. Il s'agit de rendre compte d'une situation légale : une personne mariée mais vivant séparée de son conjoint est donc enregistrée comme mariée ; une personne vivant maritalement est enregistrée comme célibataire.

Une seule réponse est possible :

- célibataire : code 1
- marié(e) : code 2
- PACS : code 3
- divorcé(e) ou en cours de divorce : code 4

en cours de divorce suppose qu'une démarche officielle est en cours.

- veuf(ve): code 5
- sans information : code 0

3.2.5. Situation scolaire ou professionnelle

Pour cette rubrique, une seule réponse est possible.

La réponse à fournir est celle qui décrit la situation au moment où le patient est pris en charge. Il convient de ne pas confondre la situation professionnelle et le métier pour lequel le patient a une qualification. Toute personne qui a un emploi est considérée comme ayant une activité professionnelle même si elle est en congé de maladie, de maternité ou en congé de longue durée.

- scolarité ordinaire : code 01
situation d'un enfant ou adolescent en classe maternelle, primaire, secondaire d'enseignement général -lycée technique, lycée professionnel, lycée agricole-, enseignement professionnel –CAP,BEP-.
- scolarité en classe spécialisée : code 02
C.P. d'adaptation, CLIS...
- scolarité en établissement de soins : code 03
situation d'un enfant ou adolescent scolarisé dans un établissement médico-social ou sanitaire avec intervention d'un enseignant de l'éducation nationale ou assimilé.
- non scolarisé : code 04
situation d'un enfant non présent dans un établissement scolaire (non inscrit, absentéisme durable).
- études code 05
enseignement supérieur
- activité en milieu ordinaire : code 06
- activité en milieu protégé : code 07
- demandeur d'emploi ayant déjà travaillé : code 08
- demandeur d'un premier emploi : code 09
- sans activité : code 10
cette rubrique inclut les personnes sans activité professionnelle telles que les femmes au foyer ou les retraités. Les étudiants sont dans la rubrique « Etudes ».
- sans information : code 00

3.2.6. Ressources principales

La question est celle du type de revenus dont bénéficie le patient. Cette rubrique concerne la situation du patient lui-même pour les patients de plus de 19 ans et les mineurs émancipés. Pour les enfants et adolescents de 19 ans et moins, il convient de renseigner sur la situation du foyer. Plusieurs réponses peuvent être relevées (items oui =1 / non = 2 à chaque fois) :

- ressources propres : il s'agit ici de ressources du patient lui-même ou qui sont attachées à l'activité de son conjoint,
- ressources sociales : si cet item est noté «oui », il conviendra de préciser, la nature de ces ressources sociales (voir 4.2.7 ci-après),
- ressources familiales : item positif dans le cas de personnes qui ne disposent pas de ressources propres ou sociales mais qui sont financièrement soutenues par des ressources issues de leur famille,
- sans ressources,
- sans information.

3.2.7. Nature des ressources sociales

Cette rubrique n'est à remplir que si l'item «ressources sociales » est positif. Plusieurs réponses sont possibles. Pour un mineur, les ressources à considérer sont celles du foyer (attention : une allocation rattachée à un mineur ne doit être cochée que si elle est attachée au patient pour lequel le RIS-HP est produit). Plusieurs réponses peuvent être relevées (items oui =1 / non = 2 à chaque fois) :

- allocation d'Etudes Spécialisées (AES) simple,
- AES et 1^{er} complément,
- AES et 2nd complément,
- AES et 3^{ème} complément,
- allocation pour Adulte Handicapé (AAH),
- Revenu Minimum d'Insertion (RMI),
- pension d'invalidité,
- autres

3.2.8. Responsabilité légale

Pour cette rubrique, une seule réponse peut être cochée :

- mineur : code 1
- mineur émancipé : code 2
- mineur protégé : code 3
- capable majeur : code 4
- majeur protégé : code 5

3.2.9. Nature de la protection

Les codes 1, 2, 3,4 qualifient des situations de mineurs
Les codes 5,6 et 7 qualifient des situations de majeurs

- mesure administrative ambulatoire : code 1
- mesure judiciaire ambulatoire : code 2
- mesure administrative avec placement : code 3
- mesure judiciaire avec placement : code 4
- sauvegarde : code 5
- curatelle : code 6
- tutelle : code 7

3.2.10. Autorité parentale

Cette rubrique ne concerne que les mineurs non émancipés. Une seule réponse est possible.

- les deux parents : code 1
- mère : code 2
- père : code 3
- autorité déléguée : code 4
- pupille de l'Etat : code 5

3.2.11. Année approximative du premier contact avec un psychiatre ou une équipe de psychiatrie

Cette rubrique est à remplir un fois au cours d'un séjour et ne change pas en cas de nouveau séjour du patient. Elle alimentera le travail sur l'analyse des trajectoires de patients.

3.3. Morbidité

Règle générale :

La rubrique « morbidité » ne doit pas être systématiquement renseignée à chaque prise en charge d'un patient. Pour un patient suivi régulièrement par le personnel soignant d'une unité médicale, les informations doivent être saisies une fois par an (ou en cas de changement). Il ne s'agit pas de variables « classantes » au sens du PMSI pour l'activité externe.

Le recueil de morbidité est allégé par rapport aux RIS-HC et RIS-HP. Il est composé, pour l'activité externe, de 6 items :

- le diagnostic principal (la situation clinique prévalente pour les enfants et adolescents),
- le diagnostic associé (la situation clinique associée pour les enfants et adolescents),
- la pathologie somatique associée,
- le diagnostic longitudinal,
- les facteurs d'environnement,
- la cause externe de morbidité.

Pour les patients de plus de 19 ans, la totalité des informations est à coder selon la Classification Internationale des Maladies dans sa dixième révision (CIM-10). Pour les patients de 19 ans et moins, différentes classifications sont utilisées selon le type d'informations demandées.

3.3.1. Le diagnostic principal (patients de plus de 19 ans) / la situation clinique prévalente (patient de 19 ans et moins)

Le diagnostic principal

Le diagnostic principal est, au sens du PMSI, celui pour lequel le patient est pris en charge. Il peut s'agir principalement d'un trouble mental ou du comportement, le cas échéant de symptômes, résultats anormaux d'examen et autres motifs de recours aux soins. Il ne doit pas être confondu avec le diagnostic longitudinal (voir infra).

La situation clinique prévalente

La situation clinique prévalente est, au sens PMSI, la situation clinique pour laquelle le patient est pris en charge.

Codage

Le diagnostic principal est renseigné exclusivement :

- par un code F du chapitre V de la CIM-10.

ou

- par un code R du chapitre XVIII de la CIM-10 : seuls les codes R 40 à R 69 sont utilisables pour décrire un diagnostic principal, notamment lorsque les états morbides sont mal définis, au point qu'aucun diagnostic qui puisse être classé ailleurs n'a été formulé (les autres codes R sont sans objet en psychiatrie).

ou

- par un code Z du chapitre XXI de la CIM-10 : seuls les codes "Z00-examen général et investigations de sujets ne se plaignant de rien ou pour lesquels aucun diagnostic n'est rapporté", "Z02-examen médical et prise de contact à des fins administratives" et "Z03-Mise

en observation et examen médical pour suspicion de maladies" sont utilisables pour décrire un diagnostic principal.

La situation clinique est renseignée à partir de la classification des situations cliniques (annexe 5)

3.3.2. Le diagnostic associé (patients de plus de 19 ans) / situation clinique prévalente (patients de 19 ans et moins)

Diagnostic associé

Il s'agit de l'éventuel troubles mental ou du comportement associé au trouble principal et qui est également à l'origine de la prise en charge.

Situation clinique associée :

Il s'agit de l'éventuelle situation clinique associée qui est également à l'origine de la prise en charge.

Codage

Le diagnostic associé est renseigné exclusivement par un code F du chapitre V de la CIM-10.

Tous les codes F peuvent être utilisés.

Si un code Z ou un code R a été utilisé en diagnostic principal, il ne peut y avoir de code diagnostic associé.

La situation clinique est renseignée à partir de la classification des situations cliniques (annexe 5).

3.3.3. Pathologie somatique

Il convient d'indiquer une pathologie somatique uniquement si celle-ci a des retentissements sur la pathologie psychiatrique du patient. De façon générale, il convient de noter la manifestation de la maladie. Cependant, dans le cas où la manifestation serait déjà codée en diagnostic principal ou en diagnostic associé, c'est bien le code étiologique qu'il convient de coder en pathologie somatique.

Exemple : démence due à l'infection VIH

Code étiologique : B22.0 : encéphalopathie due au VIH

Manifestation : code F02.4 : démence de la maladie due au VIH.

Dans ce cas, la code de manifestation peut avoir été utilisé pour le diagnostic principal, le diagnostic associé ou le diagnostic longitudinal. Si tel est le cas, c'est alors le code de l'étiologie qu'il conviendra de porter pour coder la pathologie somatique.

Codage

- Code CIM-10 ; cette rubrique est renseignée par un code des chapitres I à IV et VI à XVII et XIX de la CIM-10.

3.3.4. Diagnostic psychiatrique longitudinal

Ce diagnostic est celui de l'affection qui présente, le cas échéant, un caractère longitudinal, c'est à dire un trouble psychiatrique que connaît le patient de façon dite "life time". Ce diagnostic peut ne pas avoir de rapport avec la prise en charge. Il peut à l'inverse être le même que le diagnostic psychiatrique principal ou le diagnostic psychiatrique associé. Dans ce cas il convient de l'indiquer dans chacune des rubriques considérées.

Cette information est l'une de celle qui alimentera notamment la réflexion sur l'analyse de trajectoires de patients pour le PMSI.

Codage

Patients de plus de 19 ans : Il convient d'utiliser exclusivement un code F du chapitre V de la CIM 10.

Patients de 19 ans et moins : CFTMEA ou CIM-10.

3.3.5. Facteurs d'environnement

Il s'agit ici d'indiquer les éventuels facteurs susceptibles de menacer la santé des sujets tels que certaines conditions socio-économiques et psycho-sociales et les éventuels antécédents personnels et familiaux de certaines affections. Il est possible de coder 2 facteurs d'environnement.

Cette information n'est pas une variable classante mais est l'une de celles qui alimenteront notamment la réflexion sur l'analyse de trajectoires de patients pour le PMSI.

Codage

Cette rubrique est exclusivement renseignée par un code du chapitre Z du chapitre XXI de la CIM 10. Seuls les codes "Z55 à Z65" et les codes "Z80 à Z99" sont utilisables pour décrire un facteur environnemental ; les autres codes Z de ces rubriques sont sans objet en psychiatrie.

3.3.6. Cause externe de morbidité et de mortalité

Cette variable permet de décrire une cause externe responsable de lésions traumatiques, d'intoxication, et d'autres effets indésirables. C'est notamment le cas des lésions auto-infligées. Il convient de noter cette information tant que celle-ci a une influence sur la prise en charge du patient.

Cette information n'est pas une variable classante mais est l'une de celles qui alimenteront notamment la réflexion sur l'analyse de trajectoires de patients pour le PMSI.

Codage

La cause externe de morbidité et de mortalité est renseignée exclusivement par un code V,W,X ou Y du chapitre XX de la CIM-10.

3.3.7. Règles de codage de la CIM-10 pour le PMSI-psychiatrie

Les codes "têtes de catégorie" à 3 caractères ne doivent pas être utilisés dans le recueil, s'ils comportent une subdivision. Seuls doivent être utilisés les codes à 4 caractères ou plus, dès lors que ceux-ci figurent comme tels dans la CIM-10 pour une catégorie.

cependant les codes à 3 caractères sans extension comme F28 "autres troubles psychotiques non organiques " sont acceptés.

Dans ces règles, le point utilisé dans le codage de la CIM n'est pas considéré comme un caractère.

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

3.4 Relevé des actes

Le relevé des actes comprend 7 items qui caractérisent la prise en charge du ou des patients : la date de l'acte, le type d'acte, le lieu de l'acte, la nature des intervenants, le nombre de patients pris en charge, la durée de l'acte. Chacune de ces rubriques est à renseigner pour chaque acte susceptible de faire l'objet d'un recueil RIS-E.

3.4.1. La date de l'acte

Il s'agit de la date de l'acte, à remplir sous la forme JJMMAAAA

3.4.2. Le type d'acte

Le type d'acte est décrit selon la grille EDGAR décrite ci-dessus. Une seule réponse est possible. Les actes doivent être codés de la façon suivante :

- entretien	code E
- entretien avec soin physique	code Es
- démarche	code D
- démarche avec déplacement	code Dp
- groupe	code G
- accompagnement (avec ou sans déplacement)	code A
- réunion au sujet d'un patient	code R

3.4.3. Le lieu de l'acte

Le lieu de l'acte peut être à l'intérieur de l'institution comme à l'extérieur. Il ne peut cependant pas s'agir d'un acte effectué pour un patient pris en charge à temps complet ou à temps partiel dans un service de psychiatrie de l'établissement considéré. Une seule réponse est possible.

- centre médico psychologique CMP)	code L01
- centre de consultations externes (CHG)	code L02
- centre d'accueil permanent	code L03
- centre médico psycho pédagogique (CMPP)	code L11
- établissement scolaire	code L12
- planification Maternelle Infantile	code L13
- établissement pénitentiaire	code L14
- domicile du patient	code L15
<i>ce code comprend aussi les situations où le patient loge transitoirement chez des proches ou de la famille</i>	
- substitut du domicile	code L16
<i>ce code comprend les appartements protégés, les placements familiaux...</i>	
- établissement social ou médico-social	code L17
- unité d'hospitalisation (MCO-SSR-Long séjour)	code L18
- unité d'accueil d'urgence (SAU, UP, UPATOU)	code L19
- unité d'hospitalisation psychiatrique temps plein dont SMPR	code L21
- centre de post-cure	code L22
- appartement thérapeutique	code L23
- centre de crise	code L24
- hospitalisation à domicile	code L25
- accueil familial thérapeutique	code L26
- séjour thérapeutique	code L27
- autre lieu d'hébergement complet	code L28
- unité d'hospitalisation de nuit	code L31
- unité d'hospitalisation de jour	code L32
- centre d'accueil temporaire à temps partiel (CATTP)	code L33
- atelier thérapeutique	code L34
- autre unité d'accueil à temps partiel	code L35

3.4.4. Total intervenants

Indiquer (par un chiffre) le nombre de professionnels qui participent à la prise en charge décrite. Seuls sont à relever les intervenants rémunérés par l'établissement sur une dotation sanitaire (salariés ou intervenants payés par l'établissement sous la forme d'une rémunération à l'acte ou par le biais d'une convention).

3.4.5. Nature des intervenants

Indiquer le statut de chaque intervenant participant à l'acte, et le nombre d'intervenants du même type.

- membres du corps médical (y compris les internes)
- infirmiers et encadrement infirmier
- psychologues
- assistants sociaux
- personnel de rééducation
- personnel éducatif
- autres intervenants

3.4.6. Nombre de patients

Indiquer le nombre de patients qui participent à l'acte. Ce renseignement n'est à enregistrer que dans le cadre d'actes relevant de la catégorie « *groupe* ».

3.4.7. Durée de l'acte

Indiquer, au quart d'heure près, la durée de l'acte, sous la forme H/mn. Si un acte est supérieur de cinq minutes au seuil des quinze minutes, compter le quart d'heure supérieur.

Exemple :

On codera 30 minutes tout acte ayant duré au moins 20 minutes, au plus 34 minutes.

A partir de 35 minutes et jusqu'à 49 minutes, l'acte sera codé : 45 minutes

Rappel : seuls sont enregistrés les actes d'une durée supérieure à dix minutes.

Lorsque plusieurs intervenants de l'établissement participent à l'accomplissement du même acte et que l'un des intervenants ne participe pas à l'acte pour la totalité de la durée de celui-ci, la durée comptée pour l'acte reste la durée totale de l'acte.

CHAPITRE V

PRESENTATION DU RECUEIL

RELATIF AUX ACTIONS POUR LA COMMUNAUTE

I- PRESENTATION GENERALE - DEFINITION

Le relevé des actions pour la communauté se fait à l'aide du Recueil d'Information Standardisé des actions pour la Communauté (RIS-C).

L'objet de l'action pour la communauté, centrée sur une pathologie ou un thème en relation avec le public destinataire, est de promouvoir la Santé Mentale, d'exercer des efforts de prévention, d'informer les personnes relativement aux risques liés à des situations ou des conduites potentiellement pathogènes. Le travail effectué dans le cadre de réseaux de soins, dès lors qu'il recouvre cette définition, fait partie des actions pour la communauté. Il peut également s'agir d'actions de soutien d'équipes (équipe de maison de retraite, enseignants...) en difficulté.

Ces actions ne s'adressent pas directement à des patients : **les destinataires** en sont des institutions, des groupements de personnes, des publics spécifiques **de la zone de compétence du service ou secteur**. L'action pour la communauté ne doit donc pas se confondre avec la notion de psychiatrie communautaire ou de psychiatrie dans la communauté.

Lieu de l'exercice de cette action : ce peut être l'institution psychiatrique ou sur le terrain d'exercice du public concerné ou encore sur le lieu de vie de ce public.

Pour faire l'objet d'un RIS-C, une action pour la communauté doit être de **durée** supérieure à une heure. Cette action peut être menée par un ou plusieurs soignants du même service ou secteur de psychiatrie.

Exemples d'actions pour la communauté :

- . le soutien d'une équipe soignante d'un foyer pour personnes âgées ou d'une maison de retraite, afin de prévenir l'apparition de la dépression de la personne âgée ou des syndromes de glissement,
- . la participation sur le terrain à la prise en charge d'une situation de catastrophe pour prévenir les stress post-traumatiques, en amont d'éventuelles prises en charges individuelles,
- . l'information à destination des élèves des écoles, collèges et lycées pour prévenir les conduites addictives.

Il convient d'être vigilant sur le fait que les actions pour la communauté, qui ne sont pas directement adressées à un patient, ont néanmoins un bénéficiaire direct, qui est une institution extérieure. Il ne s'agit pas d'un relevé de toutes les actions « institutionnelles » d'un service, qui relèverait d'un recueil de la charge de travail, mais bien des actions de prévention ou d'accompagnement de professionnels dans la dynamique de travail que le service établit avec ses partenaires locaux potentiels.

Dans cet esprit, sont exclus des actions susceptibles de donner lieu à un RIS-C :

- les réunions d'organisation ou de préparation de projet ainsi que les réunions de présentation du service, qui doivent être considérées comme des éléments du travail «institutionnel» d'un service

L'action pour la communauté se distingue des réunions visant à la promotion du service ou secteur, ou à l'organisation du dispositif de soins. Par exemple, la participation au Conseil Départemental de Santé Mentale, ou à des réunions concernant la planification, sont des temps d'organisation indispensables mais ne pouvant être relevés comme actions pour la communauté.

- les actes d'expertise.

Dans l'exercice des psychiatres, des missions régulières d'expertises telles la participation à la CDES ou à la COTOREP par exemple, peuvent intervenir périodiquement. Ces participations visant à donner des avis et des orientations pour des personnes désignées ne sont pas des actions pour la communauté. Non reliés à une demande de soins de la personne ou de ses proches, non liés à une démarche de prévention, l'émission d'un avis et la participation à une orientation ne sont pas non plus des entretiens individualisables.

- la formation et l'enseignement reçus ou donnés.

La participation des soignants à des formations ne sont pas des actions pour la communauté. La seule exception concerne des formations organisées par des équipes de soins pour ses partenaires sur un thème spécifique (prévention du suicide des adolescents auprès d'institutions scolaires par exemple).

- la recherche.

Bien qu'étant par définition au service de la «communauté », les activités de recherche ne sont pas incluses dans les actions pour la communauté au sens du PMSI qui donne au mot « communauté » un caractère local, dans le cadre d'un politique de prévention ou de soutien de partenaires et d'interlocuteurs réguliers.

II- RELEVÉ DES ACTIONS POUR LA COMMUNAUTÉ

Le RIS-C est composé de 2 rubriques :

- identification,
- relevé des actions.

2.1. Identification

2.1.1. Numéro FINESS

Le numéro FINESS est le numéro de la structure qui effectue l'action pour la communauté. Dans le « fichier national des établissements sanitaires et sociaux », les structures de santé sont identifiées par deux numéros : l'un concerne l'entité juridique à laquelle ces structures sont rattachées, l'autre concerne l'établissement (lorsqu'il existe plusieurs sites).

Il convient d'indiquer ici :

- le numéro de l'entité juridique pour les établissements de statut public sauf pour les structures de statut juridique public qui, sur dérogation de l'autorité de tutelle, sont autorisées à effectuer un recueil au niveau «établissement » (cf infra),
- le numéro de l'établissement pour les établissements de santé privés (y compris les établissements privés participant au service public hospitalier, financés par dotation globale de fonctionnement) et pour les structures de statut juridique public qui, sur dérogation de l'autorité de tutelle, sont autorisées à réaliser un recueil au niveau établissement ou groupe hospitalier.

2.1.2. Secteur, intersecteur, service, fédération , département...

Cette information est à remplir uniquement par les établissements qui ont la responsabilité d'un ou plusieurs secteurs ou intersecteurs juridiquement identifiés, pour les unités médicales rattachées à un secteur de psychiatrie ou pour les établissements non sectorisés organisés en services de soins, en département ou en fédération. Il convient d'indiquer le numéro du secteur ou de l'intersecteur, tel qu'il figure dans la dénomination officielle de création du secteur ou intersecteur ou le numéro du service, de fédération ou de département, tel qu'il figure dans la nomenclature interne de l'établissement. Dans le cas où l'activité ne relève pas d'une unité médicale appartenant à un secteur, à un intersecteur ou à un service, un département ou une fédération, cette rubrique doit être laissée vide.

2.1.2. Numéro d'unité médicale

On désigne par « unité médicale » un ensemble individualisé de moyens assurant des soins aux malades, repéré par un code spécifique dans une nomenclature déterminée par l'établissement. Le numéro d'unité médicale est toujours celui de l'unité qui effectue l'action pour la communauté. Dans les établissements publics et dans certains établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), le numéro d'unité médicale correspond à une « unité fonctionnelle » ou à un groupe d'unités fonctionnelles (appelé service, département, fédération...). Dans les autres établissements privés, l'unité médicale peut par exemple être assimilée à la discipline médico-tarifaire, voire à l'établissement s'il n'y a pas d'identification d'unités d'analyse de l'activité plus petites.

2.2. Relevé des actions

2.2.1. Date de l'acte

Indiquer la date de l'acte, sous la forme JJMMAAAA.

2.2.2. Publics visés

Indiquer l'institution bénéficiaire de l'action dans la liste suivante :

- aidants naturels et associations :	code C01
- milieux d'hébergement spécifiques :	code C02
- milieux du travail :	code C03
- milieux soignants :	code C04
- milieux scolaires :	code C05
- milieux universitaires :	code C06
- milieux éducatifs :	code C07
- milieux judiciaires :	code C08
- collectivités locales ou territoriales :	code C09
- grand public :	code C10
- réseaux de soins :	code C11
- autres :	code C12

2.2.3. Total intervenants

Indiquer le nombre de professionnels qui participent à l'action pour la communauté décrite. Seuls sont à relever les intervenants rémunérés par l'établissement sur une dotation sanitaire

(salariés ou intervenants payés par l'établissement sous la forme d'une rémunération à l'acte ou par le biais d'une convention).

Ce nombre doit être codé par un chiffre.

2.2.4. Nature des intervenants

Indiquer le statut de chaque intervenant participant à l'acte, précédé du nombre d'intervenants du même type.

- membres du corps médical (y compris les internes)
- infirmiers et encadrement infirmier
- psychologues
- assistants sociaux
- personnel de rééducation
- personnel éducatif
- autres intervenants

2.2.5. Durée de l'action

Indiquer, à la demi-heure d'heure près, la durée de l'acte, sous la forme H/mn. Si un acte est supérieur de 15 minutes au seuil des 30 minutes, compter la demie heure d'heure supérieure.

Exemple :

Action pour la communauté de 2 heures 20 : coder 2 heures 30 minutes

Action pour la communauté de 2 heures 40 : coder 2 heures 30 minutes

Rappel : seules les actions pour la communauté d'une durée supérieure à une heure sont enregistrées.

Lorsque plusieurs intervenants de l'établissement participent à l'accomplissement du même acte et que l'un des intervenants ne participe pas à l'acte pour la totalité de la durée de celui-ci, la durée comptée pour l'acte reste la durée totale de l'acte.

ANNEXES

Liste des annexes

- 1- Annexe 1 : Liste des catégories majeures
- 2- Annexe 2 : Algorithme de groupage
- 3- Annexe 3 : Codes pays
- 4- Annexe 4 : Tableau récapitulatif des différents cas de cotation des présence et des mouvements
- 5- Annexe 5 : Situations cliniques
- 6- Annexe 6 : Grille de dépendance
- 7- Annexe 7 : Echelle Globale de Fonctionnement

Annexe 1 : Liste des catégories majeures

1- Les catégories majeures diagnostiques (CMD)

N° de CMD	Chapitre CIM-10	Intitulé de la CMD
CMD n° 1	F0	Troubles mentaux organiques
CMD n° 2	F1	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives
CMD n° 3	F2	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants
CMD n° 4	F3	Troubles de l'humeur
CMD n° 5	F4	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
CMD n° 6	F5	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs de stress
CMD n° 7	F6	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
CMD n° 8	F7	Retards mentaux
CMD n° 9	F8	Troubles du développement psychologique
CMD n° 10	F9 (à l'exception de F99)	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence
CMD n° 11	Association de F1 et F6 ou association de F1 et F3	Troubles mentaux liés à l'utilisation d'une substance en comorbidité avec des troubles de l'humeur ou des troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
CMD n° 12	Z00, Z02, Z03	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux soins
CMD n° 13	R40 à R69	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs
CMD n° 14	F99	Maladie mentale sans autre indication

2- Les catégories majeures par âge (CMPA)

N° de CMPA	Intitulé de la CMPA
CMPA n° 15	Hospitalisation des enfants de 3 ans et moins
CMPA n° 16	Hospitalisation des enfants de 4 à 11 ans
CMPA n° 17	Hospitalisation des enfants de 12 à 19 ans

3- La catégorie majeure 18 (CM18)

Elle regroupe toutes les modalités de prise en charge qui constituent des groupes homogènes de journée en eux-mêmes (temps partiel : hospitalisation de nuit ; temps complet : centre de post-cure, appartement thérapeutique, centre de crise ou d'accueil permanent, hospitalisation à domicile, accueil familial thérapeutique, séjour thérapeutique).

Annexe 2 : Algorithme de groupage

Annexe 3 : Codes pays

CODE S	PAYS	CODES	PAYS
99101	Danemark	99102	Islande
99103	Norvège	99104	Suède
99105	Finlande	99106	Estonie
99107	Lettonie	99108	Lituanie
99109	Allemagne	99110	Autriche
99111	Bulgarie	99112	Hongrie
99113	Lichtenstein	99114	Roumanie
99116	Tchèque (République)	99117	Slovaquie
99118	Bosnie-Herzégovine	99119	Croatie
99121	Yougoslavie (Serbie et Monténégro)	99122	Pologne
99123	Fédération de Russie	99125	Albanie
99126	Grèce	99127	Italie
99128	Saint Marin	99129	Vatican (Cité du)
99130	Andorre	99131	Belgique
99132	Royaume Uni	99133	Gibraltar
99134	Espagne	99135	Pays-Bas
99136	Irlande	99137	Luxembourg
99138	Monaco	99139	Portugal
99140	Suisse	99144	Malte
99145	Slovénie	99148	Biélorussie
99151	Moldavie	99155	Ukraine
99156	Macédoine (ex-République Yougoslave de)	99201	Arabie Saoudienne (saoudite)
99203	Irak	99204	Iran
99205	Liban	99206	Syrie
99207	Israël	99208	Turquie
99212	Afghanistan	99213	Pakistan
99214	Bouthan	99215	Népal
99216	Chine (République Populaire de)	99217	Japon
99219	Thaïlande	99220	Philippines
99222	Jordanie	99223	Inde
99224	Birmanie	99225	Brunei
99226	Singapour	99227	Malaisie
99229	Maldives (Iles)	99231	Indonésie
99232	Macao	99234	Cambodge
99235	Sri-Lanka (ex Ceylan)	99236	Taïwan (ex Formose)
99237	Corée (sans autre indication)	99238	Corée du Nord
99239	Corée du Sud	99240	Koweït
99241	Laos	99242	Mongolie (Extérieure)
99243	Viet-nam	99246	Bangladesh
99247	Emirats Arabes Unis	99248	Qatar
99249	Bahreïn (Iles)	99250	Oman (Sultanat d')
99251	Yemen	99252	Arménie
99253	Azerbaïdjan	99254	Chypre
99255	Géorgie	99256	Kazakhstan

99257	Kirghizistan	99258	Ouzbekistan
99259	Tadjikistan	99260	Turkménistan
99261	Palestine	99301	Egypte (République Arabe d')
99302	Libéria	99303	Afrique du sud
99304	Gambie	99306	Sainte Hélène, Ascension (Iles)
99308	Possessions G.B. dans l'Océan Indien	99309	Tanzanie
99310	Zimbabwe (ex Rhodésie)	99311	Namibie
99312	Zaïre, Congo (République du)	99313	Présides, Canaries (Iles)
99314	Guinée Equatoriale	99315	Ethiopie
99316	Libye	99317	Erythrée
99318	Somalie	99319	Açores, Madère (Iles)
99321	Burundi	99322	Cameroun
99323	Centrafrique (République de)	99324	Congo (République Populaire du)
99326	Côte-d'Ivoire	99327	Bénin
99328	Gabon	99329	Ghana
99330	Guinée	99331	Burkina-Faso (ex Haute Volta)
99332	Kenya	99333	Madagascar
99334	Malawi	99335	Mali
99336	Mauritanie	99337	Niger
99338	Nigeria	99339	Ouganda
99340	Rwanda	99341	Sénégal
99342	Sierra-Léone	99343	Soudan
99344	Tchad	99345	Togo
99346	Zambie	99347	Botswana
99348	Lesotho	99350	Maroc
99351	Tunisie	99352	Algérie
99389	Sahara Occidental	99390	Maurice (Ile)
99391	Swaziland	99392	Guinée-Bissau
99393	Mozambique	99394	Sao-Tomé-et-Principe
99395	Angola	99396	Cap-Vert (Iles)
99397	Comores	99398	Seychelles(Iles)
99399	Djibouti	99401	Canada
99404	Etats-Unis d'Amérique	99405	Mexique
99406	Costa-Rica	99407	Cuba
99408	Saint-Domingue (République de)	99409	Guatemala
99410	Haïti	99411	Honduras
99412	Nicaragua	99413	Panama
99414	Salvador	99415	Argentine
99416	Brésil	99417	Chili
99418	Bolivie	99419	Colombie
99420	Equateur	99421	Paraguay
99422	Pérou	99423	Uruguay
99424	Vénézuëla	99425	Autres possessions R-U en Amérique
99426	Jamaïque	99427	Faulkland (Iles), Terres

			Australes R-U
99428	Guyane	99429	Belize
99430	Groenland	99431	Antilles néerlandaises
99432	Porto-Rico et possessions E-U	99433	Trinité, Tobago
99434	Barbade (Ile)	99435	Grenade
99436	Bahamas (Iles)	99437	Surinam
99438	Sainte-Lucie	99440	Saint-Vincent-et-Grenadines
99441	Iles Antigua et Barbuda	99442	Saint Christophe et Nieves
99501	Australie	99502	Nouvelle Zélande
99503	Iles (R-U) Océanie	99505	Iles (E-U) Océanie
99506	Samoa Occ., Nvelle-Guinée Occ.ou Irian,	99507	Nauru
99508	Fidji	99509	Tonga ou Iles des Amis
99510	Papouasie-Nouvelle-Guinée	99511	Tuvalu
99512	Salomon	99513	Kiribati
99514	Vanuatu	99515	Iles Marshall
99516	Micronésie (Etats Fédérés)	99517	Iles Palaos (République des)
99999	Pays inconnu		

Annexe 4 : Tableau récapitulatif des différents cas de cotation des présence et des mouvements

Annexe 5 : CLASSIFICATION DES SITUATIONS CLINIQUES

Situations cliniques des enfants et adolescents (0 à 19 ans inclus)

Cette liste concerne l'ensemble des enfants et adolescents de 0 à 19 ans. Il revient à chaque service ou établissement de regrouper, s'il en éprouve le besoin pour de facilités de saisie, les situations cliniques les plus fréquemment rencontrées dans son activité. Certains codes par exemple s'adressent plus particulièrement à la prise en charge des très jeunes enfants.

I - Symptômes, signes et manifestations comportementales, symptômes et signes relatifs à l'humeur	
Colère, irritabilité (bébé : bébé instable, hypersensible)	SC001
Symptômes dépressifs	SC002
Bébé grave ou sérieux	SC003
Symptômes maniaques (inclus : instabilité psychique ; exclus : agitation motrice pure qui est classée dans les symptômes concernant l'activité et la motricité)	SC004
Mésestime de soi (inclus : dévalorisation narcissique, absence d'affirmation de soi)	SC005
Hypermaturité ou précocité pathologique	SC006
Autres troubles de l'humeur	SC007
II- symptômes anxieux, névrotiques et à expression corporelle	
Symptômes anxieux permanents	SC008
Inquiétude et préoccupation exagérées en réaction à certaines situations	SC009
Crise d'angoisse aiguë (bébé : inclut : angoisse de séparation)	SC010
Expression corporelle de l'angoisse (inclus : manifestations fonctionnelles de l'angoisse)	SC011
Phobie	SC012
Symptômes obsessionnels et/ou compulsifs	SC013
Troubles somatiques, expressions de troubles psychiques (inclus : conversion, symptômes psychosomatiques)	SC014
Autres manifestations anxieuses, névrotiques et psychosomatiques	SC015
III- idées délirantes, hallucinations, dépersonnalisation	
Idées délirantes	SC016
Production imaginative excessive	SC017
Hallucinations (inclus : illusions , hallucinations sensorielles et intrapsychiques)	SCB18
Déréalisation, dépersonnalisation	SC019
Autres manifestations délirantes ou hallucinatoires	SC020

IV - manifestations comportementales et troubles des conduites	
4.1 Manifestations comportementales diverses	
Retrait – isolement – comportement autistique – évitement relationnel	SC021
Passage à l’acte hétéro-agressif	SC022
Comportement intolérant-opposant (inclus : intolérance à la frustration, impulsivité, comportement opposant, hospitalité, provocation et menaces)	SC023
Tentative de suicide	SC024
Conduites à risques répétées – équivalent suicidaire	SC025
Autres comportements auto-agressifs (inclus : automutilation – scarring)	SC026
Abus d’alcool et/ou de produits toxiques	SC027
Troubles du comportement sexuel (inclus : masturbation compulsive, désinhibition, conduite de provocation sexuelle)	SC028
4.2 Troubles des conduites sociales	
Vol	SC029
Fugue, menace de fugue	SC030
Désinsertion sociale, marginalisation	SC031
Difficultés d’intégration avec les pairs	SC032
4.3 Autres troubles du comportement et des conduites sociales	
Autres troubles du comportement et des conduites sociales	SC033
V - symptômes concernant les grandes fonctions	
5.1 Symptômes concernant l’alimentation	
Conduites anorexiques	SC034
Conduites de boulimie	SC035
Refus alimentaire (inclus : alimentation sélective)	SC036
Vomissements provoqués, mérycisme	SC037
Autres troubles des conduites alimentaires (inclus : pica)	SC038
5.2 Symptômes concernant le contrôle sphinctérien	
Défaut de contrôle sphinctérien (urine)	SC039
Défaut de contrôle sphinctérien (féces)	SC040
Autres troubles sphinctériens	SC041
5.3 Symptômes concernant le sommeil	
Insomnies, difficultés d’endormissement	SC042
Cauchemars, terreurs nocturnes	SC043
Somnambulisme, rythmie	SC044
Hypersomnies	SC045
Autres symptômes concernant le sommeil	SC046
5.4 Symptômes concernant l’activité et la motricité	
Agitation	SC047
Comportement hyperactif, instabilité	SC048
Ralentissement psychomoteur	SC049
Inhibition motrice, lenteur et manque de réactivité	SC050
Hypotonie - hypertonie	SC051
Tics (includ : Gilles de la Tourette)	SC052
Autres symptômes concernant l’activité et la motricité	SC053

5.5 Symptômes concernant les fonctions cognitives et la conscience	
Désorientation temporelle et /ou spatiale, état confusionnel	SC054
Défaut d'attention	SC055
Troubles du cours de la pensée (inclut : barrages, fading, dissociation psychique, troubles du cours de la pensée dépressive)	SC056
Autres symptômes concernant les fonctions cognitives et la conscience	SC057
5.6 Retards et troubles des acquisitions instrumentales et psychomotrices	
Retard des acquisitions psychomotrices (inclut : retard de maturation, absence d'acquisitions des repères temporels et spatiaux)	SC058
Retard mental	SC059
Troubles et/ou retard de parole et/ou de langage (inclut : bégaiement, bredouillement, dysphasies, jargonophasie)	SC060
Mutisme électif	SC061
Autres retards et troubles des acquisitions instrumentales et psychomotrices	SC062
VI - manifestations psychiques de troubles somatiques	
Manifestations psychiques liées à la douleur	SC063
Manifestations psychiques liées à une maladie à pronostic grave ou létal	SC064
Manifestations psychiques liées à d'autres troubles somatiques	SC065
Conséquence psychologique ou relationnelle des divers handicaps sensoriels*	SC066
Autres manifestations psychiques de troubles somatiques	SC067
Autres demandes d'avis, d'examen ou de soins à l'occasion des troubles somatiques	SC068
VII - situations socio-familiales motivant les soins	
7.1 Difficultés dans le cadre de la scolarité	
Difficultés scolaires (performance, comportement, échec scolaire)	SC069
Absentéisme scolaire répété, désinsertion scolaire	SC070
Difficultés liées à une scolarisation inexistante ou inaccessible (inclus : déscolarisation, élève non francophone...)	SC071
Phobie scolaire	SC072
Hyperinvestissement scolaire	SC073
7.2 Problèmes familiaux et relationnels	
Situation familiale conflictuelle, difficultés liées à la dissociation de la famille par séparation et divorce	SC074
Parent(s) malade(s) (pathologie psychiatrique)	SC075
Parent(s) malade(s) (pathologie somatique)	SC076
Troubles liés à une carence affective (inclus : difficultés liées à une perte de relation affective pendant l'enfance, difficultés liées à l'absence d'un des membres de la famille)	SC077

* à préciser si possible dans la rubrique pathologie somatique

Troubles liés à une carence ou à une incohérence éducative	SC078
Difficultés liées à des conditions de filiation ou de parentalité (ex : adoption, procréation médicalement assistée, parent inconnu...)	SC079
Difficultés liées à la disparition ou au décès d'un parent	SC080
Difficultés liées à une autre situation de deuil (grand-parent, fratrie, camarade, animal familial)	SC081
Rivalité fraternelle	SC082
Séparation prolongée due à une hospitalisation de l'enfant	SC083
7.3 Maltraitance et abus sexuels	
Maltraitance avérée ou suspectée	SC084
Abus sexuels avérés ou suspectés (victime)	SC085
Abus sexuels avérés ou suspectés (auteur)	SC086
7.4 Difficultés liées aux conditions d'environnement social	
Difficultés liées aux conditions économiques – précarité	SC087
Difficultés liées à l'adaptation culturelle (inclus : double culture, acculturation)	SC088
7.5 Autres situations socio-familiales ou interactives motivant les soins	
Troubles de l'attachement	SC089
Difficultés de sevrage	SC090
Difficultés liées aux modes d'accueil ou de garde	SC091
Autres situations socio-familiales motivant les soins	SC092
VIII - demande d'avis ou d'examen	
Demande d'avis ou d'examen à des fins administratives	SC093
Demande d'avis ou d'examen à des fins judiciaires	SC094
Demande d'avis ou d'examen émanant des parents	SC095
IX - autres situations cliniques	
Spasmes du sanglot	SC096
Autres situations cliniques	SC097

Annexe 6 : Dépendance

1- Les six variables

Le niveau de dépendance du patient est analysé à partir des six variables suivantes :

- habillement,
- mobilité,
- alimentation,
- continence,
- comportement,
- communication.

Remarque : * Une septième variable, la toilette, n'est pas retenue dans le recueil PMSI. En effet, l'analyse de la base de données a montré que la cotation de la toilette était redondante avec la cotation d'autres variables de la grille, les résultats étant systématiquement les mêmes. C'est pourquoi, dans un souci de simplification du recueil, il n'est pas demandé de saisir la variable « toilette ». Néanmoins, cette variable peut avoir un intérêt pour les équipes de soins et être saisie dans le cadre de recueil propre à l'établissement.

* La dépendance à l'alcool ou à toute autre substance toxique doit être décrite dans le cadre du recueil de morbidité, à l'aide d'un ou plusieurs codes CIM-10.

2- Une variable recouvre une ou plusieurs actions

Une variable de dépendance recouvre une ou plusieurs actions de la vie quotidienne. Par exemple, l'*habillement* inclut deux actions : habillement du haut du corps - habillement du bas du corps.

3- Les 4 niveaux de cotation

Chaque variable de dépendance est cotée selon les quatre niveaux suivants :

- **Indépendance**

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

- **Supervision ou arrangement**

La présence d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser l'action mais il n'y a aucun contact physique avec le patient

- **Assistance partielle**

La réalisation de l'action nécessite un contact physique d'une tierce personne pour réaliser au moins partiellement une des actions comprises dans la variable.

- **Assistance totale**

La réalisation de l'action nécessite un contact physique d'une tierce personne pour réaliser la totalité au moins d'une des actions comprises dans la variable.

4- Présentation des six variables

Les 6 variables sont présentées de la même façon, avec :

- un intitulé,
- une description des « actions »,
- 4 niveaux de cotation de 1 à 4, explicités pour chacune des actions.

4.1 Habillage

- Inclut **2** actions :

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

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

1- Indépendance complète ou modifiée

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

2- Supervision ou arrangement

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

3- Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour au moins l’une des deux actions.

4- Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l’une des deux actions.

4.2 Déplacement – locomotion

- Inclut **5** actions :

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

Transfert aux toilettes : s’asseoir et se relever du siège des toilettes.

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

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

Utilisation des escaliers : monter et descendre une volée de marches (12 à 14 marches). Exception : si le mode de déplacement le plus courant est le fauteuil roulant (ou chaise roulante, chariot plat...), ne pas coter cette action.

1- Indépendance complète ou modifiée

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

2- Supervision ou arrangement

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

3- Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des 4 ou 5 actions.

4- Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des 4 ou 5 actions.

4.3 Alimentation

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

Utilisation des ustensiles réguliers pour porter les aliments à la bouche

Mastication

Déglutition : avaler la bouchée ou la gorgée

1- Indépendance complète ou modifiée

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

2- Supervision ou arrangement

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

3- Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour au moins l'une des 3 actions ou lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient ne le gère que partiellement.

4- Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des 3 actions ou lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie) le patient ne le gère pas.

4.4 Continence

- Inclut **2** actions.

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

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

1- Indépendance complète ou modifiée

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

Matériel spécifique pour la continence :

* Urinaire

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

* Fécale :

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

2- Supervision ou arrangement

Requiert une supervision (éducation) ou l'arrangement de l'équipement pour maintenir un contrôle satisfaisant ou incontinence exceptionnelle (moins d'une fois par mis).

3- Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle (entretien de son système collecteur urinaire...pour au moins l'une des 2 actions ou peut avoir une incontinence occasionnelle (moins d'une fois par jour).

4- Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour au moins l'une des 2 actions ou incontinent total, le patient se souille fréquemment au cours des 24 heures et nécessite une assistance totale pour changer ses protections.

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

Si le patient gère seul sa poche à urine, coter 1

Si l'infirmier (ou un autre intervenant) supervise la gestion de la poche à urine, coter 2

Si l'infirmier (ou un autre intervenant) gère entièrement la poche à urine, coter 4.

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

4.5 Comportement

- Inclut 1 action.

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

1- Indépendance complète ou modifiée

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

2- Supervision ou arrangement

Requiert une supervision ou une surveillance en cas de situations inhabituelles ou stressantes.

3- Assistance partielle

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

4- Assistance totale

Se conduit le plus souvent des façon inappropriée, nécessite des restrictions .

Exemples de conduites sociales inappropriées :

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

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

4.6. Communication- Relation

- Inclut 2 actions.

Compréhension d'une communication visuelle ou auditive

Expression claire du langage verbal et non verbal.

1- Indépendance complète ou modifiée

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

2- Supervision ou arrangement

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

3- Assistance partielle

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

4- Assistance totale

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

Annexe 7 :

Echelle globale de fonctionnement - ADULTE

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

Echelle pour un patient non adulte de plus de 3 ans²⁴

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

²⁴ La CGAS a été adaptée de la GAS par Shaffer et al. (1983).
Guide méthodologique

- 30-21 Incapable de fonctionner dans presque tous les domaines, c'est à dire reste à la maison, dans la cours ou au lit toute la journée, sans prendre part à aucune activité sociale ou altération sévère du rapport à la réalité ou trouble important de la communication (c'est-à-dire propos qui peuvent être incohérents ou inappropriés).
- 20-11 Nécessite une surveillance importante pour prévenir l'auto ou l'hétéro-agressivité (c'est-à-dire violence fréquente, tentatives de suicides répétées) ou pour maintenir une hygiène personnelle ou altération importante de toutes les formes de communication.
- 10-1 A besoin d'une supervision constante pendant plusieurs jours pour empêcher qu'il ne se blesse ou blesse les autres, n'essaye pas du tout de maintenir un minimum d'hygiène personnelle.