

**GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE PRODUCTION
DU RECUEIL D'INFORMATION MEDICALISÉE
EN PSYCHIATRIE**

Applicable à compter du premier juillet 2006

Préambule du guide méthodologique

Avec cette publication, la psychiatrie française franchit aujourd'hui une étape décisive. En effet, ce guide méthodologique est l'aboutissement de travaux préparatoires et d'échanges fructueux qui ont impliqué de nombreux professionnels, provenant des divers horizons de la psychiatrie.

Au début de la mise en place du PMSI en 1986, il est apparu comme évident pour tous que les particularités du monde psychiatrique nécessitaient un traitement différencié. Dès cette époque, les psychiatres ont su engager une démarche originale qui aboutit aujourd'hui au Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie, le RIM-P. On peut en retracer les principales étapes : à l'origine, un recueil spécifique à la psychiatrie était issu des premiers travaux du Groupe des 13 entre 1990 et 1994. Puis l'élargissement de ce groupe des 13 aboutit en 1995 à la mise en place d'un comité de suivi explorant les modalités de classification des séjours des patients.

Après quelques tests, c'est en 1998 que la première base de donnée commence à recueillir en routine les données de quelques établissements précurseurs. Une première classification de Groupes Homogènes de Séjours est élaborée et testée sur ces données, puis à grande échelle avec le lancement de l'expérimentation, dont le recueil commence courant 2002. Quatre régions ont participé à cette opération (Aquitaine, Rhône - Alpes, Lorraine, La Réunion), rejointes par nombre d'établissements volontaires des autres régions.

Le dispositif d'accompagnement comporte alors des instances représentatives des établissements, des professionnels et des patients. Le partage des compétences et des expériences qui s'instaure rapidement permettra une analyse pertinente des résultats et un affinage du recueil.


Tout n'a pas été facile, et notamment l'expérimentation n'a pas permis de valider la classification, mais les difficultés rencontrées ont permis, avec l'aide des organisations professionnelles, de redéfinir des modalités simplifiées. Le recueil en sera facilité, sans toutefois perdre en richesse informative. C'est ce RIM-P qui est décrit ici.

La démarche est avant tout évolutive : la parution de ce guide n'est que la toute première étape d'un processus itératif, et c'est l'expérience du terrain qui nous permettra ensemble de l'adapter progressivement aux divers besoins des professionnels. Les données recueillies sont riches, et les possibilités d'exploitations multiples. Elles peuvent être mobilisées aussi bien au niveau local, pour la gestion interne, pour l'amélioration de l'efficacité et de la qualité des soins, qu'au niveau régional, par exemple, pour l'élaboration des SROS.

Mais les professionnels et le ministère sont dans l'attente d'un financement rénové de la psychiatrie, la VAP, un modèle pluraliste à plusieurs compartiments, qui assurera la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie (activité de soin, mise en œuvre des MIG communes ou spécifiques à la psychiatrie, tarification à l'activité, prise en compte de critères géographiques et populationnels). Les éléments objectifs fournis par le RIM-P vont permettre d'asseoir le financement du compartiment relatif à l'activité en hospitalisation et en ambulatoire.

C'est à partir des travaux menés sur chacun des compartiments de la VAP qu'il nous faudra, tous ensemble, faire preuve de créativité pour expertiser de nouveaux modèles et définir une tarification médicalisée. En cela aussi, la collaboration de l'ensemble des acteurs sera précieuse. Là encore, nous serons attentifs à ce que l'ensemble de cette démarche puisse déboucher rapidement sur un mode de financement plus efficient de l'activité psychiatrique.

Aussi c'est avec confiance que j'invite tous les professionnels à s'approprier et à faire vivre le Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie, qui sera dorénavant notre outil commun pour étayer nos réflexions de données objectives et partagées.



Xavier BERTRAND

SOMMAIRE

I - Champ du recueil et définitions	4
1.1 Le champ du recueil	4
1.1.1 La catégorie d'établissement	4
1.1.2 Les formes d'activités de soins – Nature de prise en charge	4
1.2 Le niveau de recueil	5
1.2.1 L'unité médicale	5
1.2.2 Caractéristiques générales du recueil	5
1.3 Unités de compte de l'activité – correspondance avec d'autres recueils	6
II – Contenu du recueil	7
2.1 Les informations nécessaires à la mesure de l'activité	7
2.1.1 Les prises en charge à temps complet ou à temps partiel	7
A - Les informations constantes au cours du séjour	8
B - Les informations propres à chaque séquence	12
2.1.2 Les prises en charge ambulatoires	15
2.2 Les informations complémentaires	17
III – Constitution, chaînage, anonymisation et transmission des fichiers d'activité	18
3.1 Constitution de fichiers de résumés de séquence	18
3.2 Constitution de fichiers d'activité ambulatoire	18
A - Fichier d'activité ambulatoire sous une forme agrégée	18
B - Fichier d'activité ambulatoire sous une forme détaillée	18
3.3 Fichier nécessaire à la procédure de chaînage des séjours	18
3.4 Les fichiers anonymes	18
A - Fichier de résumés anonymes par séquence	18
B - Fichier de résumé anonyme d'activité ambulatoire	19
3.5 Transmission des informations	19
IV – Qualité des informations et responsabilités	20
4.1 Qualité des informations	20
4.2 Confidentialité	20
4.3 Conservation des fichiers	20
4.4 Déclaration à la CNIL	20
Notes du guide méthodologique	21
Annexe 1 : Tableaux récapitulatifs pour l'activité de soins psychiatrie	25
Annexe 2 : Cotation de la dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne	27
Annexe 3 : Grille EDGAR	32
I - La date de l'acte	32
II – Le type et la nature des actes	32
1) Entretien	32
2) Démarche	33
3) Groupe	33
4) Accompagnement	33
5) Réunion clinique pour un patient	33
III - Le lieu de l'acte	34
Annexe 4 : Formats des fichiers de données	36
Annexe 5 : Liste des membres du groupe technique pour l'élaboration du guide méthodologique	38

I - Champ du recueil et définitions

1.1 Le champ du recueil

Le recueil d'information médicalisé en psychiatrie s'inscrit dans la logique des dispositions des articles L6113-7 et L6113-8 du code de la santé publique qui s'appliquent aux établissements de santé, publics ou privés en matière d'analyse de leur activité¹ (*les notes et références figurent en fin de document*).

1.1.1 La catégorie d'établissement

Le recueil s'applique aux établissements de santé, publics ou privés, (métropole et DOM) au sens de l'article L6111-2 du code de la santé publique², titulaires d'une autorisation d'activité de soins en psychiatrie au sens de l'article R6122-25 du code de la santé publique³.

Sont également concernés les établissements publics de santé spécifiquement dédiés à l'accueil des personnes incarcérées en application de l'article L6141-5 du code de la santé publique⁴ ainsi que les hôpitaux des armées, placés sous l'autorité du ministre de la défense qui concourent au service public hospitalier conformément aux articles L6147-7 et L6147-8 du code de la santé publique⁵.

Sont exclues du champ du recueil les activités réalisées par les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cures ambulatoires d'alcoologie. Ces structures relèvent du champ médicosocial en application de l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles⁶.

1.1.2 Les formes d'activités de soins – Nature de prise en charge

Le recueil porte sur l'ensemble des prises en charge sanitaires à temps complet, à temps partiel et ambulatoires, y compris la psychiatrie de liaison quel qu'en soit le lieu.

Ces prises en charge sont décrites par formes d'activité suite aux dispositions réglementaires relatives aux activités de soins en psychiatrie⁷.

Par convention pour ce recueil, et afin de mieux distinguer les différentes prises en charge à temps complet, la forme d'activité hospitalisation complète sera dénommée hospitalisation à temps plein.

Pour les prises en charge à temps complet, les formes d'activités suivantes sont distinguées :

- l'hospitalisation à temps plein
- les séjours thérapeutiques
- l'hospitalisation à domicile
- le placement familial thérapeutique
- les prises en charge en appartements thérapeutiques
- les prises en charge en centres de post-cure psychiatriques
- les prises en charge en centre de crise (incluant les centres d'accueil permanent et centres d'accueil et de crise)

Pour les prises en charge à temps partiel, les formes d'activités suivantes sont distinguées :

- l'hospitalisation à temps partiel de jour
- l'hospitalisation à temps partiel de nuit
- la prise en charge en centre d'activité thérapeutique à temps partiel et en atelier thérapeutique

Pour les prises en charge ambulatoires, les formes d'activités suivantes sont distinguées :

- l'accueil et les soins au centre médicopsychologique (CMP)
- l'activité d'accueil et de soins dans un lieu autre que les CMP. Cette activité concerne notamment la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médico-social. Cette activité recouvre aussi l'activité libérale ambulatoire des praticiens hospitaliers ; celle-ci doit alors pouvoir être distinguée de l'activité non libérale enregistrée dans cette forme d'activité.

L'activité d'expertise est exclue du dispositif comme en MCO où l'expertise est considérée comme une mission d'intérêt général (Art. D 162-6 1° c du code de la sécurité sociale).

Les actions pour la communauté ne relèvent pas du présent recueil mais seront enregistrées sous forme d'une mission d'intérêt général (au sens de l'article D 162-6 du code de la sécurité sociale)⁸.

1.2 Le niveau de recueil

1.2.1 L'unité médicale

Les informations sont recueillies au niveau de l'unité médicale, définie comme un ensemble individualisé de moyens matériels et humains, repéré par un code spécifique dans une nomenclature déterminée par l'établissement. Afin de pouvoir développer une comptabilité analytique permettant de mesurer le coût d'unités d'œuvre homogènes, il est souhaitable que les unités médicales soient définies de telle sorte qu'à chacune ne corresponde qu'une seule forme d'activité selon la définition donnée au 1.1.2.

Par exemple :

Dans les établissements publics et dans certains établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), l'unité médicale correspond à une « unité fonctionnelle » d'activité au sens de la comptabilité analytique ou à un groupe d'unités fonctionnelles de mêmes formes d'activités.

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

En outre, les établissements ont la possibilité de définir des unités médicales pour des activités spécifiques, par exemple de géro-psycho-geriatrie, adolescents, unités pour malades agités et perturbateurs (UMAP), unités de soins intensifs en psychiatrie (USIP)...

Lorsque ces unités sont constituées en dispositif intersectoriel formalisé de type Fédération, Département ou Service, elles doivent alors être identifiées par un code spécifique de dispositif intersectoriel (2.1.1.B-2)

1.2.2 Caractéristiques générales du recueil

Pour les prises en charge à temps complet ou partiel, les informations sont enregistrées sous forme d'un résumé de séjour qui correspond à une ou plusieurs séquences (description du détail des informations au paragraphe 2.1.1) et pour les prises en charge ambulatoire sous forme d'un relevé d'actes (description des informations au paragraphe 2.1.2).

Les informations constitutives du recueil sont extraites du système d'information des établissements. La mise en œuvre du recueil est soumise à une déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Les établissements peuvent, s'ils le souhaitent, recueillir et enregistrer des informations supplémentaires sous réserve d'une demande d'avis spécifique auprès de la CNIL.

A) Définition du séjour

Le séjour débute le premier jour de la prise en charge à temps complet ou à temps partiel par une équipe soignante dans un établissement ayant une activité de psychiatrie.

Le séjour se termine le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante de psychiatrie ou :

- lorsqu'il y a changement de forme d'activité au sens du 1.1.2,
- lorsque le patient quitte l'établissement au sens du 1.1.1,
- le jour de la sortie de l'activité de soins psychiatrie par mutation vers un autre service (MCO, SSR...) du même établissement.

B) Définition de la séquence

La séquence de soins débute le premier jour de la prise en charge à temps complet ou à temps partiel par une équipe soignante dans un établissement ayant une activité de psychiatrie.

La séquence de soins se termine le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante de psychiatrie ou :

- lorsque le patient change de mode légal de séjour (pour le temps plein exclusivement),
- lorsqu'il y a changement de trimestre civil,
- lorsqu'il y a sortie d'essai d'une durée supérieure à 48 heures,
- lorsqu'il y a changement d'unité médicale au sens du 1.2.1, (le changement de séquence à l'occasion d'un changement d'unité médicale est facultatif).

C) Définition du relevé d'actes

Le relevé d'actes s'applique uniquement aux activités réalisées dans le cadre de soins ambulatoires y compris la psychiatrie de liaison et les soins dispensés dans les services d'accueil des urgences. Ce relevé ne concerne pas les établissements sous OQN.

Il s'agit de relever les actes effectués :

- en présence du patient,
- en l'absence du patient mais qui contribuent au travail clinique ou thérapeutique au bénéfice du patient.

Les actes sont décrits selon la grille EDGAR (entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion) dans l'annexe 3.

1.3 Unités de compte de l'activité – correspondance avec d'autres recueils

Le recueil permet la mesure de l'activité par un décompte effectué notamment sous forme de journées, venues, nuitées, ou actes selon le type de prise en charge du patient.

Ce dénombrement permet ainsi de renseigner la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Un tableau de correspondance est proposé en annexe 1. Il reprend la nomenclature par « type d'activité » (TA) de la SAE, le recueil d'information médicalisée correspondant et l'unité de compte de l'activité.

Il est à noter que pour une prise en charge à temps complet, les journées de présence correspondent, pour les séquences de chaque séjour, à la différence entre la date de sortie et celle de l'entrée, déduction faite d'éventuels jours de permission.

Pour une prise en charge à temps partiel, il convient de relever :

- des venues ou demi-venues pour l'hospitalisation à temps partiel de jour ou la prise en charge en centre d'activité thérapeutique à temps partiel et en atelier thérapeutique
- des nuitées pour l'hospitalisation à temps partiel de nuit.
- Pour les établissements privés sous Objectif Quantifié National (OQN), il convient de remplacer les termes de demi-venues et venues par celui de séance en distinguant les séances d'une durée comprise entre 3 et 4 heures et les séances d'une durée comprise entre 6 et 8 heures⁹. Par séance, il faut entendre l'accueil et les soins d'un patient dans le cadre d'une prise en charge individuelle ou collective impliquant la participation d'un ou plusieurs intervenants.

Pour une prise en charge ambulatoire, il s'agit de relever par patient et par jour, les actes effectués dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire en précisant le nombre et la nature des actes, le lieu, et le type d'intervenant pour chacun des actes.

Les données du recueil permettent en outre de renseigner la section « Modalité de prise en charge des patients » des rapports annuels de secteur : l'identifiant permanent des patients, l'âge, le sexe, le mode légal de séjour, la nature de prise en charge, le nombre de jours de présence, le lieu des actes ambulatoires, constituant les informations élémentaires desquelles sont déduites les statistiques nécessaires au renseignement de ces documents.

II – Contenu du recueil

Les informations répertoriées ci-dessous définissent le recueil minimum obligatoire à mettre en place au sein des établissements ayant une activité en psychiatrie. Elles doivent être conformes au dossier médical.

Ce recueil comprend d'une part des informations nécessaires à la mesure de l'activité pour les prises charge à temps complet, partiel (paragraphe 2.1.1) et ambulatoire (paragraphe 2.1.2), d'autre part des informations destinées à des enquêtes récurrentes réalisées par les services de l'Etat (paragraphe 2.2).

2.1 Les informations nécessaires à la mesure de l'activité

2.1.1 Les prises en charge à temps complet ou à temps partiel

Les activités réalisées dans le cadre de prises en charge à temps complet ou partiel sont enregistrées sous forme d'un résumé par séquence, chaque séjour pouvant être scindé en une suite jointive de séquences. Lorsqu'un séjour est composé de plusieurs séquences, certaines informations restent constantes dans les différentes séquences ; celles-ci sont décrites au A ci-dessous. D'autres informations sont propres à chaque séquence ; elles sont décrites au B ci-dessous. Les résumés par séquences rassemblent ces deux groupes d'informations.

Il y a création de séquence au sein d'un séjour :

- le jour de début de prise en charge à temps complet ou partiel,
- à chaque changement de trimestre civil,
- à chaque changement d'unité médicale (facultatif),
- à chaque changement de mode légal de séjour,
- à chaque sortie d'essai d'une durée supérieure à 48 heures,
- à chaque retour de sortie d'essai d'une durée supérieure à 48 heures.
-

Exemples :

un malade est hospitalisé du 8 janvier au 26 mars 2006 dans la même unité médicale en hospitalisation libre : le séjour comporte une seule séquence (pas de changement de trimestre civil, ni d'unité médicale ni de mode légal pendant le séjour).

un malade est hospitalisé du 8 janvier au 6 avril 2006 dans la même unité médicale en hospitalisation libre : le séjour comporte deux séquences car il se déroule sur deux trimestres civils. La première séquence court du 8 janvier au 31 mars 2006, la deuxième séquence du 31 mars au 6 avril.

Par convention, la séquence correspondant à une fin de trimestre civil se ferme et se rouvre le jour même.

un malade est hospitalisé du 8 janvier au 6 avril 2006; du 8 janvier au 1^{er} février 2006, il est hospitalisé à la demande d'un tiers (HDT) dans une unité médicale A ; le 1^{er} février, il est muté dans l'unité médicale B, toujours en HDT ; le 4 février, son mode légal passe de l'HDT à l'hospitalisation libre, jusqu'à la fin de son séjour le 6 avril 2006. Le séjour comporte quatre séquences car il y a d'abord un changement d'unité médicale avant un changement de mode légal de séjour puis un changement de trimestre. La première séquence est enregistrée du 8 janvier au 1^{er} février 2006, la deuxième séquence du 1^{er} au 4 février 2006, la troisième séquence du 4 février au 31 mars 2006, la quatrième séquence du 31 mars au 6 avril.

Le malade de l'exemple 3 est réhospitalisé dans l'établissement du 3 juillet au 11 juillet 2006. Il y a création d'un nouveau séjour avec une seule séquence.

Un malade hospitalisé du 10 décembre 2006 au 31 janvier 2007 dans la même unité médicale. Son séjour comporte deux séquences. La première séquence est enregistrée du 10 décembre 2006 au 31 décembre 2006, la deuxième séquence du 31 décembre 2006 au 31 janvier 2007. Il n'y a pas de nouveau séjour malgré le changement d'année civile.

Un malade est hospitalisé du 8 janvier au 6 avril 2006. Il est hospitalisé à la demande d'un tiers (HDT) dans une unité médicale A du 8 janvier au 10 mars puis en hospitalisation libre du 10 mars au 6 avril 2006. Il bénéficie d'une sortie d'essai du 15 février au 6 mars 2006. Il est à nouveau hospitalisé du 6 mars au 6 avril

2006. Le séjour comporte cinq séquences. La première séquence est enregistrée du 8 janvier au 15 février 2006, la deuxième séquence du 15 février au 6 mars 2006, la troisième séquence du 6 mars au 10 mars 2006, la quatrième séquence du 10 mars au 31 mars 2006, la cinquième séquence du 31 mars au 6 avril 2006. Le séjour ne se termine pas avec la sortie d'essai. L'indicateur de séquence E (voir 2.1.1 B 4)) permet de repérer la séquence correspondant à la période de sortie d'essai (ici la deuxième séquence)

Un malade est pris en charge en hospitalisation à temps partiel de jour du 8 janvier au 6 avril 2006 dans l'unité médicale A chaque lundi et jeudi. Le même malade est pris en charge en centre d'activité thérapeutique à temps partiel, chaque mardi et jeudi dans l'unité B du 10 avril 2006 au 31 janvier 2007.

Il convient d'enregistrer deux séjours pour ce patient.

Le premier séjour porte sur la période du 8 janvier au 6 avril 2006 et comporte deux séquences. La première séquence est enregistrée du 8 janvier au 31 mars 2006, la deuxième séquence du 31 mars au 6 avril 2006. Pour chacune de ces séquences, le nombre de venues est précisé (voir 2.1.1 B 7).

Le deuxième séjour porte sur la période du 10 avril au 31 janvier 2007 et comporte quatre séquences. La première séquence est enregistrée du 10 avril au 30 juin 2006, la deuxième séquence du 30 juin au 30 septembre 2006, la troisième séquence du 30 septembre au 31 décembre 2006, la quatrième séquence du 31 décembre 2006 au 31 janvier 2007. Pour chacune de ces séquences, le nombre de venues est précisé (voir 2.1.1 B 7).

A - Les informations constantes au cours du séjour

1) Les numéros FINESS juridique et géographique de l'établissement

Les deux numéros FINESS, celui de l'entité juridique et celui de l'établissement, doivent être recueillis. Pour connaître ces numéros ou pour obtenir la délivrance d'une fiche de situation FINESS, les établissements peuvent s'adresser aux DRASS et aux DDASS qui assurent la mise à jour du répertoire FINESS. (Pour en savoir plus : <http://finess.sante.gouv.fr/finess/>).

Dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), les structures de santé sont identifiées par deux numéros FINESS à 9 caractères dont les 2 premiers correspondent au numéro de département d'implantation : le numéro de l'établissement (lieux dans lesquels s'exercent les activités de soins) le numéro de l'entité juridique (structure détenant l'autorisation) à laquelle un ou plusieurs établissements sont rattachées.

Il est à noter que lors de la télétransmission sur e-pmsi, l'adéquation des numéros FINESS avec le descriptif des établissements enregistré dans cette plateforme est vérifiée pour chaque résumé d'information médicalisé. Les établissements déclarés dans e-pmsi pour un autre champ sanitaire (MCO, SSR, HAD) devront alors utiliser, pour le présent recueil, le numéro FINESS figurant dans la fiche établissement en tant que numéro FINESS juridique pour les établissements sous DGF et en tant que numéro FINESS géographique pour les établissements sous OQN.

2) Numéro d'identification permanent du patient (IPP) dans l'entité juridique

Numéro, créé dans le système d'information de l'entité juridique, permettant de référencer sous un identifiant unique et permanent l'ensemble des informations relatives à un patient quelle que soit la nature de la prise en charge. Pour mémoire, ce numéro n'est pas le numéro d'inscription des personnes physiques.

Ce numéro est conservé et utilisé à chaque nouvelle prise en charge du patient, indépendamment du numéro de séjour, quel qu'en soit le lieu au sein de l'entité juridique. L'entité juridique doit se donner les moyens de s'assurer de la fiabilité de l'IPP. La taille de l'IPP ne doit pas excéder 20 caractères.

L'IPP a aussi pour objet de permettre de comptabiliser la file active au niveau de l'établissement (SAE) et des secteurs et dispositifs intersectoriels (Rapport d'activité des secteurs de psychiatrie) (cf. 1.3).

3) Date de naissance du patient

La date de naissance du patient est la date figurant sur les documents d'état civil.

Si le patient est l'assuré, la date de naissance figure sur la carte *Vitale* et sur l'attestation associée ; si le patient est ayant droit elle figure sur l'attestation .

Il convient d'indiquer le jour, le mois et l'année sous la forme (JJMMAAAA).

Si le jour n'est pas connu précisément, porter par défaut le 1er jour du mois (01). De même, si le mois n'est pas connu précisément, porter par défaut le mois de janvier (01). Dans l'éventualité, très rare, où l'année de naissance ne pourrait être renseignée même approximativement par le 1er janvier de la décennie, laisser l'année à blanc.

Lorsque le droit au secret de l'admission ou à l'anonymat bénéficie à la personne soignée en application des articles R1112-28 et R1112-38 du code de la santé publique¹⁰, les informations relatives à la date de naissance sont limitées à l'année de naissance.

4) Sexe du patient

Il s'agit de préciser, en référence à l'état civil, si le patient est de sexe masculin (code 1) ou féminin (code 2).

5) Code postal de résidence

Il correspond au code postal du lieu de résidence pour les patients résidant en France ou au code du pays de résidence (comme défini par l'INSEE) précédé de « 99 » pour les patients résidant hors de France. Ainsi, cette information est constamment codée sur 5 caractères.

Si l'on ne connaît pas le code postal, il convient de noter le code département suivi de 999.

Si l'on ne connaît ni le code postal ni le code département, il convient de noter :

- 99100 pour un patient résidant en France ;
- 99 suivi de 999 sinon (i.e. code du pays de résidence est inconnu).

Les informations relatives au code postal de résidence doivent être en cohérence avec celles renseignées dans le dossier médical notamment lorsque plusieurs lieux de résidence peuvent être renseignés (enfants en accueil temporaire, famille d'accueil...).

Pour les patients qui sont hospitalisés depuis plusieurs années dans un établissement de psychiatrie ou pris en charge en milieu pénitentiaire, le code postal de résidence est celui du dernier lieu de résidence connu.

Pour les sans abris, il conviendra de noter l'information la plus précise si elle est connue et de noter le code Z59.0 de la CIM-10 dans la rubrique Diagnostics et facteurs associés (voir infra B-10).

Conformément à l'article R6113-1 du code de la santé publique, les données relatives au lieu de résidence ne sont pas recueillies lorsqu'une personne peut légalement être admise dans un établissement de santé ou y recevoir des soins en gardant l'anonymat. Par convention, il convient de noter dans ce cas 99999 pour le code postal de résidence.

6) Nature de prise en charge

Pour chaque séjour, il convient de sélectionner le code correspondant à la nature de la prise en charge réalisée.

Pour les prises en charge à temps complet :

- l'hospitalisation à temps plein (code 01)
- les séjours thérapeutiques (code 02)
- l'hospitalisation à domicile (code 03)
- le placement familial thérapeutique (code 04)
- les prises en charge en appartements thérapeutiques (code 05)
- les prises en charge en centres de post-cure psychiatriques (code 06)
- les prises en charge en centre de crise (incluant les centres d'accueil permanent et centres d'accueil et de crise) (code 07)

Pour les prises en charge à temps partiel :

- l'hospitalisation à temps partiel de jour (code 20)
- l'hospitalisation à temps partiel de nuit (code 21)
- la prise en charge en centre d'activité thérapeutique à temps partiel et en atelier thérapeutique (code 22)

Comme indiqué au 1.2.2-A, en cas de changement de nature de prise en charge, il convient de clore le premier séjour et de créer un nouveau séjour.

7) Numéro de séjour

Ce numéro a pour objectif de permettre d'établir un lien entre les résumés de séquence d'un même séjour ainsi qu'entre le résumé de séjour et le dossier administratif du patient correspondant. Il revient à chaque établissement de définir les principes d'attribution de ce numéro de séjour qui en principe doit être le même que le numéro de séjour attribué au patient par l'administration lors de son admission.

Le nombre de caractères est donc propre à chaque établissement mais ne doit pas excéder 20 caractères.

Il importe néanmoins que ce numéro permette de :

- relier chaque résumé de séjour 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 numéro de séjour est créé le jour de l'admission pour le temps complet ou le jour du début de la prise en charge pour le temps partiel. Le numéro de séjour change :

- à chaque nouvelle admission pour les prises en charge à temps complet
- en cas de changement de nature de prise en charge pour les prises en charge à temps complet ou à temps partiel (au sens du 1.1.2)

En revanche, pour un patient pris en charge à temps partiel dans un même établissement, un même séjour (et par conséquent un même "numéro de séjour") peut recouvrir des prises en charge discontinues programmées qui relèvent de la même nature de prise en charge. Par prise en charge discontinuée programmée, on entend les prises en charge à temps partiel telles que, lors de chaque venue, la date de la suivante est fixée.

Exemple :

Si un patient est pris en charge en hospitalisation à temps plein du 8 décembre 2006 au 13 décembre 2006 et qu'il est pris en charge en hospitalisation de jour à partir du 15 décembre 2006 au sein du même établissement, deux "numéros de séjours" lui seront attribués :

** l'un pour sa prise en charge en hospitalisation à temps plein,*

** et l'autre pour celle en hospitalisation de jour*

l'hospitalisation à temps plein et l'hospitalisation de jour correspondent à deux natures de prise en charge distinctes (01 et 20).

8) Date d'entrée de séjour

C'est le jour de l'admission dans la structure de prise en charge à temps complet ; à temps partiel, il s'agit du premier jour de la prise en charge par l'équipe soignante.

Il convient d'indiquer le jour, le mois et l'année sous la forme JJMMAAAA.

9) Date de sortie de séjour

C'est la date de sortie de la structure de prise en charge à temps complet. Pour les prises en charge à temps partiel, il s'agit du dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante.

Il convient d'indiquer le jour, le mois et l'année sous la forme JJMMAAAA. Si à la date de constitution des fichiers de résumés de séquence, la sortie du patient n'a pas eu lieu, il convient de laisser cette information à blanc.

Les permissions (article 1152-56 du code de la santé publique), sorties d'essai (article L3211-11¹¹ du CSP) et absences de très courte durée (inférieures à 12h) accompagnées par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie (art. L3211-11-1¹² du CSP), n'ont pas d'incidence sur les dates d'entrées et de sorties puisque le séjour n'est pas interrompu.

10) Mode d'entrée et provenance

Pour les prises en charge à temps complet et à temps partiel, il convient de renseigner le mode d'entrée et de préciser la provenance, si le mode d'entrée le nécessite, à l'instar de ce qui est fait en PMSI MCO, SSR ou HAD.

Il convient d'indiquer les modes d'entrée suivants :

- Mutation (code 6)

Le patient vient 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 activité de soins que la psychiatrie.

- Transfert (code 7)

Le patient vient d'un autre établissement ou entité juridique dans lequel il était hospitalisé à temps complet

- Domicile (code 8)

Le patient vient de son domicile ou d'un substitut du domicile. Ce mode inclut les entrées à partir de la voie publique, les retours des patients sortis sans autorisation.

Les provenances peuvent être les suivantes :

- en cas d'entrée par transfert ou par mutation :

- en provenance d'une unité de MCO (code 1),
- en provenance d'une unité de soins de suite ou de réadaptation (code 2),
- en provenance d'une unité de soins de longue durée (code 3),
- en provenance d'une unité de psychiatrie (code 4),

- en cas d'entrée à partir du domicile :

- avec passage dans la structure d'accueil des urgences de l'établissement (code 5),
- bénéficie d'une hospitalisation à domicile (code 6),
- en provenance d'une structure d'hébergement médico-sociale (code 7).

NB : lorsque le patient passe par la structure des urgences en provenance d'un établissement d'HAD ou d'hébergement, il convient de privilégier le code 5 aux dépens des codes 6 et 7.

11) Mode de sortie et destination

Pour les prises en charge à temps complet et à temps partiel, il convient de renseigner le mode de sortie et de préciser la destination, si le mode de sortie le nécessite, à l'instar de ce qui est fait en PMSI MCO, SSR ou HAD.

Il convient d'indiquer les modes de sortie suivants :

- Sans autorisation (code 4)

Ce mode de sortie correspond aux fugues et sorties contre avis médical.

- Mutation (code 6)

Le patient sort vers 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 activité de soins que la psychiatrie.

- Transfert (code 7)

Le patient sort vers un autre établissement ou entité juridique dans lequel il sera hospitalisé à temps complet

- Domicile (code 8)

Le patient rentre chez lui, y compris dans une structure d'hébergement médico-sociale.

- Décès (code 9)

Le patient est décédé dans l'unité médicale.

Les sorties à l'essai ne font pas l'objet de l'enregistrement d'une sortie puisque le séjour n'est pas clos mais sont signalées par un indicateur de séquence (lettre E) (voir infra 2.1.1 B 4).

Les sorties temporaires (patients sortis d'hospitalisation pour une durée supérieure au délai légal de permission avec l'accord du médecin et pour lesquels un retour est prévu) sont assimilées à des sorties au domicile car un nouveau séjour est créé au retour du patient.

Les destinations peuvent être les suivantes :

- en cas de sorties par transfert ou par mutation :
 - vers une unité de MCO (code 1),
 - vers une unité de soins de suite ou de réadaptation (code 2),
 - vers une unité de soins de longue durée (code 3),
 - vers une unité de psychiatrie (code 4),
- en cas de sortie vers le domicile :
 - avec hospitalisation à domicile (code 6),
 - vers une structure d'hébergement médico-sociale (code 7).

Si à la date de constitution des fichiers de résumés de séquence, la sortie du patient n'a pas eu lieu, il convient de laisser cette information à blanc.

B - Les informations propres à chaque séquence

1) Le numéro d'unité médicale

Il convient de noter le numéro d'unité médicale dans laquelle le patient est pris en charge.

2) Le numéro de secteur ou de dispositif intersectoriel

Les établissements sectorisés devront indiquer le numéro à 5 caractères du secteur dans lequel le malade est pris en charge.

*Un **dispositif intersectoriel**, tel qu'identifié ici et dans les rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, est créé par délibération des instances de l'établissement (CA-CME). Ce sont des unités qui assurent des missions sectorielles pour le compte de plusieurs secteurs de psychiatrie (générale ou infanto-juvénile). Il correspond ou est rattaché à une fédération, à un département ou à un service, et comporte une ou plusieurs activités, un ou plusieurs types d'équipements, une ou plusieurs unités fonctionnelles.*

Sont exclues ici : les unités placées sous la responsabilité d'un praticien du secteur assurant des prestations pour le compte d'autres secteurs, avec les moyens propres du secteur, et le cas échéant des moyens provenant des autres secteurs concernés. Dans ce cas, le numéro à renseigner est le code du secteur du praticien.

Le numéro de secteur ou de dispositif intersectoriel se décompose de la façon suivante :

Le numéro de secteur ou de dispositif intersectoriel se décompose de la façon suivante :

2 premiers caractères = n° du département

3^{ème} caractère = identification du type de secteur ou de dispositif intersectoriel par une lettre :

- *G = secteur de psychiatrie générale,*
- *I = secteur de psychiatrie infanto-juvénile,*
- *P = secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire*
- *Z = dispositif intersectoriel formalisé*

2 derniers caractères = n° du secteur ou du dispositif intersectoriel au sein de l'établissement.

Pour la Corse et les DOM, les codes départements à utiliser sont les suivants :

- 2A : Corse du Sud
- 2B : Haute Corse
- 96 : Guadeloupe
- 97 : Martinique
- 98 : Guyane
- 99 : Réunion

Pour les unités pour malades difficiles à vocation interrégionale (UMD), il est convenu d'indiquer le code du département d'implantation suivi de la lettre D et de 00.

Pour les établissements non sectorisés, il conviendra de laisser la zone à blanc.

3) Le mode légal de séjour

Cette information concerne exclusivement l'hospitalisation temps plein (code nature de séjour 01). Laisser à blanc pour les séjours avec d'autres types de prise en charge

Le mode légal de séjour au cours de la séquence est codé de la manière suivante :

- Hospitalisation libre (code 1),
 - Hospitalisation à la demande d'un tiers¹³ (code 2),
 - Hospitalisation d'office (code 3),
 - Article 122.1 du code pénal et article L3213-7 du code de la santé publique ¹⁴ pour les personnes jugées pénalement irresponsables (code 4),
 - Ordonnance Provisoire de Placement (OPP) (code 5)¹⁵.
- Pour les détenus :
- Art D 398 du code de procédure pénale¹⁶ (code 6).

4) Indicateur de séquence correspondant à une sortie d'essai

Dans le cas d'une sortie d'essai d'une durée supérieure à 48 heures, il convient de clore la séquence qui précède cette sortie et d'ouvrir le jour de la sortie d'essai une nouvelle séquence, en renseignant l'indicateur de séquence par la lettre E. Dans les autres cas, cet indicateur reste à blanc.

5) Date de début de séquence

Pour la première séquence du séjour, il s'agit de la date d'entrée de séjour. Dans les autres cas, elle correspond à la date de survenue d'un événement entraînant la création d'une nouvelle séquence.

Il convient d'indiquer le jour, le mois et l'année sous la forme JJMMAAAA.

6) Date de fin de séquence

Pour les séjours ne comprenant qu'une seule séquence ou la dernière séquence d'un séjour, il s'agit de la date de sortie du séjour. Pour les autres cas, la date de fin de séquence est égale à la date de début de la séquence suivante.

Il convient d'indiquer le jour, le mois et l'année sous la forme JJMMAAAA.

7) Nombre de jours de présence

Pour les prises en charge à temps complet, il correspond à la durée de la séquence (date de fin moins date de début soustraction faite des jours de permission), augmentée d'une journée en cas de décès. Il est souhaitable que l'information relative aux permissions soit enregistrée en temps réel, permettant ainsi une automatisation du décompte des journées de présence, procédure plus simple et plus fiable.

Pour les prises en charge à temps partiel, il correspond au nombre de venues ou de séances de 6 à 8 heures. De même, il est souhaitable d'enregistrer cette information en temps réel.

8) Nombre de demi-journées de présence

Pour les prises en charge à temps partiel, il correspond au nombre de demi-venues ou de séances de 3 à 4 heures. Là aussi, il est souhaitable d'enregistrer cette information en temps réel.

9) Diagnostic principal ou motif de prise en charge principal

Le diagnostic principal ou motif principal de prise en charge, est celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins pendant la durée de la séquence. Il peut éventuellement évoluer durant un séjour et donc changer d'une séquence à l'autre.

Il est renseigné quel que soit l'âge du patient, exclusivement par un code de la Classification internationale des maladies dans sa 10^{ème} révision (CIM-10). Il peut s'agir d'un trouble mental ou du comportement (chapitre V), d'une affection somatique (chapitres I à XVII et XIX), le cas échéant d'un symptôme ou d'un résultat anormal d'examen (chapitre XVIII) ou d'un autre motif de recours aux soins (chapitre XXI).

Le diagnostic principal ou motif principal de prise en charge doit être codé avec quatre caractères chaque fois qu'il appartient à une catégorie subdivisée de la CIM-10. Il ne peut être codé avec trois caractères que lorsque la catégorie n'est pas subdivisée.

Exemple :

- une schizophrénie doit être codée F20.0 à F20.9 ; l'emploi de F20 n'est pas autorisé ;
- en revanche une démence sans précision est codée avec 3 caractères : F03.

- L'emploi d'extensions à 5 voire 6 caractères est autorisé :
- - conformément à ce qui est indiqué dans les Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic¹⁷ issues du chapitre V de la CIM-10,
- - mais aussi comme proposé par la CIM-10 (chapitres XIII et XIX), ou encore comme définies pour le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans les autres champs sanitaires (MCO notamment).

Par ailleurs, l'utilisation d'un 7^{ème} ou d'un 8^{ème} caractère est possible en interne à chaque établissement. Les caractères non renseignés devront être laissés à blanc

10) Diagnostics et facteurs associés

Les diagnostics et facteurs associés comprennent toutes les morbidités associées ayant contribué à alourdir la prise en charge et les facteurs permettant de mieux décrire les circonstances des problèmes de santé au cours de la séquence :

- pathologie(s) psychiatrique(s) associée(s) au diagnostic ou au motif de prise en charge principal ;
- pathologie(s) somatique(s) ;
- facteurs d'environnement influant sur l'état de santé (*facteurs susceptibles de menacer la santé des sujets, tels que certaines conditions socio-économiques et psychosociales et les éventuels antécédents personnels et familiaux de certaines affections*) ;
- cause externe de morbidité (*cause externe responsable de lésions traumatiques, d'intoxication, et d'autres effets indésirables, notamment les circonstances des agressions et des lésions auto-infligées*).

Le codage des diagnostics et facteurs associés est effectué au terme de chaque séquence. Ce codage utilise exclusivement la CIM-10 (cf supra) Il est possible de renseigner autant de diagnostics et facteurs associés que de besoin, à concurrence de 99. Le nombre de diagnostics devra être déterminé automatiquement par dénombrement du nombre de codes renseignés.

11) Cotation de la dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ)

La dépendance du patient est évaluée au début du séjour pour les patients pris en charge à temps complet. Elle peut évoluer durant un séjour et donc changer d'une séquence à l'autre.

La dépendance physique et relationnelle du patient est évaluée pour chacune des 6 variables :

- Habillage
- Déplacement/Locomotion
- Alimentation
- Continence
- Comportement
- Relation

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

- Indépendance (1)
- Supervision ou arrangement (2)
- Assistance partielle (3)
- Assistance totale (4).

Les consignes de cotation figurent en annexe 2.

12) Nombre de jours d'isolement thérapeutique

Cette rubrique ne doit être renseignée que pour les patients pris en charge en hospitalisation à temps plein. Il convient de relever le nombre de jours où le patient a fait l'objet d'un isolement selon le protocole de surveillance de l'HAS¹⁸. Là aussi, il est souhaitable d'enregistrer cette information en temps réel.

13) Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire

En cas d'accompagnement thérapeutique dans le milieu scolaire, il convient de renseigner l'indicateur par la lettre S ; pour les autres cas, l'indicateur reste à blanc. L'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire est défini de la façon suivante :

- scolarisation minimale de 10 heures par semaine sur le lieu de soin ou
- rencontres hebdomadaires d'un membre de l'équipe soignante avec le personnel de l'éducation nationale (médecin de l'Education nationale, psychologue scolaire, infirmière scolaire, enseignant) ou de l'organisme socio-éducatif sur le lieu scolaire ou socio-éducatif pour l'intégration de l'enfant en milieu scolaire.

2.1.2 Les prises en charge ambulatoires

Ce recueil concerne l'ensemble des établissements ayant une activité de psychiatrie en ambulatoire hormis les établissements sous OQN.

Ce recueil ne concerne en aucun cas un acte effectué pour un patient pris en charge selon la forme d'activité hospitalisation à temps plein dans une unité médicale de psychiatrie de l'établissement. En revanche, les patients pris en charge selon d'autres modalités à temps complet (type appartement thérapeutique, accueil familial thérapeutique...) peuvent se voir compter un acte ambulatoire.

Les actes effectués pour un patient pris en charge en hospitalisation à temps partiel dans une unité médicale de psychiatrie de l'établissement doivent être comptabilisés s'ils n'ont pas lieu pendant le même temps de prise en charge. Exemple : Un patient vient en hôpital de jour le matin et rencontre un psychologue en CMP l'après-midi. Une demi-venue en hospitalisation de jour et un acte en CMP seront enregistrés. En revanche, il est impossible de compter deux prises en charge (l'une à temps partiel, l'autre ambulatoire) ayant lieu pendant la même demi-journée. Dans un tel cas, seule la prise en charge à temps partiel fera l'objet d'un enregistrement.

Les règles de gestion spécifiant les modalités d'association des différentes formes d'activités seront précisées ultérieurement.

Ce recueil comprend des informations pouvant être constantes d'un acte au suivant pour un même patient (rubriques 1 à 10) et des informations propres à chaque acte (rubriques 11 à 16). Les informations décrites dans les rubriques 1 à 3 et 5 à 10 correspondent dans leur définition à celles décrites pour les prises en charge à temps complet ou à temps partiel. Les informations demandées dans les rubriques 11 à 16 sont décrites de manière plus détaillée dans l'annexe 3. Des consignes précises de remplissage de la SAE et des rapports d'activités des secteurs psychiatriques à partir de ces informations seront diffusées dans les guides de ces enquêtes à partir de 2007.

Le lien entre les différents actes réalisés en ambulatoire comme les éventuelles prises en charge en temps complet ou temps partiel pour un même patient, se fait par l'intermédiaire de l'IPP. Pour les établissements ne disposant pas d'un IPP constant entre les différents lieux possibles de prise en charge pour un même patient, l'activité en ambulatoire sera renseignée de manière agrégée pour les informations des rubriques 11 à 16. Cette modalité est décrite dans la section transmission des fichiers de sortie (3.2 A).

Pour chaque acte réalisé, les informations suivantes sont renseignées :

1) Numéros FINESS juridique et géographique

2) Numéro de secteur ou dispositif intersectoriel

3) Numéro d'unité médicale

4) Nature de prise en charge

Pour chaque acte, la nature de la prise en charge est renseignée avec un des codes suivants :

l'accueil et les soins au CMP (code 30),

l'activité d'accueil et de soins dans un lieu autre que les CMP (cf infra, point 13) où ces soins sont effectués. Cette activité concerne notamment la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médico-social (code 31)

5) Numéro d'identification permanent du patient (IPP) dans l'entité juridique

6) Date de naissance du patient

7) Sexe du patient

8) Code postal de résidence

9) Diagnostic principal ou motif de prise en charge principal

10) Diagnostics et facteurs associés

11) La date de l'acte

Pour chaque acte, la date de réalisation de l'acte est renseignée sous la forme JJMMAAAA

12) La nature de l'acte

Selon la terminologie de la grille EDGAR, les actes doivent être codés de la façon suivante avec une seule réponse possible par acte :

- Entretien	code E
- Démarche	code D
- Groupe	code G
- Accompagnement (avec ou sans déplacement)	code A
- Réunion clinique pour un patient	code R

13) Le lieu de l'acte

Pour chaque acte, le lieu de la réalisation de l'acte est renseigné avec un des codes suivants :

Centre Médico Psychologique (CMP)	L01
Centre de consultations externes de psychiatrie dans l'établissement	L02
Etablissement social ou médico-social sans hébergement	L03
Etablissement scolaire, crèche ou centre de formation	L04
Protection maternelle Infantile	L05
Etablissement pénitentiaire	L06
Domicile du patient (<i>en dehors du cadre de l'hospitalisation à domicile</i>) ou substitut du domicile (<i>incluant les appartements protégés, les placements familiaux non sanitaires</i>)	L07
Etablissement social ou médico-social avec hébergement (<i>y compris maisons de retraite</i>)	L08
Unité d'hospitalisation (MCO-SSR-Long séjour)	L09
Unité d'accueil d'urgence (SU)	L10

14) La catégorie professionnelle de l'intervenant

Pour chaque acte effectué pour un patient, il convient d'indiquer la catégorie professionnelle de l'intervenant en utilisant les codes suivants :

Membres du corps médical	code M
Infirmiers et encadrement infirmier	code I
Psychologues	code P
Assistants sociaux	code A
Personnel de rééducation	code R
Personnel éducatif	code E
Autres intervenants soignants (dont aides-soignants)	code S
Plusieurs catégories professionnelles dont membres du corps médical	code X
Plusieurs catégories professionnelles sans membres du corps médical	code Y

15) Le nombre d'intervenants

Il s'agit de relever, pour chaque acte effectué pour un patient, le nombre d'intervenants ayant réalisé l'acte, toutes catégories professionnelles confondues. Pour ce décompte, doivent seuls être considérés les intervenants rémunérés par l'établissement sur une dotation sanitaire.

16) Indicateur d'activité libérale

En cas de réalisation de l'acte dans le cadre de l'activité libérale des praticiens des hôpitaux publics, il convient de renseigner l'indicateur par la lettre L ; pour les autres cas, l'indicateur reste à blanc.

2.2 Les informations complémentaires

En complément des informations nécessaires à la mesure de l'activité, les établissements devront recueillir des informations qui ne relèvent pas du champ du recueil d'information médicalisée en psychiatrie.

Si les variables correspondantes appartiennent au recueil minimum obligatoire, elles se différencient toutefois des autres variables par le fait qu'elles ne font pas l'objet de transmissions trimestrielles systématiques, mais seront l'objet de transmissions ponctuelles organisées par les services de l'Etat avec pour objectif l'amélioration de la connaissance de l'activité de l'établissement et des populations prises en charge

Les données doivent être recueillies par patient, quel que soit le type de prise en charge (temps complet, temps partiel, ambulatoire). Les informations sont relatives aux caractéristiques sociales du patient susceptibles d'influer sur les modalités du traitement de celui-ci : nature du domicile, mode de vie, situation scolaire, situation professionnelle, prestation liée à un handicap, bénéficiaire d'un minimum social, bénéficiaire de la CMU, responsabilité légale, protection juridique. Ces informations sont en cours de définition, mais seront toutes de type catégoriel, le nombre de catégories différentes pour chaque type d'information n'excèdera pas 9. La connexion de ces informations avec les autres informations du recueil pourra se faire via l'IPP. Pour mémoire, ces informations étaient recueillies systématiquement dans la fiche par patient des établissements sectorisés.

III – Constitution, chaînage, anonymisation et transmission des fichiers d'activité

3.1 Constitution de fichiers de résumés de séquence

Chaque trimestre, un fichier de résumés par séquences non groupées doit être produit sous la responsabilité du médecin responsable de l'information médicale.

Il est constitué par tous les résumés de séquences dont la date de fin est comprise dans le trimestre civil considéré. Il comprend les informations décrites au 2.1.1 et respecte le format indiqué en annexe 4. Le strict respect du format est nécessaire à la prise en compte des données par le logiciel d'anonymisation (voir infra 3.4 A).

3.2 Constitution de fichiers d'activité ambulatoire

La constitution de fichiers d'activité ambulatoire concerne l'ensemble des établissements ayant une activité de psychiatrie en ambulatoire hormis les établissements sous OQN.

Chaque trimestre, un fichier d'activité ambulatoire, sous forme agrégée, doit être produit sous la responsabilité du médecin chargé de l'information médicale. Pour les établissements en mesure de produire un fichier d'activité ambulatoire sous forme détaillée, le fichier agrégé en sera déduit, au moyen d'un logiciel mis à disposition des établissements ; cette mise à disposition se fera à titre gracieux. Dans ce cas, les fichiers d'activité ambulatoire agrégée comme détaillée seront transmis, selon la procédure décrite ci-dessous.

A - Fichier d'activité ambulatoire sous une forme agrégée

Pour un trimestre civil, il s'agit de dénombrer, par lieu, nature d'acte et type d'intervenant :

- le nombre d'actes réalisés en dehors de l'activité libérale
- le nombre d'actes réalisés dans le cadre de l'activité libérale
- le nombre de patients pris en charge en dehors de l'activité libérale
- le nombre de patients pris en charge dans le cadre de l'activité libérale.

Le lieu comprend les informations relatives aux numéros FINESS juridique et géographique (cf 2.1.2-1), au numéro de secteur ou dispositif intersectoriel (cf 2.1.2 2)) ainsi que le lieu de réalisation de l'acte (cf 2.1.2-13). Le code acte est conforme à la description faite de la nature de l'acte au 2.1.2-12. De même le type d'intervenant est conforme à la description faite au 2.1.2-14. L'activité libérale est conforme à la description faite au 2.1.2-16.

Le fichier ainsi produit respecte le format indiqué en annexe 4. Le strict respect du format est nécessaire à la prise en compte des données par le logiciel de transmission (voir infra 3.5).

B - Fichier d'activité ambulatoire sous une forme détaillée

Il est constitué par tous les résumés d'actes dont la date de réalisation est comprise dans le trimestre civil considéré. Il comprend les informations décrites au 2.1.2 et respecte le format indiqué en annexe 4. Le strict respect du format est nécessaire à la prise en compte des données par le logiciel d'anonymisation (voir infra 3.4 B).

3.3 Fichier nécessaire à la procédure de chaînage des séjours

Le fichier VID_HOSP est produit conformément à la procédure de chaînage anonyme des résumés et fichiers par cryptage irréversible décrite 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). Ce fichier correspond aux séjours ayant des séquences dont la date de fin est comprise dans le trimestre civil considéré.

3.4 Les fichiers anonymes

A - Fichier de résumés anonymes par séquence

La production de résumés anonymes par séquence est effectuée à partir des fichiers de résumés de séquences non groupés. Elle est le résultat d'un processus automatique réalisé par un module logiciel générateur de résumés anonymes par séquence fourni par les services de l'État.

Les variables suivantes du résumé par séquence ne figurent pas dans le résumé anonyme de séquence :

- l'IPP ;
- le numéro de séjour;
- l'unité médicale ;
- la date de naissance ;
- le code postal du domicile ;
- les dates d'entrée et de sortie du séjour, de début et de fin des séquences

Les variables suivantes sont ajoutées :

- le résultat du cryptage irréversible de l'IPP par technique de hachage distincte de celle mise en œuvre pour le chaînage ;
- un numéro séquentiel de séjour (différent du numéro de séjour généré par l'établissement) ;
- l'âge calculé à la date d'entrée, en années, ou en jours pour les enfants de moins de un an à cette date ;
- le code géographique attribué selon une liste convenue au niveau national ;
- un numéro séquentiel de séquence au sein de chaque séjour ;
- le délai entre la date de début de la séquence et la date d'entrée du séjour ;
- le nombre de jours couverts par la séquence ;
- le mois et l'année de la date de fin de séquence

B - Fichier de résumé anonyme d'activité ambulatoire

La production de résumé anonyme d'activité ambulatoire est effectuée à partir des fichiers d'activité ambulatoire détaillée. Elle est le résultat d'un processus automatique réalisé par un module logiciel générateur de résumé anonyme d'acte fourni par les services de l'État.

Les variables suivantes ne figurent pas dans le résumé anonyme d'acte:

- l'IPP ;
- l'unité médicale ;
- la date de naissance ;
- le code postal du domicile ;
- la date de réalisation de l'acte

Les variables suivantes sont ajoutées :

- le résultat du cryptage irréversible de l'IPP par technique de hachage distincte de celle mise en œuvre pour le chaînage ;
- l'âge calculé à la date d'entrée, en années, ou en jours pour les enfants de moins de un an à cette date ;
- le code géographique attribué selon une liste convenue au niveau national ;
- le mois et l'année de la date de réalisation de l'acte

3.5 Transmission des informations

L'établissement transmet à l'agence régionale de l'hospitalisation, conformément à l'arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement :

- le fichier de résumés anonymes par séquence
- le fichier de résumé anonyme d'acte .
- sinon, le cas échéant, le fichier d'activité ambulatoire sous une forme agrégée.

Cette transmission s'effectue par une méthode de télétransmission agréée par les services de l'Etat¹⁹. La périodicité est trimestrielle. La transmission d'un trimestre civil doit être effectuée au cours du mois suivant, avec cumul du trimestre précédent de la même année civile ; ce cumul permet de prendre en compte d'éventuels défauts d'exhaustivité des données et d'éviter les doubles comptes.

Exemple :

- le 30 avril de l'année n au plus tard, transmission des fichiers du premier trimestre de l'année n
- le 31 juillet de l'année n au plus tard, transmission des fichiers des deux trimestres de l'année n
- le 31 octobre de l'année n au plus tard, transmission des fichiers des trois trimestres de l'année n
- le 31 janvier de l'année n+1 au plus tard, transmission des fichiers des quatre trimestres de l'année n

IV – Qualité des informations et responsabilités

4.1 Qualité des informations

Conformément à l'article R6113-4 du code de la santé publique :

« Le praticien responsable d'une structure médicale ou médicotechnique ou le praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement.

Le médecin responsable de l'information médicale conseille les praticiens pour la production des informations. Il veille à la qualité des données qu'il confronte, en tant que de besoin, avec les dossiers médicaux et les fichiers administratifs.

Les praticiens de l'établissement ont un droit d'accès et de rectification quant aux informations relatives aux soins qu'ils ont dispensés ou qui ont été dispensés dans une structure médicale ou médicotechnique dont ils ont la responsabilité. Ils sont régulièrement destinataires des résultats des traitements de ces informations. »

4.2 Confidentialité

La confidentialité des données médicales nominatives doit être préservée conformément aux dispositions de l'article R6113-6 du code de la santé publique²⁰.

Les données médicales recueillies dans le cadre du recueil d'information médicalisé en psychiatrie sont protégées par le secret professionnel (article R6113-7 du code de la santé publique²¹).

Le recueil, la circulation et le traitement des données médicales sont placés sous la responsabilité d'un médecin. Son rôle est défini par l'article R6113-8 du code de la santé publique²².

4.3 Conservation des fichiers

Le médecin responsable de l'information médicale sauvegarde le fichier de résumés par séquence qui est à l'origine du fichier de résumés anonymes par séquence et assure la conservation de la copie produite.

Il en est de même pour le fichier de résumé anonyme d'actes.

La durée de conservation des fichiers de résumés par séquences et des fichiers de résumés par acte constitués au titre d'une année civile est de cinq ans.

4.4 Déclaration à la CNIL

La création des fichiers et les traitements des données sont soumis à l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Les établissements devront procéder à cette formalité selon les modalités en vigueur.

Notes du guide méthodologique

1 Aux termes de l'article L6113-7 du Code de la Santé Publique, les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité.

Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en oeuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins.

Les praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.

Aux termes de l'article L6113-8 du Code de la Santé Publique, les établissements de santé publics et privés transmettent aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 6115-2, ainsi qu'à l'Etat et aux organismes d'assurance maladie, les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire, à la détermination de leurs ressources et à l'évaluation de la qualité des soins.

Les destinataires des informations mentionnées à l'alinéa précédent mettent en oeuvre, sous le contrôle de l'Etat au plan national et des agences au plan régional, un système commun d'informations respectant l'anonymat des patients, ou, à défaut, ne comportant ni leur nom, ni leur prénom, ni leur numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques, et dont les conditions d'élaboration et d'accessibilité aux tiers, notamment aux établissements de santé publics et privés, sont définies par voie réglementaire.

2 Aux termes de l'article L6111-2 du code de la santé publique

Les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser :

1° Avec ou sans hébergement :

a) Des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;

b) Des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;

2° Des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

3 Article R6122-25 du code de la santé publique, Sont soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 les activités de soins, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, énumérées ci-après :

...

4° Psychiatrie ;

4 Aux termes de l'article L6141-5 du code de la santé publique

Un ou plusieurs établissements publics de santé peuvent être spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées. Les dispositions des titres Ier, III et du présent titre sont adaptées par voie réglementaire aux conditions particulières de fonctionnement de ces établissements. Les dispositions du titre II ne leur sont pas applicables.

Le ministre de la justice affecte à ces établissements des personnels de direction et de surveillance ainsi que des personnels administratifs, sociaux, éducatifs et techniques, qui relèvent de l'administration pénitentiaire et demeurent soumis à leur statut particulier.

Les compétences du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation prévues aux articles L. 6143-3, L. 6143-3-1, L. 6143-4 et L. 6145-1 à L. 6145-5 ainsi que les compétences de l'agence régionale de l'hospitalisation prévues au 3 de l'article L. 6115-4 sont, en ce qui concerne ces établissements, exercées conjointement par le ministre de la justice et le ministre chargé de la santé.

5 Article L6147-7 du code de la santé publique

Les hôpitaux des armées, placés sous l'autorité du ministre de la défense, outre leur mission prioritaire de soutien sanitaire des forces armées assurée avec les autres éléments du service de santé des armées, concourent au service public hospitalier. Ils dispensent des soins remboursables aux assurés sociaux dans les conditions fixées à l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale.

Le ministre de la défense et le ministre chargé de la santé arrêtent conjointement, tous les deux ans, la liste des hôpitaux des armées qui peuvent, à ce titre, dispenser les soins définis au 1° de l'article L. 6111-2 à toute personne requérant leurs services.

Cette liste précise, pour chacun de ces hôpitaux, les installations, y compris les équipements matériels lourds et les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, ainsi que les activités de soins, correspondant à celles visées à l'article L. 6121-2 qu'il met en oeuvre.

Ces hôpitaux doivent répondre aux conditions techniques de fonctionnement mentionnées à l'article L. 6122-2.

Article L6147-8 du code de la santé publique

Il est tenu compte des installations des hôpitaux des armées, y compris les équipements matériels lourds et les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, ainsi que des activités de soins, mentionnées à la liste prévue à l'article L. 6147-7, lors de l'établissement du schéma d'organisation sanitaire prévu à l'article L. 6121-3.

6 I. - Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :

9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et les appartements de coordination thérapeutique ;

7 Arrêté du 8 juin 2005 pris en application des articles L.6121-2, L.6114-2 et L6122-8 du code de la santé publique et du décret n° 2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L.6121-2 du code de la santé publique.

8 Art. D. 162-6. - Peuvent être financées par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 les dépenses correspondant aux missions d'intérêt général suivantes :

1° L'enseignement, la recherche, le rôle de référence et l'innovation. Notamment, à ce titre :

- a) La recherche médicale et l'innovation, notamment la recherche clinique ;
- b) L'enseignement et la formation des personnels médicaux et paramédicaux ;
- c) La recherche, l'enseignement, la formation, l'expertise, la coordination et l'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et réalisés par des structures spécialisées ainsi que les activités hautement spécialisées assurées par des structures assumant un rôle de recours ;
- d) Les activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou la dispensation des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs ;

2° La participation aux missions de santé publique mentionnées ci-dessous :

- a) La vigilance, la veille épidémiologique, l'évaluation des pratiques et l'expertise réalisées par des centres de référence au bénéfice des autorités de santé publique, des établissements de santé ou du public ;
- b) La formation, le soutien, la coordination et l'évaluation des besoins du patient réalisés par des équipes pluridisciplinaires intervenant auprès des équipes soignantes ;
- c) La collecte, la conservation et la distribution des produits d'origine humaine, à l'exception de la part de cette activité couverte par les tarifs de cession ;
- d) L'assistance aux patients pour l'accès aux droits sociaux et les dispositifs ayant pour objet de favoriser le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci ;
- e) Le dépistage anonyme et gratuit effectué dans les conditions prévues à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique ;
- f) La prévention et l'éducation pour la santé ;
- g) Le conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes ;
- h) La veille sanitaire, la prévention et la gestion des risques sanitaires liés à des circonstances exceptionnelles ;
- i) L'intervention d'équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies en consultation ou en hospitalisation ;
- j) L'aide médicale urgente réalisée par les services d'aide médicale urgente et les services mobiles d'urgence et de réanimation respectivement mentionnés aux articles L. 6112-5 et R. 712-71-1 du code de la santé publique ;

3° La participation à la définition et à la mise en oeuvre des politiques publiques dans les domaines suivants :

- a) La politique hospitalière ;
- b) Le développement du dialogue social dans le secteur hospitalier ;
- c) La coopération internationale en matière hospitalière.

9 conformément aux dispositions de l'arrêté du 31 janvier 2005 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L.162-22-1 du même code et de la circulaire DHOS/F3/02/2005/553 du 15 décembre 2005.

10 Article R1112-28 : Si pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, dans les conditions prévues par l'article L. 222-6 du code de l'action sociale et des familles, aucune pièce d'identité n'est exigée et aucune enquête n'est entreprise. Cette admission est prononcée sous réserve qu'il n'existe pas de lits vacants dans un centre maternel du département ou dans ceux avec lesquels le département a passé convention.

Le directeur informe de cette admission le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

Article R1112-38 : Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un établissement afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traités un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

11 Article L3211-11 du code de la santé publique

Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier d'aménagements de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet mentionnés à l'article L. 6121-2.

La sortie d'essai comporte une surveillance médicale. Sa durée ne peut dépasser trois mois ; elle est renouvelable. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent.

La sortie d'essai, son renouvellement éventuel ou sa cessation sont décidés :

- 1° Dans le cas d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, par un psychiatre de l'établissement d'accueil ; le bulletin de sortie d'essai est mentionné par le directeur de l'établissement et transmis sans délai au représentant de l'Etat dans le département ; le tiers ayant fait la demande d'hospitalisation est informé ;
- 2° Dans le cas d'une hospitalisation d'office, par le représentant de l'Etat dans le département, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil

12 Article L3211-11-1 du code de la santé publique

- Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, les personnes hospitalisées sans leur consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement de courte durée n'excédant pas douze heures. La personne malade est accompagnée par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie.
- L'autorisation d'absence de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement de santé après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée.
- Dans le cas d'une hospitalisation d'office, le directeur de l'établissement transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis du psychiatre, quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Sauf opposition du représentant de l'Etat dans le département, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai.
- 13 Inscrites dans la loi n° 90-527 du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées pour troubles mentaux, les hospitalisations sans consentement se déclinent sous deux régimes : l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et l'hospitalisation d'office (HO).
- 14 Article L3213-7 code santé publique Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement en application des dispositions de l'article 122-1 du code pénal nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, elles avisent immédiatement le représentant de l'Etat dans le département, qui prend sans délai toute mesure utile, ainsi que la commission mentionnée à l'article L. 3222-5. L'avis médical mentionné à l'article L. 3213-1 doit porter sur l'état actuel du malade.
- A toutes fins utiles, le procureur de la République informe le représentant de l'Etat dans le département de ses réquisitions ainsi que des dates d'audience et des décisions rendues.
- Article L3213-8 code santé publique Il ne peut être mis fin aux hospitalisations d'office intervenues en application de l'article L. 3213-7 que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le représentant de l'Etat dans le département sur une liste établie par le procureur de la République, après avis de la direction des affaires sanitaires et sociales du département dans lequel est situé l'établissement.
- Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui.
- 15 Article 375-3 code civil S'il est nécessaire de retirer l'enfant de son milieu actuel, le juge peut décider de le confier :
- 1° A l'autre parent ;
 - 2° A un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance ;
 - 3° A un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé ;
 - 4° A un service départemental de l'aide sociale à l'enfance.
- Toutefois, lorsqu'une requête en divorce a été présentée ou un jugement de divorce rendu entre les père et mère, ces mesures ne peuvent être prises que si un fait nouveau de nature à entraîner un danger pour le mineur s'est révélé postérieurement à la décision statuant sur les modalités de l'exercice de l'autorité parentale ou confiant l'enfant à un tiers. Elles ne peuvent faire obstacle à la faculté qu'aura le juge aux affaires familiales de décider, par application de l'article 373-3, à qui l'enfant devra être confié. Les mêmes règles sont applicables à la séparation de corps
- Article 375-9 code civil
- La décision confiant le mineur, sur le fondement du 3° de l'article 375-3, à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder quinze jours.
- La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable.
- 16 Art D 398 du code de procédure pénale : 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
- 17 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Organisation mondiale de la Santé. Masson, Paris 1993.
- 18 Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Paris, juin 1998.
- 19 Circulaire DHOS/E3 n°187 du 22 avril 2004 relative à l'organisation du droit d'accès à la plate-forme de service e-pmsi.
- 20 Article R6113-6 du code de la santé publique
- Après avis selon le cas de la commission médicale d'établissement ou de la conférence médicale, le représentant de l'établissement prend toutes dispositions utiles, en liaison avec le président de ces instances et le médecin responsable de l'information médicale, afin de préserver la confidentialité des données médicales nominatives. Ces dispositions concernent notamment l'étendue, les modalités d'attribution et de contrôle des autorisations d'accès ainsi que l'enregistrement des accès.
- 21 Article R6113-7 du code de la santé publique
- Les personnes soignées dans l'établissement sont informées par le livret d'accueil ou un autre document écrit :

- 1° Que des données les concernant font l'objet d'un traitement automatisé dans les conditions fixées par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;
 - 2° Que ces données sont transmises au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement et sont protégées par le secret médical ;
 - 3° Qu'elles peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification et que ce droit s'exerce, le cas échéant, auprès du médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement, directement ou par l'intermédiaire du praticien responsable de la structure médicale dans laquelle ils ont reçu des soins ou du praticien ayant constitué leur dossier ;
 - 4° Qu'elles ont le droit de s'opposer pour des raisons légitimes au recueil et au traitement de données nominatives les concernant, dans les conditions fixées à l'article 38 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée.
- 22 Article R6113-8 du code de la santé publique : Le médecin responsable de l'information médicale transmet à la commission ou à la conférence médicale et au représentant de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales ou ce qui en tient lieu. Ces informations sont transmises systématiquement ou à la demande. Elles consistent en statistiques agrégées ou en données par patient, constituées de telle sorte que les personnes soignées ne puissent être identifiées

Annexe 1 : Tableaux récapitulatifs pour l'activité de soins psychiatrie

ces tableaux indicatifs peuvent vous aider à repérer les convergences entre les nomenclatures utilisées par le RIM-P et par d'autres classifications administratives. Il n'a qu'une valeur indicative et devra prochainement être remis à jour, dans la mesure où ces classifications sont en cours d'évolution.

1) Pour les prises en charge à temps complet :

Formes d'activités de soins*	Type d'activité (codes utilisés par la SAE)	Type de recueil	Unités de compte de l'activité
Hospitalisation temps plein (FA 01)	TA03, TA20**	Résumé de séjour	Nombre de journées
Placement familial thérapeutique (FA 09)	TA24	Résumé de séjour	Nombre de journées
Prises en charge en appartement thérapeutique (FA 10)	TA37	Résumé de séjour	Nombre de journées
Prises en charge en centre de crise (FA 12)	TA39	Résumé de séjour	Nombre de journées
Prise en charge en postcure psychiatrique (FA 11)	TA38	Résumé de séjour	Nombre de journées
Hospitalisation à domicile (FA 05)	TA06	Résumé de séjour	Nombre de journées
Séjour thérapeutique (FA 01 par assimilation)	TA03	Résumé de séjour	Nombre de journées

* Codification des formes d'activité qui sera utilisée dans le cadre de la réforme du répertoire FINISS et des nouvelles modalités d'autorisation des établissements de santé.

2) Pour les prises en charge à temps partiel :

Formes d'activités de soins*	Type d'activité (codes utilisés par la SAE)	Type de recueil	Unités de compte de l'activité
Hospitalisation à temps partiel de jour (FA 03)	TA04	Résumé de séjour	Nombre de demi-venues Nombre de venues Nombre de séances de 3 à 4 heures pour les établissements sous OQN Nombre de séances de 6 à 8 heures pour les établissements sous OQN
Hospitalisation à temps partiel de nuit (FA 04)	TA05	Résumé de séjour	Nombre de nuitées
Prise en charge en centre d'activité thérapeutique à temps partiel et en atelier thérapeutique (FA 16)	TA21	Résumé de séjour	Nombre de demi-venues

3) Pour les prises en charge ambulatoires :

Formes d'activités de soins*	Type d'activité (codes utilisés par la SAE)	Type de recueil	Unités de compte de l'activité
Accueil et soins ambulatoires au CMP (FA 15)	TA07, TA19	Relevé d'actes	Nombre et nature d'actes
Accueil et soins dans un lieu autre que les CMP (dont psychiatrie de liaison et interventions en service d'urgence à l'hôpital général) (FA 08) (par assimilation de « Consultation extérieure indifférenciée »)	TA07, TA10, TA16, TA19	Relevé d'actes	Nombre et nature d'actes

* Codification des formes d'activité qui sera utilisée dans le cadre de la réforme du répertoire FINISS et des nouvelles modalités d'autorisation des établissements de santé.

** L'hospitalisation de semaine n'est pas différenciée de l'hospitalisation à temps plein dans le recueil

Annexe 2 : Cotation de la dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne

La dépendance du patient est relevée à chaque début de séquence pour les patients pris en charge à temps complet exclusivement.

1. SIX VARIABLES

Le niveau de dépendance du patient doit être évalué systématiquement par rapport à chacune des **six variables** suivantes :

- habillage
- déplacements et locomotion
- alimentation
- continence
- comportement
- relation et communication.

2. UNE VARIABLE RECOUVRE UNE OU PLUSIEURS ACTIONS

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

3. QUATRE NIVEAUX DE COTATION

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

1 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 le fait avec un risque acceptable.

2 Supervision ou arrangement

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

3 Assistance partielle

Une tierce personne et son **contact physique** avec le patient sont nécessaires pour réaliser **partiellement** au moins une action.

4 Assistance totale

Une tierce personne et son **contact physique** avec le patient sont nécessaires pour réaliser **la totalité** d'au moins une action.

4. PRINCIPES DE COTATION

4.1 Chaque action doit être cotée en fonction de ce que fait réellement le patient au cours de la séquence observée et non en fonction de ce qu'il pourrait éventuellement faire dans d'autres conditions matérielles ou psychologiques.

Exemple : si un patient refuse de s'habiller, bien qu'il en soit capable, et qu'il doive de ce fait être totalement assisté pour réaliser cette action, sa cotation pour la toilette du bas du corps est 4.

4.2 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 pour laquelle se manifeste la plus grande dépendance.

Exemple : le patient s'habille seul pour le haut du corps et demande seulement de l'aide pour les boutons ; en revanche il est incapable de s'habiller pour le bas du corps ; dans ce cas l'action habillage du haut du corps est cotée 3 et l'action habillage du bas du corps est cotée 4 ; il faut donc coter 4 la variable habillage.

4.3 Si pour une action il y a hésitation de cotation entre le niveau 3 (assistance partielle) et le niveau 4 (assistance totale), coter 4.

5. PRÉSENTATION DES VARIABLES DE DÉPENDANCE

5.1 HABILLAGE

Il inclut deux actions :

l'habillage du haut du corps : s'habiller et se déshabiller au-dessus de la taille, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou prothèse selon le cas.

l'habillage du bas du corps : s'habiller et se déshabiller de la taille jusqu'en bas, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou une prothèse selon le cas.

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.

5.2 DÉPLACEMENTS ET LOCOMOTION

Ils incluent cinq actions :

les transferts 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.

les transferts aux toilettes : s'asseoir et se relever du siège des toilettes

Les transferts à la baignoire ou à la douche : entrer et sortir de la baignoire ou de la douche

la locomotion : marcher une fois en position debout OU utiliser un fauteuil roulant en terrain plat en toute sécurité

l'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 la chaise roulante, le chariot plat, le tricycle, etc.), ne pas coter l'action d'utilisation des escaliers.

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 45m, quel que soit le mode de déplacement (marche ou fauteuil roulant) ou pour monter-descendre une volée de marches d'escalier (12 à 14 marches).

3 Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle pour effectuer au moins l'une de ces quatre ou cinq actions.

4 Assistance totale

Nécessite une assistance totale pour effectuer au moins l'une de ces quatre ou cinq actions.

5.3 ALIMENTATION

Elle inclut trois 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 (avalier 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, etc.) 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 trois 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 trois actions OU lorsque le repas est administré par une autre voie (parentérale ou gastrostomie), le patient ne le gère pas.

5.4 CONTINENCE

Elle inclut deux actions :

le 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 ;

le 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.

Matériels spécifiques pour la continence :

urinaire : urinal, bassin de lit, chaise d'aisance, couche, serviette absorbante, sonde, collecteur urinaire, médicaments ;

fécal : 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 mois).

3 Assistance partielle

Nécessite une assistance partielle (l'entretien de son système collecteur urinaire, etc.) pour au moins l'une des deux 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 deux actions OU, incontinent total, le patient se souille fréquemment au cours des 24 heures et nécessite une assistance totale pour changer ses protections.

Remarques :

Pour un patient porteur d'une sonde à demeure, c'est la gestion de la poche à urine qui est évaluée 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 un soignant supervise la gestion de la poche à urine, coter 2

si un soignant 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 (cotations : voir ci-dessus).

6.5 COMPORTEMENT

Il inclut une action, l'interaction sociale, définie comme la capacité à s'entendre et à participer avec les autres, à des situations sociales ou thérapeutiques, à assurer 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 interventions, voire des négociations ou des restrictions.

4 Assistance totale

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

Exemples de conduites sociales inappropriées : crises de colère intempestives ; langage excessif, grossier, violent ; rires et pleurs excessifs ; violences physiques ; attitude très renfermée ou sans interaction.

Remarque : la démence ou toute autre affection 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 de la CIM-10.

6.6 RELATION et COMMUNICATION

Elles incluent deux actions :

la compréhension d'une communication visuelle ou auditive ;

l'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, etc.).

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 3 : Grille EDGAR

Un relevé d'actes permet de décrire les actes réalisés pour un patient dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire correspondant à l'une des deux formes d'activités suivantes :

- L'activité d'accueil et de soins dans un lieu autre que le CMP (code FA 06)
- L'activité d'accueil et de soins ambulatoires réalisés en CMP (code FA 13).

Les autres formes d'activité (voir infra 1.1.3) qui correspondent aux prises en charge à temps plein ou à temps partiel sont exclusivement décrites sous forme de séquence et ne peuvent en aucun cas faire simultanément l'objet d'un relevé d'actes.

Il s'agit de relever le ou les actes effectués en précisant la date de l'acte, la nature de l'acte, le lieu de l'acte, le nombre et le type d'intervenants en utilisant la grille EDGAR (Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunions).

L'activité de psychiatrie de liaison est exclusivement décrite sous la forme d'un relevé d'actes.

I - La date de l'acte

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

II – Le type et la nature des actes

2.1 Le type d'actes

Il convient de distinguer les actes effectués en présence d'un patient ou d'un groupe de patients, et les 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 relevé 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**.

2.2 La nature des actes

Selon la terminologie de la grille EDGAR, les actes doivent être codés de la façon suivante avec une seule réponse possible par acte:

- Entretien	code E
- Démarche	code D
- Groupe	code G
- Accompagnement (avec ou sans déplacement)	code A
- Réunion clinique pour un patient	code R

1) Entretien

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.

Exemples :

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

2) Démarche

Une démarche est 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.

La démarche est effectuée auprès d'un tiers par un ou plusieurs soignants à la place du patient et hors sa présence. Cette action, liée au degré de dépendance ou d'incapacité du patient, est effectuée le plus souvent par les assistantes sociales.

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.

3) Groupe

Un groupe est un 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.

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.

Exemples de groupes :

- Ergothérapie ou art-thérapie
- Sociothérapie
- Psychothérapie de groupe dont psychodrame
- Psychothérapies familiales

4) Accompagnement

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 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.

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'acquiescer 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.

5) Réunion clinique pour un patient

Une réunion clinique pour un patient regroupe 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.**

Cette réunion diffère de la réunion de synthèse au cours de laquelle les cas de différents patients sont étudiés.

III - Le lieu de l'acte

La prise en charge ambulatoire peut être réalisée dans un lieu rattaché à l'établissement ayant une activité de soins psychiatrie ou dans un lieu extérieur à cet établissement.

Dans le 1^{er} cas, il s'agit de pouvoir distinguer les soins ambulatoires selon qu'ils sont effectués dans un Centre Médico Psychologique (CMP), dans un Centre de consultations externes,

Dans le 2^{ème} cas, il s'agit de préciser dans quels lieux, extérieurs à l'établissement ayant une activité de soins psychiatrie, les actes ont été réalisés. Dans ces cas, la forme d'activité est identique (Consultation extérieure indifférenciée (FA06)) et seuls les lieux permettent de faire une distinction.

Le tableau récapitulatif ci-dessous indique pour chacun des lieux, le code lieu, le code fiche patient, la forme d'activité ambulatoire.

Lieu	Code lieu	FA	Libellé fiche patient	Code fiche patient
Centre Médico Psychologique (CMP)	L01	Accueil et soins ambulatoires au CMP (FA13)	soins en CMP ou unité de consultation du secteur	CO
Centre de consultations externes	L02	Consultation extérieure indifférenciée (FA06)	soins en CMP ou unité de consultation du secteur	CO
Centre Médico Psycho Pédagogique, Etablissement social ou médico-social	L03	Consultation extérieure indifférenciée (FA06)	soins et interventions en établissement médico-éducatif	ME
			soins et interventions en établissement social ou médico-social	ME pour les enfants AA pour les adultes
Etablissement scolaire ou centre de formation	L04	Consultation extérieure indifférenciée (FA06)	soins et interventions en milieu scolaire ou centre de formation	MS pour les enfants
			soins ambulatoires autres	AA pour les adultes
Protection maternelle Infantile	L05	Consultation extérieure indifférenciée (FA06)	soins et interventions en PMI	MI
Etablissement pénitentiaire	L06*	Consultation extérieure indifférenciée (FA06)	soins et interventions dans l'établissement de détention	COE
			soins et interventions en autre établissement de détention	COA
Domicile du patient hors HAD	L07	Consultation extérieure indifférenciée (FA06)	soins et interventions à domicile	SD
Substitut du domicile (y compris les appartements protégés, les placements familiaux...)	L08	Consultation extérieure indifférenciée (FA06)	soins et interventions en institutions substitutives au domicile	SI
Unité d'hospitalisation (MCO-SSR-Long séjour)	L09	Consultation extérieure indifférenciée (FA06)	soins et interventions en unité d'hospitalisation somatique	SU
Unité d'accueil d'urgence (SAU, UP, UPATOU)	L10	Consultation extérieure indifférenciée (FA06)	soins et interventions en unité d'urgence	UR

* Il conviendra de subdiviser le code lieu pour suivre les codes COE et COA.

Les autres informations de l'actuelle fiche patient SMPR seront demandées dans des études spécifiques.

IV – Les intervenants

4.1 Catégorie professionnelle de l'intervenant

Pour chaque acte effectué pour un patient, il convient d'indiquer la catégorie professionnelle de l'intervenant en utilisant les codes suivants :

Membres du corps médical	code M
Infirmiers et encadrement infirmier	code I
Psychologues	code P
Assistants sociaux	code A
Personnel de rééducation	code R
Personnel éducatif	code E
Autres intervenants soignants (dont aides-soignants)	code S
Plusieurs catégories professionnelles dont membres du corps médical	code X
Plusieurs catégories professionnelles sans membres du corps médical	code Y

4.2 Nombre d'intervenants

Pour chaque acte, il s'agit de préciser (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).

V – Règles de codage

Le relevé de l'activité ambulatoire 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.

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 : sauf dans le cas de démarches, 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.

Règle 4 : seule doit être comptabilisée l'activité réalisée et non l'activité prévue : ainsi par exemple, une visite à domicile qui n'aboutirait pas dans le cas où le patient est absent de son domicile n'est pas à relever.

Annexe 4 : Formats des fichiers de données

Format informatique des fichiers de résumé par séquence

Libellé	Taille	Début	Fin	Valeurs
N° FINESS juridique	9	1	9	
N° FINESS géographique	9	10	18	
N° de format	3	19	21	P05
N° d'identification permanent du patient (IPP)	20	22	41	
Date de naissance du patient	8	42	49	JJMMAAAA
Sexe du patient	1	50	50	1=homme,2=femme
Code postal de résidence	5	51	55	
Nature de prise en charge	2	56	57	01 à 10
N° de séjour	20	58	77	
Date d'entrée de séjour	8	78	85	JJMMAAAA
Mode d'entrée de séjour	1	86	86	6 à 8
Provenance	1	87	87	1 à 8
Date de sortie de séjour	8	88	95	JJMMAAAA
Mode de sortie de séjour	1	96	96	4, 6 à 9
Destination	1	97	97	1 à 4, 7 à 8
N° d'unité médicale	4	98	101	
N°de secteur ou de dispositif intersectoriel	5	102	106	
Mode légal de séjour	1	107	107	1 à 6
Indicateur de séquence correspondant à une sortie d'essai	1	108	108	E si oui
Date de début de séquence	8	109	116	JJMMAAAA
Date de fin de séquence	8	117	124	JJMMAAAA
Nombre de jours de présence	3	125	127	
Nombre de demi-journées de présence	3	128	130	
Nombre de jours d'isolement thérapeutique	3	131	133	
Score pour la dépendance pour l'habillement (AVQ)	1	134	134	1 à 4
Score pour la dépendance pour le déplacement/Locomotion (AVQ)	1	135	135	1 à 4
Score pour la dépendance pour l'alimentation (AVQ)	1	136	136	1 à 4
Score pour la dépendance pour la continence (AVQ)	1	137	137	1 à 4
Score pour la dépendance pour le comportement (AVQ)	1	138	138	1 à 4
Score pour la dépendance pour la relation (AVQ)	1	139	139	1 à 4
Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire	1	140	140	S si oui
Diagnostic principal ou motif de prise en charge principal	8	141	148	CIM 10 + extensions
Nombre de diagnostics et facteurs associés	2	149	150	
Diagnostic ou facteur associé 1	8	151	158	CIM 10 + extensions
....				
Diagnostic ou facteur associé n	8	151+n*8	158+n*8	CIM 10 + extensions

Format informatique des fichiers de résumé par acte

Libellé	Taille	Début	Fin	Valeurs
N° FINESS juridique	9	1	9	
N° FINESS géographique	9	10	18	
N° de format	3	19	21	P06
N° d'identification permanent du patient (IPP)	20	22	41	
Date de naissance du patient	8	42	49	JJMMAAAA
Sexe du patient	1	50	50	
Code postal de résidence	5	51	55	
Nature de prise en charge	2	56	57	11,12
N° d'unité médicale	4	58	61	
N° de secteur ou de dispositif intersectoriel	5	62	66	
Date de l'acte	8	67	74	JJMMAAAA
Nature de l'acte	1	75	75	E,D,G,A,R
Lieu de l'acte	3	76	78	L01 à L10
Catégorie professionnelle de l'intervenant	1	79	79	M,I,P,A,R,E,S,X,Y
Nombre d'intervenants	1	80	80	
Indicateur d'activité libérale	1	81	81	L si oui
Diagnostic principal ou motif de prise en charge principal	8	82	89	CIM 10 + extensions
Nombre de diagnostics et facteurs associés	1	90	90	
Diagnosics et facteurs associés	8	91	98	CIM 10 + extensions
....				
Diagnostic ou facteur associé n	8	91+n*8	98+n*8	CIM 10 + extensions

Format informatique des fichiers d'activité ambulatoire agrégée

Libellé	Taille	Début	Fin	Valeurs
N° FINESS juridique	9	1	9	
N° FINESS géographique	9	10	18	
N° de format	3	19	21	A01
Date début période	8	22	29	JJMMAAAA
Date fin période	8	30	37	JJMMAAAA
N° de secteur ou de dispositif intersectoriel	5	38	42	
Lieu de l'acte	3	43	45	L01 à L10
Nature de l'acte	1	46	46	E,D,G,A,R
Catégorie professionnelle de l'intervenant	1	47	47	M,I,P,A,R,E,S,X,Y
Nombre d'actes réalisés en dehors de l'activité libérale	5	48	52	
Nombre d'actes réalisés dans le cadre de l'activité libérale	5	53	57	
Nombre de patients pris en charge en dehors de l'activité libérale	4	58	61	
Nombre de patients pris en charge dans le cadre de l'activité libérale	4	62	65	

Les enregistrements de ces 3 fichiers ne doivent être constitués que des caractères contenus dans l'ensemble suivant : lettres majuscules ou minuscules non accentuées (soit A à Z et a à z), chiffres 0 à 9, les signes « + », « - », « ; » et le blanc ou espace. Les lignes sont terminées par le caractère fin de ligne et retour chariot.

Annexe 5 : Liste des membres du groupe technique pour l'élaboration du guide méthodologique

Sylvain AUGIER	CHS le Vinatier, Bron	FHF
Véronique BOURRACHOT	ATIH	
Hélène BRUN-ROUSSEAU	CH de Cadillac	COTRIM AQUITAINE
Pascal BRIOT	CH Guillaume Regnier, Rennes	ADESM
Anne BURONFOSSE	Assistance Publique, Paris	CNIM
Claude BURSZTEJN	CHU de Strasbourg	SFPEA
Luc CHAPELIER	CHS de Ravenel, Mirecourt	Représentant infirmier
Ilham CHERRAK	Assistance Publique, Paris	CNIM
Frédéric CHOMON	EPSMR, St Paul, la Réunion	membre ancien groupe technique
Magali COLDEFY	DREES	
Florent COSSERON	Fondation santé des étudiants de France, Neufmoutiers en Brie	SFPEA
Jacques DEFER	CH de Rouffach	ADESM
Denis DEGAN	CHS Roger Prévot, Moisselles	Groupe VAP
Cécile LACAZE	BAQIMEHP	BAQIMEHP
Françoise LAPIERRE	CH de Vienne	COTRIM Rhône-Alpes
Alain LAZARTIGUES	CHU de Brest	GFEP
Philippe MANET	DHOS	
Claude MARESCAUX	DHOS	
François MEILLIER	UNCPSY	FHP
Jean-Paul ORTH	Clinique St François, Nice	membre ancien groupe technique
Jean-François NOURY	ATIH	
Dominique PASCAL	CH Montperrin, Aix en Provence	membre ancien groupe technique
Céline PIEGAY	CHS le Vinatier, Bron	membre ancien groupe technique
Isabelle PEYRON-FOURCADE	CH d'Eaubonne	COTRIM Ile de France
Didier ROBIN	EPSM du Morbihan, St Ave	membre ancien groupe technique
Franck SALA	CHS le Vinatier, Bron	représentant infirmier
Emmanuelle SALINES	DREES	
Christophe SCHMITT	CHS de Jury	Groupe VAP
Jean-François VANDERHAEGHE	CH St Jean de Dieu, Lyon	GFEP
Michel VERPEAUX	CHS de la Chartreuse, Dijon	FFP
Guy VERRA	CHS de Laxou	COTRIM Lorraine
Michaël VILLAMAUX	Centre de santé mentale et de réadaptation de Paris - MGEN	Société française de psychologie
Albert VUAGNAT	ATIH	