

OVALIDE

Outil de VALIdation des Données des Etablissements de santé

Établissements sous OQN
PSYCHIATRIE

Guide de lecture 2025

Février 2025



Services ATIH

RDE (Réponse
aux Demandes
Externes)

CIM-MF
(Classification,
Information
Médicale -
Modèles de
Financement)

API (Architecture
et Productions
Informatiques)

OVALIDE

**Outil de VALIdation des Données des
Établissements de santé**

Établissements sous OQN

PSYCHIATRIE

Guide de lecture

Guide de lecture des tableaux OVALIDE du PMSI Psychiatrie

Dans ce guide sont détaillés pour chaque tableau les sélections et calculs opérés ainsi que les éléments marquants qui peuvent apparaître et qui doivent faire l'objet à *minima* d'un contrôle du dossier médical et/ou de la saisie des informations au sein de l'établissement.

Table Des Matières

Remarques générales	5
1. Traitement des résumés détaillés de l'information médicale (RPSA + R3A).....	6
1.1. D- DESCRIPTION	6
a). Caractéristiques démographiques.....	6
b). Activité de l'établissement	7
1.2. Q - QUALITE	24
a). Synthèse	24
b). PIVOINE	24
c). Chainage.....	24
d). Isolement thérapeutique.....	27
e). Diagnostics	28
f). Code géographique	30
g). Mode légal de soin	30
h). Accompagnement thérapeutique	30
i). Nombre d'actes	31
j). Nature de l'acte	31
k). Intervenants	31
l). Lieu de l'acte	32
m). Dotation Qualité du codage	32
1.1. V - VALORISATION	35
a). RSFA.....	35
b). DFA	39
c). Synthèse des pondérations par FA	42

Remarques générales

Le calcul des résultats des tableaux OVALIDE utilise toute l'information transmise : fichiers de résumés par séquence anonymes (RPSA), fichiers de résumés d'activité ambulatoire anonymes (R3A), fichiers agrégés d'activité ambulatoire (AMBP). Ainsi, lorsque seul un fichier de RPSA a été transmis, les tableaux issus exclusivement des fichiers d'activité ambulatoire ne sont pas générés ; dans ce cas les autres tableaux ne prennent en compte que les informations contenues dans les RPSA.

Modifications préalables des données

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

- Les clés de cryptage irréversible issues des numéros IPP (identifiant permanent des patients, propre au système d'information de chaque établissement) manquantes ou mal renseignées dans le fichier de RPSA sont remplacées par les clés de chaînage anonyme du fichier ANO, si ces dernières ont été générées sans erreur.
- Les éventuels doublons de codes diagnostiques dans les RPSA comme dans les R3A, c'est-à-dire, diagnostics principal et associés identiques pour un même résumé ou, plusieurs diagnostics associés identiques pour un même résumé, sont supprimés, pour éviter les doubles comptes dans les tableaux présentant les diagnostics.
- La modalité « E » de la variable « Indicateur de séquence » n'existant plus depuis 2012, toutes les séquences codées « E » pour cette variable sont supprimées préalablement à tout calcul d'indicateurs des tableaux OVALIDE (excepté du tableau [1.Q.1.ERRIMP] *Synthèse des erreurs de conformité détectées par PIVOINE – RIMP* dont l'objectif est de décrire la conformité des données transmises).

Comparaisons aux données de l'année précédente

Les données de l'année en cours sont comparées, dans le tableau [1.D.2.SYNTHA] *Synthèse d'activité*, aux données de l'année n-1 de l'établissement sur la même période. Dans la présentation du tableau on notera « année n-1 » par souci de lisibilité. Lors de cette comparaison, les données n-1 utilisées sont celles de la transmission M12.

Exemple : lors de la transmission M6 pour l'année n, les données sont comparées avec les RPSA et R3A de janvier à juin transmis pour la période M12 de l'année n-1.

Calcul du nombre de journées

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

demi-journées n'est comptabilisé que pour les prises en charge à temps partiel (formes d'activité 20, 21, 23)¹.

Prise en charge à temps complet versus hospitalisation complète

La notion d'« hospitalisation complète » (formes d'activité 01, 06 et 07) est spécifiquement utilisée dans les tableaux relatifs aux prises en charge en soins sans consentement (Tableaux [1.D.2.MSHC], [1.D.2.HCSCPRES] et [1.D.2.HCSCDIAG]).

Pour éviter toute ambiguïté, le terme « prise en charge » est, lui, utilisé dans les autres tableaux relatifs aux « prises en charge à temps complet » (formes d'activité 01, 02, 03, 04, 05, 06 et 07) ou aux « prises en charge à temps partiel » (formes d'activité 20, 21 et 23).

¹ Seules des journées entières sont recueillies pour les prises en charge à temps complet (formes d'activité 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07).

1. Traitement des résumés détaillés de l'information médicale (RPSA + R3A)

1.1. D- Description

Les tableaux de la partie DESCRIPTION portent sur l'ensemble des RPSA et R3A transmis, hormis les RPSA avec indicateur de séquence égal à « E »

a). Caractéristiques démographiques

1.D.1.CDEM Caractéristiques démographiques des patients hospitalisés

- **Tableau A : Répartition des patients hospitalisés par sexe et âge**
- **Tableau B : Caractéristiques démographiques sur la base des patients hospitalisés**

Le **tableau A** présente les effectifs et la répartition des patients hospitalisés selon le sexe et les classes d'âge suivantes :

- 0-1 an ;
- 2-6 ans ;
- 7-12 ans ;
- 13-17 ans ;
- 18-20 ans ;
- 21-24 ans ;
- 25-44 ans ;
- 45-64 ans ;
- 65-84 ans ;
- 85 ans et plus.

Le **tableau B** présente plusieurs informations sur les caractéristiques démographiques, sur la base des patients hospitalisés :

- Âge : moyenne et médiane
- Patients domiciliés dans le même département que l'établissement : effectif et répartition
- Patients domiciliés hors de la région de l'établissement : effectif et répartition

Pour ces deux tableaux, l'âge pris en compte est l'âge enregistré sur le premier RPSA transmis sur la période pour le patient.

b). Activité de l'établissement

1.D.2.SYNTHA – Synthèse d'activité

Le tableau est séparé en quatre parties, comprenant les indicateurs ci-dessous, pour les années n et n-1 :

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

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

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

- Nombre de résumés par séquence transmis : Y compris les RPSA dont la variable indicateur de séquence est égale à « E ». Cet indicateur permet à l'établissement de vérifier le nombre total de RPSA transmis.
- Nb de RPSA supprimés des calculs : Correspond au RPSA dont la variable indicateur de séquence est égal à « E »
- Nombre de résumés par séquence traité : Correspond à l'ensemble des RPSA transmis auquel on a retiré les séquences dont l'indicateur de séquence est égal à « E ». Ce sont les RPSA qui seront effectivement pris en compte dans le calcul des indicateurs restitués dans les tableaux OVALIDE
- Nombre de RPSA transmis avec anomalie : On comptabilise les RPSA dont au moins une variable a une valeur non conforme (voir le tableau [1.Q.1.ERRIMP] pour le détail des tests)
- Nombre de formes d'activité distinctes
- Patient: Nombre de patients
- Patient: Age moyen
- Patient: Age<18 ans (%)
- Patient: Sexe masculin (%)
- Séjours: Nombre de journées de présence
- Séjours: Nombre de journées couvertes par les séquences
- Séjours: Nombre de séjours
- Séjours: Nombre de séjours terminés : Correspond aux séjours dont la variable [indicateur de dernière séquence du séjour]=1
- Séjours: Durée moyenne de séjour en hospitalisation à temps plein : Correspond à ([Nb jours couverts par la séquence] + [Délai entre date début de séquence et date d'entrée du séjour]) /

Nb séjours. Le calcul est réalisé sur la dernière séquence des séjours terminés dont toutes les séquences sont en hospitalisation à temps plein (Forme d'activité = 01)

- Séjours: DMH Durée moyenne d'hospitalisation : Correspond à Nb journées présence / Nb patients
- Séjours: Score moyen de dépendance aux activités de la vie quotidienne : Somme des scores de dépendance pour l'habillement, le déplacement, l'alimentation, la continence, le comportement, la communication divisée par le nombre de séquences pour lesquelles le score est rempli. Ce score varie de 6 (Indépendance) à 24 (Assistance totale)
- Séjours: Score moyen dépendance physique : Somme des scores de dépendance pour l'habillement, le déplacement, l'alimentation et la continence divisée par le nombre de séquences pour lesquelles le score est rempli. Ce score varie de 4 (Indépendance) à 16 (Assistance totale).
- Séjours: Score moyen dépendance comportement. Ce score varie de 1 (Indépendance) à 4 (Assistance totale).
- Séjours: Score moyen dépendance communication. Ce score varie de 1 (Indépendance) à 4 (Assistance totale).
- Séjours: Nombre de séjours sans consentement : il s'agit des séjours avec au moins une séquence (RPSA) avec un mode légal de soins égal à 3, 4, 5, 6, 7 ou 8
- Séjours: Nombre de journées sans consentement : il s'agit des journées de présence avec un mode légal de soins égal à 3, 4, 5, 6, 7 ou 8
- Séjours: Nombre de séjours avec isolement thérapeutique. Il s'agit des séjours avec au moins une séquence (RPSA) pour laquelle la variable Nombre de jours d'isolement thérapeutique est supérieure ou égale 1.
- Séjours: Nombre de journées avec isolement thérapeutique
- Séjours: Nombre de séjours avec accompagnement thérapeutique scolaire. Il s'agit des séjours avec au moins une séquence (RPSA) pour laquelle la variable Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire égal « S ».
- Séjours: Nombre moyen de codes diagnostiques associés par RPSA
- Séjours: Nombre de codes diagnostiques **distincts** de type symptôme : Il s'agit des diagnostics (principaux et associés) distincts dont l'initial du code est R.
- Séjours: Nombre de codes diagnostiques **distincts** de cause externe : Il s'agit des diagnostics (principaux et associés) distincts dont le ou les premiers caractères de code figurent dans la liste S, T, V, W, X, Y, Z5, Z6, Z8 ou Z9.
- Séjours: Nombre de codes diagnostiques **distincts** de pathologie mentale : Il s'agit des diagnostics (principaux et associés) distincts dont l'initial du code est F.
- Séjours: Nombre de codes diagnostiques **distincts** de pathologie somatique : Il s'agit de tous les autres codes de diagnostics.

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

- Nombre de résumés par séquence transmis : y compris les RPSA dont la variable indicateur de séquence est égale à « E ». Cet indicateur permet à l'établissement de vérifier le nombre total de RPSA transmis.

- Nb de RPSA supprimés des calculs : Correspond au RPSA dont la variable indicateur de séquence est égal à « E »
- Nombre de résumés par séquence traité : Correspond à l'ensemble des RPSA transmis auquel on a retiré les séquences dont l'indicateur de séquence est égal à « E ». Ce sont les RPSA qui seront effectivement pris en compte dans le calcul des indicateurs restitués dans les tableaux OVALIDE
- Nombre de RPSA transmis avec anomalie : On comptabilise les RPSA dont au moins une variable a une valeur non conforme (voir le tableau [1.Q1.ERRIMP] pour le détail des tests).
- Nombre de formes d'activité distinctes
- Patient: Nombre de patients
- Patient: Age moyen
- Patient: Age<18 ans (%)
- Patient: Sexe masculin (%)
- Séjours: Nombre de journées présence
- Séjours: Nombre de 1/2 journées présence
- Séjours: Nombre de nuits : Correspond au nombre de journées de présence pour les séquences avec une forme d'activité 21 (Hospitalisation à temps partiel de nuit)
- Séjours: Nombre de séjours
- Séjours: Nombre de séjours sans consentement : il s'agit des séjours avec au moins une séquence (RPSA) avec un mode légal de soins égal à 3, 4, 5, 6, 7 ou 8
- Séjours: Nombre de journées sans consentement : il s'agit de la somme des journées de présence et des demi-journées de présence avec un mode légal de soins égal à 3, 4, 5, 6, 7 ou 8
- Séjours: Nombre de séjours avec accompagnement thérapeutique scolaire. Il s'agit des séjours avec au moins une séquence (RPSA) pour laquelle la variable Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire égal « S ».
- Séjours: Nombre moyen codes diagnostiques associés par résumé
- Séjours: Nombre de codes diagnostiques distincts de type symptôme
- Séjours: Nombre de codes diagnostiques distincts de cause externe
- Séjours: Nombre de codes diagnostiques distincts de pathologie mentale
- Séjours: Nombre de codes diagnostiques distincts de pathologie somatique

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

- Nombre de résumés activité ambulatoire transmis
- Nombre de R3A transmis avec anomalie : On comptabilise les R3A dont au moins une variable a une valeur non conforme (voir le tableau [1.Q.1.ERRIMP] pour le détail des tests).
- Patient: Nombre de patients
- Patient: Age moyen
- Patient: Age<18 ans (%)
- Patient: Sexe masculin (%)

- Patient: Nombre de patients en soins sans consentement : il s'agit des patients avec au moins un acte ambulatoire avec un mode légal de soins égal à 3, 4, 5, 6, 7 ou 8
- Acte: Nombre d'actes en soins sans consentement : Correspond aux actes avec un mode légal de soins égal à 3, 4, 5, 6, 7 ou 8
- Acte: Nombre moyen codes diagnostiques associés par résumé
- Acte: Nombre de codes diagnostiques distincts de type symptôme
- Acte: Nombre de codes diagnostiques distincts de cause externe
- Acte: Nombre de codes diagnostiques distincts de pathologie mentale
- Acte: Nombre de codes diagnostiques distincts de pathologie somatique

1.D.2.SYNTHM – Synthèse mensuelle

Ce tableau présente par mois les indicateurs suivants :

- Nombre de journées des prises en charge à temps complet (formes d'activité 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) pour les séquences terminées dans le mois
- Nombre de patients pris en charge à temps complet distincts
- Nombre de journées des prises en charge à temps partiel (formes d'activité 20, 21, 23).
- Nombre de patients pris en charge à temps partiel distincts
- Nombre d'actes ambulatoires
- Nombre de patients pris en charge en ambulatoire distincts
- Nombre de patients distincts (temps complet + temps partiel + ambulatoire). Tous les patients sont pris en compte ici, y compris ceux dont le codage de la forme d'activité ne correspondrait pas à une prise en charge à temps complet ou partiel ou à une prise en charge en ambulatoire (valeur manquante,...).
- La ligne « total » représente le total global pour chaque colonne et non la somme des résultats obtenus par mois.

1.D.2.MEMS – Répartition des modes d'entrée et de sortie

Référence 2015: Tableau MA PSY 04A - Mode d'entrée et de sortie des séjours d'hospitalisation

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

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

1.D.2.RCG – Répartition des codes géographiques de domicile des patients

Ce tableau dénombre par code géographique :

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

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

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

<http://www.atih.sante.fr/mise-jour-2014-de-la-liste-de-correspondance-codes-postaux-codes-geographiques>

1.D.2.CIFA – Compléments d'information sur la file active

Ce tableau donne les informations suivantes :

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

1.D.2.AVQA – Score de dépendance AVQ et catégories d'âge

Référence 2015: Tableau MA PSY 05A - Score de dépendance AVQ et catégories d'âge pour les patients hospitalisés

Ce tableau présente, par catégorie d'âge (les mêmes que celles utilisées dans le tableau [1.D.1.CDEM]), le score moyen pour chacune des composantes du score de dépendance aux activités de la vie quotidienne (AVQ) (habillement, déplacement, alimentation, continence, comportement, communication). Les séquences avec des variables de dépendance non ou mal renseignées ne sont pas prises en compte.

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

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

1.D.2.DIAGS – Liste des diagnostics de type symptôme

Ce tableau, trié par code CIM10, présente la liste des diagnostics, principaux et associés, de type symptôme (code CIM-10 commençant par « R »).

Il présente pour les RPSA et R3A :

- Nb journées (HC+HP)
- %journées en diag principal
- Nombre d'actes
- % actes en diag principal
- Nb patients
- Nb patients à temps complet ou temps partiel
- Nb patients en ambu

Le tableau ne présente que les codes CIM-10 les plus fréquemment codés (correspondant à au moins 80% du cumul des journées et des actes).

La ligne « total » présente le total des informations pour l'ensemble des diagnostics de type symptôme. Si pour une même séquence, on trouve plusieurs diagnostics de type symptôme, les informations ne sont comptées qu'une seule fois.

1.D.2.DIAGCS – Liste des diagnostics de cause externe

Ce tableau, trié par code CIM10, présente la liste des diagnostics, principaux et associés, de cause externe (code CIM-10 commençant par « S », « T », « V », « W », « X », « Y », « Z5 », « Z6 », « Z8 », « Z9 »).

Il présente pour les RPSA et R3A :

- Nb journées (HC+HP)
- %journées en diag principal
- Nombre d'actes
- % actes en diag principal
- Nb patients
- Nb patients à temps complet ou temps partiel
- Nb patients en ambu

Le tableau ne présente que les codes CIM-10 les plus fréquemment codés (correspondant à au moins 80% du cumul des journées et des actes).

La ligne « total » présente le total des informations pour l'ensemble des diagnostics de cause externe. Si pour une même séquence, on trouve plusieurs diagnostics de cause externe, les informations ne sont comptées qu'une seule fois.

1.D.2.DIAGPM – Liste des diagnostics de pathologie mentale

Ce tableau, trié par code CIM10, présente la liste des diagnostics, principaux et associés, de pathologie mentale (code CIM-10 commençant par « F »).

Il présente pour les RPSA et R3A :

- Nb journées (HC+HP)
- %journées en diag principal
- Nombre d'actes
- % actes en diag principal
- Nb patients
- Nb patients à temps complet ou temps partiel
- Nb patients en ambu

Le tableau ne présente que les codes CIM-10 les plus fréquemment codés (correspondant à au moins 80% du cumul des journées et des actes).

La ligne « total » présente le total des informations pour l'ensemble des diagnostics de pathologie mentale. Si pour une même séquence, on trouve plusieurs diagnostics de pathologie mentale, les informations ne sont comptées qu'une seule fois.

1.D.2.DIAPS – Liste des diagnostics de pathologie somatique

Ce tableau, trié par code CIM10, présente la liste des diagnostics, principaux et associés, de pathologie somatique (autres codes diagnostiques que ceux de type symptôme, de cause externe ou de pathologie mentale).

Il présente pour les RPSA et R3A :

- Nb journées (HC+HP)
- %journées en diag principal
- Nombre d'actes
- % actes en diag principal
- Nb patients
- Nb patients à temps complet ou temps partiel
- Nb patients en ambu

Le tableau ne présente que les codes CIM-10 les plus fréquemment codés (correspondant à au moins 80% du cumul des journées et des actes).

La ligne « total » présente le total des informations pour l'ensemble des diagnostics de pathologie somatique. Si pour une même séquence, on trouve plusieurs diagnostics de pathologie somatique, les informations ne sont comptées qu'une seule fois.

1.D.2.CCAM – Liste des actes CCAM

- **Tableaux A : liste des actes médicaux effectués-focus actes psy**

Ce tableau donne pour chaque acte CCAM spécifique psy:

- Nombre d'occurrences
- Nombre de séjours concernés

La liste des actes spécifiques psy est la suivante :

ALQP002 - Test d'évaluation de l'efficience intellectuelle de l'enfant
ALQP003 - Test d'évaluation d'une dépression
ALQP004 - Test d'évaluation des aspects psychopathologiques de la personnalité
ALQP005 - Test d'évaluation de l'efficience intellectuelle de l'adulte
ALQP006 - Test d'évaluation d'un déficit cognitif
ZFQP002 - Test d'évaluation et de catégorisation des déficiences, incapacités et désavantages sociaux
ZFQP003 - Test d'évaluation de la qualité de vie
AZRP001 - Séance d'électroconvulsivothérapie [sismothérapie]

- **Tableau B : liste des actes médicaux effectués**

Ce tableau donne pour chaque acte CCAM :

- Nombre d'occurrences
- Nombre de séjours concernés

1.D.2.FA – Formes d'activité

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

- Nombre d'établissements géographiques
- Nombre de secteurs distincts
- Nombre de séjours (temps complet et temps partiel)
- Nombre de journées (temps complet et temps partiel)
- Nombre d'actes
- Nombre de patients distincts
- Nombre de patients n'ayant que ce mode de prise en charge

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

1.D.2.FACOV – Formes d'activité Patients COVID

Sur la base des RPSA et des R3A transmis dans la période, ce tableau précise pour tous les séjours avec DP ou DAS de COVID (U071, U0710, U0711, U0712, U0713, U0714, U0715) et chaque forme d'activité :

- Nombre d'établissements géographiques

- Nombre de secteurs distincts
- Nombre de séjours (temps complet et temps partiel)
- Nombre de journées (temps complet et temps partiel)
- Nombre d'actes
- Nombre de patients distincts
- Nombre de patients n'ayant que ce mode de prise en charge

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

1.D.2.FAPOSTCOV – Formes d'activité Patients POST COVID

Sur la base des RPSA et des R3A transmis dans la période, ce tableau précise pour tous les séjours avec DP ou DAS de post COVID (U089, U099) et chaque forme d'activité :

- Nombre d'établissements géographiques
- Nombre de secteurs distincts
- Nombre de séjours (temps complet et temps partiel)
- Nombre de journées (temps complet et temps partiel)
- Nombre d'actes
- Nombre de patients distincts
- Nombre de patients n'ayant que ce mode de prise en charge

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

1.D.2.FAVAC – Formes d'activité Patients Vaccinés

Sur la base des RPSA et des R3A transmis dans la période, ce tableau précise pour tous les séjours avec DP ou DAS de post COVID (U119, U129) et chaque forme d'activité :

- Nombre d'établissements géographiques
- Nombre de secteurs distincts
- Nombre de séjours (temps complet et temps partiel)
- Nombre de journées (temps complet et temps partiel)
- Nombre d'actes
- Nombre de patients distincts
- Nombre de patients n'ayant que ce mode de prise en charge

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

1.D.2.MSHC – Mode légal de soins en hospitalisation complète

L'« hospitalisation complète » correspond aux formes d'activité 01 *Hospitalisation à temps plein*, 06 *Centre de postcure psychiatrique* et 07 *Centre de crise*.

Pour chaque mode légal de soins (1 et 3 à 8), ce tableau présente :

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

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

- 3 Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état
- 4 Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables
- 5 Soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement
- 6 Soins psychiatriques aux détenus
- 7 Soins psychiatriques à la demande d'un tiers
- 8 Soins psychiatriques pour péril imminent

La ligne « total » (ou « sous-total ») représente le total (ou sous-total) global pour chaque colonne et non la somme des résultats obtenus par mode légal de soins.

1.D.2.MSTC – Mode légal de soins des autres prises en charge à temps complet

Les autres prises en charge à temps complet (**hors hospitalisation complète**) correspondent aux formes d'activité 02 *Séjour thérapeutique*, 03 *Hospitalisation à domicile* et 05 *Appartement thérapeutique*.

Le tableau présente par mode légal de soins (1 et 3 à 8) et pour chaque forme d'activité de prise en charge à temps complet :

- Le nombre de journées
- Le nombre de patients

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

- 3 Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état
- 4 Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables
- 5 Soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement
- 6 Soins psychiatriques aux détenus
- 7 Soins psychiatriques à la demande d'un tiers
- 8 Soins psychiatriques pour péril imminent

La ligne « total » (ou « sous-total ») représente le total (ou sous-total) global pour chaque colonne et non la somme des résultats obtenus par mode légal de soins.

1.D.2.MSTP – Mode légal de soins des prises en charge à temps partiel

Les prises en charge à temps partiel correspondent aux formes d'activité 20 *Hospitalisation à temps partiel de jour*, 21 *Hospitalisation à temps partiel de nuit*, 23 *Prise en charge en atelier thérapeutique*.

Le tableau présente par mode légal de soins (1 et 3 à 8) et pour chaque forme d'activité de prise en charge à temps partiel :

- Le nombre de séances : Correspond à la somme de : journées de présence + 0,5 x demi-journées de présence
- Le nombre de patients

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

- 3 *Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état*
- 4 *Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables*
- 5 *Soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement*
- 6 *Soins psychiatriques aux détenus*
- 7 *Soins psychiatriques à la demande d'un tiers*
- 8 *Soins psychiatriques pour péril imminent*

La ligne « total » (ou « sous-total ») représente le total (ou sous-total) global pour chaque colonne et non la somme des résultats obtenus par mode légal de soins.

1.D.2.MSA – Mode légal de soins des prises en charge ambulatoires

Les prises en charge en ambulatoire correspondent aux formes d'activité 30 *Accueil et soins en CMP*, 31 *Accueil et soins dans un lieu autre que le CMP*, 32 *Accueils et soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel*.

Le tableau présente par mode légal de soins (1 et 3 à 8) et pour chaque forme d'activité de prise en charge en ambulatoire:

- Le nombre d'actes
- Le nombre de patients

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

- 3 *Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état*
- 4 *Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables*
- 5 *Soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement*
- 6 *Soins psychiatriques aux détenus*
- 7 *Soins psychiatriques à la demande d'un tiers*
- 8 *Soins psychiatriques pour péril imminent*

La ligne « total » (ou « sous-total ») représente le total (ou sous-total) global pour chaque colonne et non la somme des résultats obtenus par mode légal de soins.

1.D.2.HCSCPRES – Hospitalisation complète sans consentement : Présence à J15, 6 mois et 1 an

Ce tableau a pour objet de comptabiliser les prises en charge continues en hospitalisation complète sans consentement au 15^{ème} jour de la mesure, au 6^{ème} mois et à 1 an.

Méthode :

- On « reconstitue » le séjour avec les séquences réalisées sur l'année n-1. La présence à J15, 6 mois ou 1 an n'est comptabilisée que si le patient atteint ces « bornes » sur l'année n. De ce fait, si la présence à 6 mois est atteinte sur l'année n-1, le séjour ne sera pas comptabilisé dans le tableau pour la colonne « Patient présent à 6 mois ».

- Ce tableau ne peut être réalisé que si la variable « nombre de jours couverts par la séquence » peut être correctement calculée par PIVOINE, ce qui nécessite que la date de fin de séquence et la date de début de séquence soient renseignées. **Ce dernier point peut amener à sous-estimer les résultats.**

Un « épisode sans consentement (SSC) » correspond ici à une période de séjour pendant laquelle le patient est présent en continu en hospitalisation complète sans consentement.

L'hospitalisation complète sans consentement correspond :

- aux formes d'activité 01 *Hospitalisation à temps plein*, 06 *Centre de postcure psychiatrique* ou 07 *Centre de crise*
- et au mode légal de soins 3, 4, 5, 6, 7 ou 8.

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

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

Calcul :

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

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

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

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

- Le nombre d'épisodes SSC avec patient présent à J15 – en hospitalisation complète sans consentement.
- Le nombre d'épisodes SSC avec patient présent à 6 mois – en hospitalisation complète sans consentement. On a considéré ici que 6 mois correspondent à 182 jours.
- Le nombre d'épisodes SSC avec patient présent à 1 an – en hospitalisation complète sans consentement. On a considéré ici qu'un an correspond à 365 jours.

1.D.2.HCSCDIAG – Hospitalisation complète sans consentement, liste des pathologies codées en DP

L'hospitalisation complète sans consentement correspond aux formes d'activité 01 *Hospitalisation à temps plein*, 06 *Centre de postcure psychiatrique* ou 07 *Centre de crise* et aux modes légaux de soins 3 à 8.

Le tableau est limité aux diagnostics principaux les plus fréquents représentant au moins 80% du cumul des journées et est trié par ordre décroissant du nombre de journées de présence.

Comme pour les tableaux sur les diagnostics, les diagnostics sont présentés en entier pour les codes CIM-10 commençant par 'R' (diagnostic de type symptôme) ou 'F' (diagnostic de pathologie mentale) et sur les 3 premiers caractères de code pour les autres diagnostics.

Le tableau présente par diagnostic principal :

- Le nombre de journées et le % correspondant
- Le nombre de patients

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

1.D.2.IT – Isolement thérapeutique

Pour les séjours avec un nombre de jours d'isolement thérapeutique non nul, sont présentés :

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

1.D.2.ITDIAG – Isolement thérapeutique, liste des pathologies mentales

Ce tableau présente par diagnostic, associé et principal, de pathologie mentale (codes CIM-10 commençant par « F ») :

- Nombre de séjours
- Nombre de journées couvertes par les séquences ayant au moins un jour d'isolement thérapeutique
- % de journées avec le diagnostic en diagnostic principal
- Nombre de journées d'isolement thérapeutique
- Nombre de patients distincts

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

1.D.2.HLC – Hospitalisation au long cours

Les séjours de plus de 292 jours sont sélectionnés en additionnant les variables du RPSA [Nb jours couverts par la séquence] et [Délai entre date début de séquence et date d'entrée du séjour]. Toutes les formes d'activité à temps complet (FA 01 à 07) et à temps partiel (FA 20, 21, 23) sont prises en compte.

Dans ce tableau sont décrits pour ces séjours :

- Nombre de séjours concernés
- Nombre de journées dans la période
- Nombre de patients distincts
- % de patients présents depuis plus d'un an : calculé par séjour (et pas par patient). Les séjours de plus de 365 jours sont sélectionnés en additionnant les variables du RPSA [Nb jours couverts par la séquence] et [Délai entre date début de séquence et date d'entrée du séjour].
- Age moyen (par séjour)
- % d'homme (par séjour)

1.D.2.HLCDIAG – Hospitalisation au long cours, liste des pathologies mentales

Ce tableau donne, par diagnostics (principal et associés) de pathologie mentale (codes CIM-10 commençant par « F »), pour les séjours de plus de 292 jours :

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

- Nombre de patients distincts

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

1.D.2.AADNA - Synthèse de l'activité ambulatoire détaillée, nature des actes

Ce tableau décrit le fichier de résumés d'activité ambulatoire (R3A) et présente par nature d'acte ambulatoire :

- Nombre d'actes ambulatoires
- Nombre de patients distincts
- Nombre d'indicateurs d'activité libérale : Variable « Indicateur d'activité libérale » codée « L »
- % intervenant médical : Variable « Catégorie professionnelle de l'intervenant » codée « M »
Membres du corps médical ou « X » *Plusieurs catégories professionnelles dont membre du corps médical*
- % en centre médico-psychologique (CMP) : Pourcentage de R3A avec un « Lieu de l'acte » égal à « L01 » *Centre Médico Psychologique*

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

Ce tableau concerne principalement les établissements participant au service public hospitalier (i.e. sous dotation globale).

1.D.2.AADI – Synthèse de l'activité ambulatoire détaillée, intervenants

Ce tableau décrit le fichier de résumés d'activité ambulatoire (R3A) et donne selon la catégorie professionnelle de l'intervenant :

- Nombre d'actes ambulatoires
- Nombre moyen d'intervenants
- % en centre médico-psychologique (CMP) : Pourcentage de R3A avec un « Lieu de l'acte » égal à « L01 » *Centre Médico Psychologique*

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

Ce tableau concerne principalement les établissements participant au service public hospitalier (i.e. sous dotation globale).

1.D.2.AADL – Synthèse de l'activité ambulatoire détaillée, lieux

Ce tableau décrit le fichier de résumés d'activité ambulatoire (R3A) et indique le nombre d'actes en fonction du lieu de l'acte (L01 à L11) et de sa nature (E *Entretien*, D *Démarche*, G *Groupe*, A *Accompagnement* ou R *Réunion*).

Ce tableau concerne principalement les établissements participant au service public hospitalier (i.e. sous dotation globale).

1.D.2.ARSFI – Analyse des RSF-I

- **Tableau A : Répartition des établissements issus du RSFI**
- **Tableau B : Répartition des interruptions de séjour du RSFI**

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

- Effectif (Nombre de lignes de facturation) et effectif cumulé
- Pourcentage et pourcentage cumulé correspondant

Le **tableau B** présente la répartition des motifs d'interruptions de séjour du RSF-I selon la nature de fin de séjour (Décès, Échange plateaux techniques, Présent (changement de discipline dans un même établissement), Retour, Sortie, Transfert) :

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

- Effectif (Nombre de lignes de facturation) et effectif cumulé
- Pourcentage et pourcentage cumulé correspondant

- Nombre de séjours

1.D.2.UMAD UM et Autorisations déclarées

Ce tableau présente la liste des unités médicales leur type :

- 011 - Gériopsychiatrie
- 012 - Grands Adolescents et jeunes adultes
- 061 - Post cure de réhabilitation intensive
- 071 - Centre de crise spécialisé "A" ="adulte"

Ainsi que par leur type d'autorisation

- B - enfant et adolescent"
- M - Mixte
- 0 - Non défini

1.2. Q - Qualité

**Les tableaux de la partie QUALITE
portent sur l'ensemble des RPSA et R3A transmis, hormis les RPSA avec indicateur de
séquence égal à « E »**

a). Synthèse

1.Q.0.SYNTD – Synthèse des tableaux de la partie Qualité

Ce tableau résume l'ensemble des tableaux de la partie qualité avec une ligne par tableau. Pour chaque tableau est présenté le nombre de rpsa/séjour ou r3a présentant aillant une erreur.

b). PIVOINE

1.Q.1.ERRIMP – Synthèse des erreurs de conformité détectées par PIVOINE - RIMP

Ce tableau décompte pour chaque erreur détectée par PIVOINE, le nombre de résumés par séquence et de résumés d'activité ambulatoire pour lesquels les valeurs ne respectent pas les définitions, ainsi que la proportion qu'ils représentent par rapport au nombre total de résumés transmis.

Ces vérifications sont réalisées à partir des fichiers complémentaires dits de contrôle (fichier CTLS pour les séquences et fichier CTLA pour l'activité ambulatoire) **générés par PIVOINE** à partir des fichiers non anonymisés. Les codes retour sont détaillés dans la documentation de PIVOINE.

Les règles appliquées sont issues des définitions figurant dans le *Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie* publié au Bulletin Officiel pour l'année concernée.

1.Q.1.ERRIMP – Synthèse des erreurs détectées par PIVOINE - RSF

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

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

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

c). Chainage

1.Q.2.CHCR – Chainage – Codes retour

- **Tableaux A : Contrôle des codes retour de génération des fichiers anonymes**
- **Tableau B : Combinaison des types d'erreurs - Nombre de séjours sans erreurs**

Les **tableaux A** présentent, pour chacun des codes retour correspondant à une anomalie rencontrée lors de la procédure de chainage, les effectifs de séjours et leur répartition (totale et cumulée) par modalité du code retour.

Les 4 premiers tableaux concernent les variables utilisées dans VID-HOSP :

- Contrôle N° de Sécurité sociale (cret1)
 - 0 Pas de problème à signaler
 - 1 Longueur incorrecte (différente de 13)
 - 2 Renseigné avec la valeur manquante (i.e. 'XXXXXXXXXXXXX')
 - 3 Présence de caractères non numériques
 - 4 Format incorrect (i.e. ne commençant pas par '1', '2', '5', '6', '7' ou '8')
 - 9 Traitement impossible : l'enregistrement traité ne respecte pas, de manière flagrante, le format VID-HOSP (sa longueur dépasse la longueur totale d'un enregistrement au format VID-HOSP). Lorsque l'on est en présence d'un tel cas, les 4 premiers codes retour (cret1, cret2, cret3 et cret4) sont positionnés à 9.
- Contrôle Date de naissance (cret2)
 - 0 Pas de problème à signaler
 - 1 Longueur incorrecte (différente de 8)
 - 2 Renseignée avec la valeur manquante (i.e. 'XXXXXXXX')
 - 3 Présence de caractères non numériques
 - 4 Date incorrecte (i.e. ne peut être interprétée en tant que date au format jj/mm/aaaa)
 - 9 Traitement impossible
- Contrôle du sexe (cret3)
 - 0 Pas de problème à signaler
 - 1 Renseigné avec la valeur manquante (i.e. 'X')
 - 2 Valeur illicite (i.e. n'appartenant pas à {1, 2})
 - 9 : Traitement impossible
- Contrôle du N° administratif (cret4)
 - 0 Pas de problème à signaler
 - 1 Non renseigné (longueur nulle)
 - 9 Traitement impossible

Les 2 tableaux suivants concernent les deux fusions opérées par PIVOINE pour relier le numéro anonyme produit par MAGIC avec les RPSA.

- Contrôle fusion ANO-HOSP/HOSP-PMSI (cret5) : la fusion ANO-HOSP/HOSP-PMSI permet de constituer le fichier ANO-PMSI. Ce dernier est une table de correspondance entre le numéro anonyme et le n° RPS. Pour ce faire, on a besoin d'une table de correspondance entre les n° d'hospitalisation et les n° RPS (fichier HOSP-PMSI) :

- 0 Pas de problème à signaler
 - 1 N° Administratif dans le fichier HOSP-PMSI mais pas dans le fichier de ANO-HOSP
 - 2 Problème de calcul de clé d'intégrité sur ANO-HOSP
 - 3 Présence des deux erreurs 1 et 2
 - 9 Traitement impossible
- Contrôle fusion ANO-PMSI/Fichier PMSI (cret6)
 - 0 Pas de problème à signaler
 - 1 N° de RPS dans fichier RPSA mais pas dans le fichier ANOPMSI
 - 9 Traitement impossible'

Les 3 derniers tableaux portent sur des contrôles de cohérence.

- Contrôle de cohérence date d'entrée (cret7)
 - 0 Pas de problème à signaler
 - 1 Problème de format de date
 - 2 Année d'entrée antérieure à 1990
 - 9 Traitement impossible
- Contrôle de cohérence date de naissance (cret8)
 - 0 Pas de problème à signaler
 - 1 Incohérence entre les informations RPS et VID-HOSP/RSF-A
 - 9 Traitement impossible
- Contrôle de cohérence sexe (cret9)
 - 0 Pas de problème à signaler
 - 1 Incohérence entre les informations RPS et VID-HOSP
 - 9 Traitement impossible

Le **tableau B** présente, pour chacune des combinaisons des codes retour correspondant aux anomalies rencontrées lors de la procédure de chaînage, les effectifs de séjours et leur répartition (totale et cumulée).

Exemple : une combinaison 999910100 correspond à la suite : cret1=9, cret2=9, cret3=9, cret4=9, cret5=1, cret6=0, cret7=1, cret8=0 et cret9=0 (dont le détail est donné dans les tableaux A)

1.Q.2.CHSP – Synthèse de la procédure de chaînage

Ce tableau s'intéresse à la conformité de la clé de chaînage du fichier ANO ainsi qu'aux réhospitalisations.

Il comporte les lignes suivantes :

- Nombre de séjours
- Séjour sans clé de chaînage ou clé de chaînage générée sans n° d'assuré social : correspond à au moins un code retour incorrect (= code retour différent de 0) pour les variables « code

retour n° de sécurité social », « code retour n° administratif » et les deux variables code retour de fusion (fusion ANO-HOSP/HOSP-PMSI et fusion ANO-PMSI/Fichier PMSI);

- Séjour avec clé de chaînage générée depuis des informations non conformes ou partiellement manquantes : Séjours présentant d'autres anomalies dans les contrôles faits à l'occasion de la procédure de chaînage. Ils correspondent aux autres cas non contrôlés plus haut, avec des codes retour, parmi les 9 premiers codes retour du fichier ANO, incorrects.
- Nombre de séjours avec une clé de chaînage générée sans erreur. Il s'agit des séjours sans anomalie lors des contrôles faits pendant la procédure de chaînage (les 9 premiers codes retour du fichier ANO doivent être égaux à 0);
- Nombre de séjours sans incohérence de chaînage ni impossibilité de calcul : De la ligne précédente sont enlevés les séjours présentant, pour des hospitalisations successives d'un même patient, un changement du code sexe ou de la valeur de l'âge de plus d'une unité. Les éléments qui suivent sont calculés à partir de cet ensemble de séjours :
- Nombre de patients. Il correspond au nombre de clés de chaînage (n° anonyme) distinctes
- Nombre de journées (temps complet + temps partiel)
- Nombre de prises en charge en hospitalisations simultanées (calculé pour des formes d'activité identiques) : correspond à des séjours successifs pour un même patient, non disjoints. Cette information est déduite à partir de la variable indicatrice de séjour (délai entre la date d'entrée et une date déduite par cryptage irréversible de la clé de chaînage) combinée aux informations des RPSA ; ceci survient en cas de non-respect de la règle de clôture des séjours PMSI avant le suivant.
- Nombre de journées de présence simultanée (calculé pour des formes d'activité identiques)
- Nombre de réadmissions en prise en charge à temps complet
- Nombre de réadmissions en prise en charge à temps complet dans un délai inférieur à 15 jours
- Délai médian de réadmission en prise en charge à temps complet, en jour

d). Isolement thérapeutique

1.Q.4.ITSDC : Séquences avec isolement thérapeutique et score de dépendance comportementale faible

Nombre de premières séquences tel que (AVQ_comportemental = 1) ET (nombre de jours en isolement thérapeutique ≥ 2) ET (forme d'activité = '01' ou '07')

1.Q.4.ITPEC : Séquences avec isolement thérapeutique pour une prise en charge autre que l'hospitalisation temps plein ou centre de crise

Nombre de séquences tel que (nombre de jours en isolement thérapeutique ≥ 2) ET [forme d'activité non comprise dans la liste ('01','07')]

1.Q.5.JPIDS : Séquences avec un nombre de journées de présence très inférieur à la durée de la séquence

Nombre de séquences avec (forme d'activité = '01') ET (nombre de jours de présence dans l'établissement / nombre de jours couverts par la séquence $< 0,5$) ET nombre de jours couverts par la séquence > 7

e). Diagnostics

1.Q.6.ISD : Nombre de séquence avec incompatibilité entre DP et sexe

Nombre de séquences avec un code CIM-10 en diagnostic principal tel que (sexe = '1' et sexD = '2') OU (sexe = '2' et sexD = '1') dans la table DiagInfo

1.Q.6.IAD : Nombre de séquence avec incompatibilité entre DP et Age

Nombre de séquences avec (un code CIM-10 en diagnostic principal de la catégorie F20 Schizophrénie et âge < 10 ans) ou (âge > 100 ans, quel que soit le diagnostic principal)

1.Q.6.DPI : Séquences avec un diagnostic principal imprécis

Nombre de séquences avec code CIM-10 en diagnostic principal parmi les catégories de la liste ('F09', 'F69', 'F89', 'F99')

1.Q.6.ISDA] : Nombre de séquence avec incompatibilité entre DA et sexe

Nombre de séquences avec au moins un code CIM-10 en diagnostic associé tel que (sexe = '1' et sexD = '2') OU (sexe = '2' et sexD = '1')

1.Q.6.DPI : Séquences avec un diagnostic associé imprécis

Nombre de séquences avec au moins un code CIM-10 en diagnostic associé parmi les catégories de la liste ('F09', 'F69', 'F89', 'F99')

1.Q.6.SLDI : Séquences longues et codage des diagnostics insuffisant (pas de DA et en DP un code sans extension)

Nombre de séquences avec forme d'activité = '01' et durée séquence ≠ 999 et durée séquence > P80 observé sur la base nationale de l'année n-1 et DP de la catégorie F20 Schizophrénie et nombre de DA=0 et longueur(DP)<5 caractères

1.Q.6.AAISD : Actes ambulatoires avec un diagnostic principal incompatible avec le sexe

Nombre d'actes ambulatoires avec un code CIM-10 en diagnostic principal tel que (sexe = '1' et sexD = '2') OU (sexe = '2' et sexD = '1') dans la table DiagInfo

1.Q.6.AAIAD : Actes ambulatoires avec un diagnostic principal incompatible avec l'âge

Nombre d'actes ambulatoires avec (un code CIM-10 en diagnostic principal de la catégorie F20 Schizophrénie et un âge < 10 ans) ou (un âge >100 ans, quel que soit le diagnostic principal)

1.Q.6.AADPI : Actes ambulatoires avec un diagnostic principal imprécis

Nombre d'actes ambulatoires avec code CIM-10 en diagnostic principal parmi les catégories de la liste ('F09', 'F69', 'F89', 'F99')

1.Q.6.IPPDP : Nombre d'IPP avec un acte sans DP ayant eu un DP codé auparavant en ambulatoire ou en hospitalisation

Nombre d'IPP avec DP manquant sur un R3A, si pour ce même IPP, un résumé antérieur existe avec un DP renseigné : pour un R3A : [IPP_date du R3A sans DP ≥ IPP_date] ; pour un RPSA : [IPP_date du R3A sans DP ≥ date de début du RPSA]

Date de début RPSA= IPP_date + délai entre début séjour et début séquence

1.Q.6.AISDA : Actes ambulatoires avec un diagnostic associé incompatible avec le sexe

Nombre d'actes ambulatoires avec au moins un code CIM-10 en diagnostic associé tel que (sexe = '1' et sexD = '2') OU (sexe = '2' et sexD = '1')

1.Q.6.AADAI : Actes ambulatoires avec un diagnostic associé imprécis

Nombre d'actes ambulatoires avec au moins un code CIM-10 en diagnostic associé parmi les catégories de la liste ('F09', 'F69', 'F89', 'F99')

f). Code géographique

1.Q.7.CGI : Séquences avec un code géographique imprécis

Nombre de séquences tel que (code géographique = '99100') OU [(code géographique se terminant par '999') ET (code géographique ≠ '99999')]

1.Q.7.RACGI : Résumés ambulatoires avec un code géographique imprécis

Nombre d'actes ambulatoires tel que (code géographique = '99100') OU [(code géographique se terminant par '999') ET (code géographique ≠ '99999')]

g). Mode légal de soin

1.Q.8.MLA : Séquences avec un mode légal inhabituel eu égard à l'âge du patient

Nombre de séquences tel que [mode légal = '3' et âge < 10] OU [mode légal de la liste ('4','6') ET âge < 14] OU [mode légal = '5' et âge ≥ 18] ou [mode légal de la liste ('7','8') ET âge < 18]

1.Q.8.AAMLA : Actes ambulatoires avec un mode légal inhabituel eu égard à l'âge du patient

Nombre d'actes ambulatoires tel que [mode légal = '3' et âge < 10] OU [mode légal de la liste ('4','6') ET âge < 14] OU [mode légal = '5' et âge ≥ 18] ou [mode légal de la liste ('7','8') ET âge < 18]

h). Accompagnement thérapeutique

1.Q.9.ATMS : Séquences avec accompagnement thérapeutique en milieu scolaire pour des patients adultes ou très jeunes

Nombre de séquences avec (accompagnement thérapeutique en milieu scolaire = 'S') ET (âge < 3 OU âge > 18)

j). Nombre d'actes

1.Q.10.NBAE : Patients avec un nombre d'actes ambulatoires élevé eu égard à la période temporelle considérée

Nombre d'IPP distincts avec en moyenne plus de 30 actes/mois, soit (nombre total d'actes sur l'année) / (nombre de mois avec au moins un acte réalisé)

1.Q.10.NBAI : Nombre d'actes identiques

Nombre d'actes ambulatoires avec toutes les variables de la partie fixe identiques, à savoir : IPP, sexe, âge, code géographique, date, secteur psychiatrique, Finess géographique, diagnostic principal, activité libérale, anomalie, forme d'activité, mode légal, nombre de diagnostics associés, nombre et catégorie d'intervenants, type et lieu de l'acte, mois et année de réalisation de l'acte

j). Nature de l'acte

1.Q.11.AAL : Actes ambulatoires avec un type d'acte EDGAR inhabituel pour le lieu de l'acte

Nombre d'actes ambulatoires tel que type d'acte EDGAR in ('G','R') et lieu de l'acte in ('L07','L10')

1.Q.11.RIPP : Nombre de journées avec plusieurs actes de réunions pour un même IPP

Nombre de journées pour un même IPP soit nombre de couples (IPP, IPP_date) avec au moins 2 actes tels que TypeActe='R' et IPP_date renseignée

k). Intervenants

1.Q.12.AANBI : Actes ambulatoires d'actes avec un nombre d'intervenants inapproprié pour le type d'acte

Nombre d'actes ambulatoires tel que [type d'acte EDGAR = 'E' et nombre d'intervenants > 3] ou [type d'acte EDAGR in ('D','A') et nombre d'intervenants ≥ 3]

l). Lieu de l'acte

1.Q.13.LIPP : Nombre de journées avec des lieux d'actes différents pour un même IPP

Nombre de journées pour un même IPP soit nombre de couples (IPP, IPP_date) avec, sur l'un des actes de cette journée pour cet IPP, (présence du lieu d'acte L06 et présence d'un autre lieu d'acte) ou (présence des lieux d'acte L04 et L05) ou (présence des lieux d'acte L07 et L08), pour une IPP_date renseignée.

m). Dotation Qualité du codage

1.Q.14.DQC : Dotation Qualité du Codage

- **Taux de chaînage**

Cet indicateur vérifie si pour un patient identifié par la combinaison (IPP-FINESS) il existe au moins un numéro ANO valide. Il vise à inciter les établissements à renseigner le numéro ANO afin de pouvoir reconstituer les parcours des patients. Le périmètre pour cet indicateur concerne tous les patients en dehors des individus – sans couverture sociale, i.e. les patients avec le code : Z5970 (le code entier en position de Diagnostics et facteurs associés (DA)).

Deux versions de cet indicateur ont été calculées :

- Pour les patients pris en charge uniquement en ambulatoire
- Pour les patients pris en charge non-exclusivement en ambulatoire (i.e. les patients pris en charge au moins une fois en temps complet ou temps partiel)

$$\text{Indicateur} = \frac{\text{Nb IPP/finess avec au moins un N°Ano}}{\text{Nb IPP/finess du périmètre}}$$

- **Présence d'un diagnostic principal**

L'objectif de ce second indicateur est de vérifier si on dispose pour chaque patient d'au moins un DP correctement renseigné.

Le périmètre sur cet indicateur concerne tous les patients, prise en charge en temps complet, en temps partiel et en ambulatoire.

Tous les diagnostics principaux sont considérés valides sauf dans les cas suivants :

- Code manquant/vide
- Les codes imprécis :
 - o F09 Trouble mental organique ou symptomatique, sans précision

- o F69 Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans autre indication
- o F89 Trouble du développement psychologique, sans précision
- o F99 Trouble mental, sans autre indication

-Les Codes CIM-10 interdits en DP (Kit Nomenclature CIM-10 typé « 3 »).

Calcul : pour chaque établissement : Nombre de patient avec au moins un diagnostic principal valide (sur l'année) / Nombre de patients total.

$$\text{Indicateur} = \frac{\text{IPP avec au moins un DP valide}}{\text{Nb IPP}}$$

- **Présence d'un code postal valide**

L'objectif de ce troisième indicateur est de vérifier si chaque patient dispose d'au moins un code postal correctement renseigné.

Le périmètre concerne tous les patients en dehors des individus sans domicile fixe, i.e. les patients avec le code DA : Z590 Sans abri et du code « 99999 » concernant notamment les patients souhaitant garder l'anonymat et les patients dont le pays de résidence est inconnu.

Calcul : pour chaque établissement : Nombre de patient avec au moins un code postal valide sur l'année /Nombre de patients total dans le périmètre.

$$\text{Indicateur} = \frac{\text{Nb IPP avec au moins un Code Postal correctement renseigné}}{\text{Nb IPP du périmètre}}$$

- **Cohérence du nombre de venues entre RPS et Fichcomp**

Ce dernier indicateur vise à vérifier la cohérence du nombre de venues entre les RPS et le Fichcomp pour le temps partiel. Le RPS, résumé par séquence, permet de décrire toute l'activité réalisée au bénéfice de malades par les établissements de santé, en hospitalisation complète ou partielle. Le Fichcomp est un fichier complémentaire permettant le recueil des venues de temps partiel avec leurs modalités et leurs dates. Le périmètre de cet indicateur concerne tous les patients pris en charge en temps partiel.

Sur ces deux bases de données, par date, au maximum une seule venue ou deux demi-venues doivent être comptabilisées. Or, certains établissements du fait du codage de prestations, ont codé plusieurs prestations pour la même date, c'est-à-dire plus d'une venue ou plus de deux demi-venues par date. Ainsi, la somme des venues et demi-venues est comparée pour chaque établissement entre les données issues du Fichcomp et les données issues des RPS, pour s'assurer de la cohérence entre les deux bases de données.

Pour le calcul :

- Sur le Fichcomp : Par établissement, est sommé le nombre de « dates/délai » où le type de venue = 1 venue et le nombre de « dates/délai » où le type de venues = 1 demie venue, en appliquant 0,5 aux demi-venues.

- Sur le RPS : Par établissement est sommé le nombre de venues et de demies venues, en appliquant 0.5 aux demies venues.

- Le calcul final de l'indicateur par établissement :

$$\text{Indicateur} = 1 - \frac{|\text{nb venues Fichcomp} - \text{nb venues RPS}|}{\text{nb venues RPS}}$$

1.1. V - Valorisation

**Les tableaux de la partie VALORISATION
portent sur l'ensemble des RSFA « conformes » transmis : voir tableau [1.V.1.RSFSYN]**

a). RSFA

1.V.1.RSFSYN – Analyse du fichier de RSF

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

- RSFC Consultations externes des médecins salariés : Nombre de RSFC concernés et nombre de lignes de facture correspondante. Pour plus d'informations sur le codage des consultations externes en établissement privé, se reporter à l'annexe 24 de la norme B2.

La suite du tableau ne concerne que les RSF avec prestations hospitalières.

- Séjours avec RSF : Nombre de séjours du RPSA et nombre de journées correspondantes avec un RSF associé
- Dont séjours terminés avec RSF : Nombre de séjours terminés du RPSA et nombre de journées correspondantes avec un RSF associé
- Séjours sans RSF associé : Nombre de séjours du RPSA et nombre de journées correspondantes sans RSF associé
- Dont séjours terminés sans RSF associé : Nombre de séjours terminés du RPSA et nombre de journées correspondantes sans RSF associé

Pour les 4 indicateurs précédents, le nombre de journées présentées correspond à l'ensemble des journées du séjour (depuis la date d'entrée du séjour). Ce nombre est calculé à partir du RPSA, en additionnant les variables [Nb jours couverts par la séquence] et [Délai entre date début de séquence et date d'entrée du séjour].

- Séjours avec RSF non conformes : Nombre de séjours qui seront supprimés des analyses. Ils correspondent au DMT non autorisées en psychiatrie et aux mauvaises annulations de facture.
- Dont DMT non autorisées : Nombre de séjours avec des DMT non autorisées en psychiatrie. Les DMT non autorisées sont déterminées à partir des grands groupes de discipline GGDE.
- Dont annulation de facture ne correspondant pas à une facture : Il s'agit de factures ayant une nature d'opération signalant une «régularisation négative». Cette régularisation doit normalement être égale à une facture déjà transmise pour le même séjour et elle doit être accompagnée d'une nouvelle facturation. Lorsque ce n'est pas le cas, le RSF est considéré comme non conforme.
- Séjours avec RSF conformes : Nombre de RSF (lignes de facturation et séjours) qui sont conservés dans la suite des analyses.
- Enregistrements de type A : Nombre de séjours et nombre de lignes de facturation de type A

- Factures nulles : Nombre de séjours et nombre de lignes de facture correspondant à une facture nulle. Une facture est considérée comme nulle si le total base remboursement prestations hospitalières du RSF-A est nul.
- Enregistrements de type B : Nombre de séjours et nombre de lignes de facturation de type B
- Dont enregistrement avec information NOEMIE : On considère ici les séjours et les lignes de facture dont au moins une des variables « montant remboursé NOEMIE retour » ou « Nature opération NOEMIE retour » est remplie.
- Enregistrements de type C : Nombre de séjours et nombre de lignes de facturation de type C (hors RSFC des consultations externes des médecins salariés)
- Dont enregistrement avec information NOEMIE : On considère ici les séjours et les lignes de facture dont au moins une des variables « montant remboursé NOEMIE retour » ou « Nature opération NOEMIE retour » est remplie.
- Enregistrements de type I : Nombre de séjours et nombre de lignes de facturation de type I
- Enregistrement de type P : Nombre de séjours et nombre de lignes de facturation de type P
- Enregistrement de type H : Nombre de séjours et nombre de lignes de facturation de type H
- Enregistrement de type M : Nombre de séjours et nombre de lignes de facturation de type M
- Annulation de facture correcte : Nombre de séjours avec annulation de facture Il s'agit de factures ayant une nature d'opération signalant une «régularisation négative». Cette régularisation est égale à une facture déjà transmise pour le même séjour et est accompagnée d'une nouvelle facturation.
- Séjours avec plusieurs factures

1.V.1.CPC – Répartition des codes de prise en charge

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

Ce tableau présente selon le code de prise en charge :

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

Les factures nulles (factures avec ses montants RSF-A à 0) ne devraient en principe concerner que les codes de prise en charge 2 et 4.

1.V.1.CPRSFB – Répartition des codes de prestation du RSF-B

- **Tableau A : Répartition des codes prestations - RSF-B**
- **Tableau B : Répartition des codes prestations ou des lettres clés non reconnus - RSF-B**

Ces tableaux présentent l'ensemble des codes prestation facturés dans les RSF de type B, ainsi que les montants base de remboursement et les montants AM qu'ils représentent.

Le **tableau A** concerne les codes prestation reconnus dans la norme B2

Le **tableau B** présente les codes prestation non retrouvés dans la norme B2.

1.V.1.RSFDMT – Analyse des disciplines médico-tarifaires

- **Tableau A : Répartition des DMT**
- **Tableau B : Prix unitaire des codes prestation par DMT**

Le **tableau A** présente la répartition en discipline médico-tarifaire (DMT) à partir des RSF-B il ne concerne donc que les séjours avec factures non nulles. Les DMT ne sont comptabilisées qu'une fois par séjour. Un séjour peut comporter plusieurs DMT, mais on ne peut comptabiliser plusieurs fois la même DMT pour un séjour.

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

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

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

Le **tableau B** présente par DMT, les codes prestation de type hébergement, accueil, et environnement technique, ainsi que le prix unitaire moyen, le prix unitaire minimum et le prix unitaire maximum :

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

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

1.V.1.RSFMDT – Répartition des modes de traitement

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

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

1.V.1.DPFA – Diagnostic principal par forme d'activité

Référence 2015: Tableau MA PSY 26 - Diagnostic principal par forme d'activité

Le tableau présente par diagnostic principal :

- Nombre de séjours : Nombre de séjours terminés retrouvés dans le RPSA et dans le RSF-B
- Nombre de journées de présence : **correspond à l'ensemble des journées du séjour (depuis la date d'entrée du séjour)**. Ce nombre est calculé à partir du RPSA, en additionnant les variables [Nb jours couverts par la séquence] et [Délai entre date début de séquence et date d'entrée du séjour].
- Nombre de journées avec prix journée : Nombre de journées du RSF-B (= variable [Quantité]) avec un code prestation « PJ »
- Montant base de remboursement : variable renseignée dans le RSF-B

Le tableau est séparé par type d'hospitalisation (prises en charge à temps complet / prises en charge à temps partiel). Le type d'hospitalisation est déterminé à partir des formes d'activité :

- 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07 correspondent aux prises en charge à temps complet ;
- 20, 21, 23 correspondent aux prises en charge à temps partiel.

Le tableau ne concerne que les séjours terminés. S'il y a plusieurs diagnostics principaux pour un même séjour, celui présenté est le dernier diagnostic du séjour. Seuls les 3 premiers caractères du code CIM-10 du DP sont pris en compte.

1.V.1.CPRSFC – Répartition des codes de prestation du RSF-C

Référence 2015: Tableau MA PSY 27 - Répartition des codes de prestation du RSF-C

Le tableau présente l'ensemble des codes prestation facturés dans les RSF de type C, ainsi que les montants base de remboursement et les montants AM qu'ils représentent.

Le tableau est divisé en 2 parties :

- RSFC correspondant aux actes et consultations externes en hospitalisation
- RSFC correspondant aux consultations externes des médecins salariés

b). DFA

1.V.2.DFA : Dotation à la file active (tableau en expérimentation)

- **Temps plein – Adulte**

Ce tableau présente les effectifs comptabilisés dans la dotation file active ainsi que les effectifs non comptabilisés (colonnes grisées) pour les patients âgés de **18 ans et plus** avec une **forme d'activité « 01 »**.

Nombre de patients, nombre de journées, nombre de séquences sans nuitée (0j) .

Les colonnes « jeunes adultes » (≥ 18 ans et < 26 ans) et « géro-psycho-geriatrie » (> 64 ans) entraînent des pondérations différentes. Pour avoir ces pondérations, il faut respecter les **critères d'âge, d'identification par l'ARS ainsi que de présence effective dans les UM (12 et 11)**. Les colonnes « Autres situations » correspondent aux journées qui ne sont ni « jeunes adultes » ni « géro-psycho-geriatrie ».

Les séquences de plus de 31 ou les durées cumulées par patient et forme d'activité supérieurs à 366 jours ne sont pas comptabilisés.

- **Temps plein – Enfant**

Ce tableau présente les effectifs comptabilisés dans la dotation file active ainsi que les effectifs non comptabilisés (colonnes grisées) pour les patients âgés de **moins de 18 ans** avec une **forme d'activité « 01 »**.

Nombre de patients, nombre de journées, nombre de séquences sans nuitée (0j).

Par défaut la pondération est « adulte ». Pour avoir la pondération « enfant » il faut avoir **l'identification ARS infanto juvénile**.

Les séquences de plus de 31 ou les durées cumulées par patient et forme d'activité supérieurs à 366 jours ne sont pas comptabilisés.

- **Post cure – Adulte**

Ce tableau présente les effectifs comptabilisés dans la dotation file active ainsi que les effectifs non comptabilisés (colonnes grisées) pour les patients âgés de **18 ans et plus** avec une **forme d'activité « 06 »**.

Nombre de patients, nombre de journées, nombre de séquences sans nuitée (0j)

La colonne « réhabilitation intensive » entraîne une pondération différente. Pour avoir cette pondération, il faut respecter les critères **d'identification par l'ARS ainsi que de présence effective dans les UM 61**. Les colonnes « Autres situations » correspondent aux journées qui ne sont pas « réhabilitation intensive »

Les séquences de plus de 31 ou les durées cumulées par patient et forme d'activité supérieurs à 366 jours ne sont pas comptabilisés.

- **Post cure – Enfant**

Ce tableau présente les effectifs comptabilisés dans la dotation file active ainsi que les effectifs non comptabilisés (colonnes grisées) pour les patients âgés de **moins de 18 ans** avec une **forme d'activité « 06 »**.

Nombre de patients, nombre de journées, nombre de séquences sans nuitée (0j).

Par défaut la pondération est « adulte ». Pour avoir la pondération « enfant » il faut avoir l'**identification ARS infanto juvénile**.

Les séquences de plus de 31 ou les durées cumulées par patient et forme d'activité supérieurs à 366 jours ne sont pas comptabilisés.

- **Centre de crise – Adulte**

Ce tableau présente les effectifs comptabilisés dans la dotation file active ainsi que les effectifs non comptabilisés (colonnes grisées) pour les patients âgés de **18 ans et plus** avec une **forme d'activité « 07 »**.

Nombre de patients, nombre de journées, nombre de séquences sans nuitée (0j)

La colonne « centre de crise spécialisé » entraîne une pondération différente. Pour avoir cette pondération, il faut respecter les critères **d'identification par l'ARS ainsi que de présence effective dans les UM 71**. Les colonnes « Autres situations » correspondent aux journées qui ne sont pas « réhabilitation intensive »

- **Centre de crise – Enfant**

Nombre de patients, nombre de journées, nombre de séquences sans nuitée (0j).

Par défaut la pondération est « adulte ». Pour avoir la pondération « enfant » il faut avoir l'**identification ARS infanto juvénile**.

- Les séquences de plus de 31 ou les durées cumulées par patient et forme d'activité supérieurs à 366 jours ne sont pas comptabilisés. **Forme d'activité – Adulte**

Ce tableau présente les effectifs comptabilisés dans la dotation file active ainsi que les effectifs non comptabilisés (colonnes grisées) pour les patients âgés de **18 ans et plus** avec une **forme d'activité « 02 », « 03 », « 04 », « 05 », « 20 », « 21 », « 23 »**.

Nombre de patients, nombre de journées.

Les séquences de plus de 31 ou les durées cumulées par patient et forme d'activité supérieurs à 366 jours ne sont pas comptabilisés.

- **Forme d'activité – Enfant**

Ce tableau présente les effectifs comptabilisés dans la dotation file active ainsi que les effectifs non comptabilisés (colonnes grisées) pour les patients âgés de **moins de 18 ans** avec une **forme d'activité « 02 », « 03 », « 04 », « 05 », « 20 », « 21 », « 23 »**.

Nombre de patients, nombre de journées, nombre de séquences sans nuitée (0j).

Par défaut la pondération est « adulte ». Pour avoir la pondération « enfant » il faut avoir l'**identification ARS infanto juvénile**.

Les séquences de plus de 31 ou les durées cumulées par patient et forme d'activité supérieurs à 366 jours ne sont pas comptabilisés.

- **Soins sans consentement – Adulte**

Ce tableau représente le nombre de patients concernés par au moins une séquence avec un **mode légal « 3 », « 4 », « 6 » (majoration 1) ou « 7 », « 8 » (majoration 2)** pour les patients **âgés de 18 ans et plus**.

- **Soins sans consentement – Enfant**

Ce tableau représente le nombre de patients concernés par au moins une séquence avec un **mode légal « 3 », « 4 », « 6 » (majoration 1) ou « 7 », « 8 » (majoration 2)** pour les patients **âgés de moins de 18 ans**.

Nombre de patients, nombre de journées, nombre de séquences sans nuitée (0j).

Par défaut la pondération est « adulte ». Pour avoir la pondération « enfant » il faut avoir l'**identification ARS infanto juvénile**.

Les séquences de plus de 31 ou les durées cumulées par patient et forme d'activité supérieurs à 366 jours ne sont pas comptabilisés.

- **Ambulatoire – Adulte**

Ce tableau présente les effectifs comptabilisés dans la dotation file active pour les patients âgés de **18 ans et plus**.

Nombre de patients par paliers de nombre d'actes « E », « G », « A » avec intervenant « M », « I », « V », « S », « P », « R », « E », « X », « Y » ou « A ».

La colonne PeC HLS représente le % d'actes effectués dans des lieu « L03 », « L04 », « L05 », « L07 », « L08 ».

La colonne coordination représente les patients ayant eu des actes « D » ou « R » et un intervenant « M », « I », « V », « S », « P », « R », « E », « X », « Y » ou « A ».

La colonne PeC intensive représente les patients ayant eu au moins 15 actes dans une période de 21 jours avec au moins 12 jours actifs.

- **Ambulatoire – Enfant**

Ce tableau présente les effectifs comptabilisés dans la dotation file active pour les patients âgés de **moins de 18 ans**.

Nombre de patients par paliers de nombre d'actes « E », « G », « A » avec intervenant « M », « I », « V », « S », « P », « R », « E », « X », « Y » ou « A ».

La colonne PeC HLS représente le % d'actes effectués dans des lieu « L03 », « L04 », « L05 », « L07 », « L08 ».

La colonne coordination représente les patients ayant eu des actes « D » ou « R » et un intervenant « M », « I », « V », « S », « P », « R », « E », « X », « Y » ou « A ».

La colonne PeC intensive représente les patients ayant eu au moins 15 actes dans une période de 21 jours avec au moins 12 jours actifs.

- **Activité spécifique – hospit**

Nombre de patients par forme d'activité avec au moins une séquence en

- UMD (3^{ème} lettre du secteur à « D » et FA « 01 »)
- UHSA (3^{ème} lettre du secteur à « P » et FA « 01 » ou FA « 01S »)
- SMPR (3^{ème} lettre du secteur « P » et FA « 20 » ou FA « 20S », « 21S », « 23S »).
- **Activité spécifique – ambu**

Nombre de patients par forme d'activité avec au moins un acte avec un lieu « L06 », « L10 » ou « L09 ».

c). Synthèse des pondérations par FA

1.V.3.DFA : Dotation à la file active (tableau en expérimentation)

Synthèse du tableau 1.V.2.DFA avec application des pondérations.