



Santé publique
Sécurité de la Chaîne alimentaire
Environnement

Manuel pour le rapport final RPM

Version mars 2024

Table de matières

Introduction	2
Contenu.....	2
Partie I : RPM au niveau de l'institution	3
A. Données structurelles.....	3
1. Identification	3
2. Services thérapeutiques agréés (record SI)	3
3. Places disponibles (record SU).....	3
B. Données fonctionnelles.....	3
4. Journées d'hospitalisation réalisées (record DR)	3
5. Taux d'occupation.....	3
6. Rotation	4
7. Distribution des jours d'admission (MA04).....	4
8. Durée de séjour (MD04).....	4
9. Jours d'absence (records ID).....	5
C. Données de processus.....	5
10. Domicile du patient (MA07)	5
11. Intervenants (MA10.01 à MA10.03)	6
12. Groupes d'âge (IP03)	6
13. Sexe (IP04)	6
14. Codes DSM IV sur l'axe I.1 les plus fréquemment utilisés (MA16.01).....	6
15. Utilisation des axes de diagnostic principal DSM-IV (MA16.09).....	6
PARTIE II : RPM au niveau des unités de soins	8
A. Données structurelle	8
1. Nombre de places par unité de vie (SU01)	8
2. Services de traitement (MT06) actifs par unité (MT07).....	8
B. Données fonctionnelles.....	8
3 Type d'unité (MT07) selon le type des périodes de traitement (MT03)	8
4 Rotation par unité de sortie (MD06).....	8
C. Données de processus.....	8
5. Âge du groupe cible (IP3) par unité d'admission MA06.....	8
6. Sexe (IP04) par unité d'admission MA06	8
7. Codes DSM IV sur l'axe I.1 les plus fréquemment utilisés (MA16.01) par unité d'admission (MA06)	9
D. Dispense de soins.....	9

Introduction

Le rapport final constitue une partie de la procédure de contrôle. Alors que les contrôles évaluent le contenu des records individuels, le but du rapport final est d'évaluer le caractère complet et exact des données envoyées sur la base de quelques tableaux récapitulatifs. Puisqu'il ne s'agit plus ici d'erreurs ponctuelles mais d'erreurs systématiques ou d'interprétation, seul l'institution lui-même peut valider définitivement la conformité à la réalité des données transmises. Les tableaux du rapport final sont établis par semestre d'enregistrement.

Contenu¹

Pour les institutions qui sont constitués de plusieurs unités de vie, le rapport comporte deux parties. Une première partie "RPM au niveau de l'institution" décrit les données de l'institution, tandis qu'une seconde partie "RPM au niveau des unités de soins" précise les données par unité de vie.

Sur la première page du rapport, vous pouvez trouver 3 tableaux :

Le premier tableau donne le numéro d'agrément et le nom de l'institution, le système d'enregistrement sur lequel porte le rapport (dans ce cas, toujours le RPM), la période d'enregistrement ainsi que la date à laquelle le rapport final a été établi.

Le deuxième tableau contient un aperçu (trié par sévérité) du nombre de contrôles contenant une erreur ainsi que le nombre total d'erreur pour la sévérité.

Le troisième tableau est une conclusion sur base du contenu du deuxième tableau.

¹ Une clarification du contenu peut être obtenue dans les directives d'enregistrement via "www.health.belgium.be >> Santé >> Organisation des soins de santé >> Hôpitaux >> Systèmes d'enregistrement >> RPM >> Directives à partir de l'année d'enregistrement 2019"

Partie I : RPM au niveau de l'institution

A. Données structurelles

Cette rubrique décrit les services et places dont l'institution dispose.

1. Identification

Le premier tableau "Identification" donne les coordonnées de l'institution :

- Nom de l'hôpital
- Adresse
- Code postal
- Commune
- Nom du responsable RPM (pour autant que celui-ci soit renseigné, car ce n'est plus obligatoire à partir du RPM 2020 – RPM-light)

2. Services thérapeutiques agréés (record SI)

Le deuxième tableau "Services thérapeutiques agréés (record SI)" donne le nombre de places ou de lits agréés, selon les normes d'agrément en vigueur. Dans ce tableau, le nombre de places agréées par index de lit est comparé au nombre de lits/places agréés figurant dans la banque de données du SPF, collecté sur base des arrêtés d'agrément reçus des communautés compétentes. Ce nombre, devant être complété dans les champs SI10-SI21, donne la situation à la fin du semestre (respectivement le 30 juin et le 31 décembre).

3. Places disponibles (record SU)

Le troisième tableau "Places disponibles" (record SU) affiche le nombre d'unités de vie qui étaient actives au cours du semestre avec le nombre de lits/places physiquement disponibles dans les chambres d'une personne, de deux personnes et de trois personnes ou plus. Ce nombre peut être supérieur au nombre de lits/places disponibles.

Les unités de vie actives sont définies comme étant les unités de vie qui disposent d'un nombre de places et ont une date d'ouverture qui tombe avant la fin du semestre (respectivement < 30 juin et < 31 décembre). Le nombre de lits/places donne la situation à la fin du semestre (respectivement le 30 juin et le 31 décembre). En ce qui concerne les unités de vie fermées durant la période d'enregistrement, la situation reflétée est celle en vigueur au moment de la fermeture.

B. Données fonctionnelles

Dans cette rubrique est décrite l'utilisation des moyens disponibles.

4. Journées d'hospitalisation réalisées (record DR)

Le tableau "Journées d'hospitalisation réalisées (record DR)" indique, pour chaque index d'un service de traitement, le nombre de journées de séjour facturées par mois, par trimestre et par semestre, telles que nous pouvons les retrouver dans le fichier DR.

5. Taux d'occupation

Sur base des données du fichier DR, le taux d'occupation moyen est calculé par index de service de traitement, pour chaque mois, trimestre et semestre.

Ce taux d'occupation moyen par index de service de traitement est égal à

$[(\text{nombre de journées d'hospitalisation facturées dans l'index par unité de temps} / \text{nombre maximum possible de journées d'hospitalisation à facturer dans l'index par unité de temps}) * 100]$

- Le nombre maximum possible de journées d'hospitalisation à facturer dans l'index est égal au nombre de lits/places agréés du service de traitement multiplié par le nombre de jours de l'unité de temps (mois /trimestre/semestre).
- Le nombre de lits/places agréés du service de traitement est déterminé par le nombre agréé au dernier jour de l'unité de temps (mois/trimestre/semestre)

Pour les index partiels A1, A2, K1, K2, T1 et T2, le nombre maximum de journées d'hospitalisation est corrigé avec le facteur 5/7. Il n'y a généralement pas de patient pour ces services durant les jours de week-end.

6. Rotation

Le tableau "Rotation" donne des informations concernant le nombre d'actes qui ont été effectués au cours du semestre étant donné le nombre de lits/places agréé(e)s dont l'institution dispose.

- Le "nombre de traitements en cours à la fin du semestre" concerne le nombre de séjours non terminés à la fin du semestre divisé par le nombre total de places agréées de l'institution (à plein temps et à temps partiel).
- Le "nombre d'admissions médicales" concerne le nombre de (ré-)admissions au cours du semestre.
- Les "réadmissions" concernent le nombre d'admissions avec un numéro d'ordre >1 au cours du semestre.
- Le "% de réadmissions" est la proportion de réadmissions dans le nombre total d'admissions du semestre.
- Le "nombre d'admissions médicales au début du semestre" concerne le nombre de séjours avec admission au cours d'un précédent semestre.
- Le "turnover" concerne le nombre d'hospitalisations au cours du semestre divisé par le nombre total de places agréées (index partiels + à temps plein).
- Le "turnover A, K" concerne le nombre total d'admissions au cours du semestre divisé par le nombre total de places agréées en A (A, A1, A2) et K (K, K1, K2).

7. Distribution des jours d'admission (MA04)

Le tableau "Distribution des jours d'admission (MA04)" donne des informations à propos du nombre et du pourcentage d'admissions pour chaque jour de la semaine du semestre.

8. Durée de séjour (MD04)

Le tableau "Durée de séjour (MD04)" donne des informations sur le nombre de traitements terminés et sur la durée de séjour en jours calendriers.

- Le "nombre de sorties médicales par semestre" concerne tous les séjours enregistrés ayant pris fin au cours du semestre. De ces séjours, on obtient la durée de séjour moyen en jours calendrier, la médiane, le mode et la somme de toutes les journées ("Journées" = somme MD04).

- Le "nombre de décès" concerne les séjours ayant pris fin avec une valeur MD07 > 30.
- Le "nombre de journées d'hospitalisation A, K" concerne la somme de tous les jours calendrier, sur base des données dans le champ MD04, de toutes les sorties des services MD05=A (A, A1, A2) et K (K, K1, K2).
- Le "nombre de journées d'hospitalisation T" = la somme de tous les jours calendriers, sur base des données dans le champ MD04, de toutes les sorties d'un service MD05=T.

9. Jours d'absence (records ID)

Dans le tableau "Jours d'absence (records ID)", on examine le nombre de jours au cours desquels les patients ont quitté l'institution alors qu'ils y étaient traités.

- Le "nombre de sorties intermédiaires par semestre" concerne toutes les sorties non médicales de l'institution au cours du semestre. De ces périodes on obtient la durée moyenne en jours calendrier, la médiane et le mode ainsi que la somme de toutes les journées d'absence ("Nombre de journées" = somme [ID10-ID04]).
- Les "journées d'hospitalisation T" = somme de toutes les journées d'absence (ID10-ID04) de toutes les sorties intermédiaires d'un service T (ID05= T,t1,t2,TFB,TFP,VP,S6=Sp-psychogériatrie).
- Les "journées d'hospitalisation A,K" = somme de toutes les journées d'absence (ID10-ID04) de toutes les sorties intermédiaires d'un service A et K (ID05= A,a1,a2,K,k1,k2).

C. Données de processus

Cette rubrique décrit de quelle manière et pour quel groupe cible les moyens disponibles sont engagés.

Dans le tableau suivant sont mentionnées les 75 % d'alternatives de réponse les plus utilisées. C'est de cette manière que sont retenues les alternatives de réponse les plus importantes pour l'institution. La fréquence de la somme $\geq 75\%$ est déterminée sur la base de toutes les observations (p.ex. N = tous les records MA) là où la réponse est connue. Toutes les observations où la réponse n'est pas connue (*missing value* ou inconnue) ne sont pas prises en compte dans ces tableaux.

Sous chaque tableau "de contenu", on obtient un tableau qui y à trait comportant :

- le nombre total d'observations (réponses connues et inconnues =: "Nombre total de records") ;
- le nombre total et le pourcentage de valeurs manquantes ("Total missing" et "% Total missing") ;
- Le nombre et le pourcentage de réponses inconnues ("Total inconnu" et "% Total inconnu") ;
- "Total record" – ["Total missing" + "Total inconnu"] = N, donc pour chaque item au moins 75 % des alternatives de réponse sont décrites.

a) Groupe cible ($\geq 75\%$)

Dans les tableaux suivants est décrite l'origine des patients traités et quels sont les groupes cibles traités dans l'institution.

10. Domicile du patient (MA07)

Dans le tableau "Domicile du patient (MA07)", on obtient des informations sur le domicile (= arrondissement/agglomération jusqu'au RPM 2023 inclus, code postal à partir du RPM 2024) des patients admis (item MA07).

11. Intervenants (MA10.01 à MA10.03)

On trouve dans le tableau 11 les principaux intervenants (MA10.01-MA10.02-MA10.03) qui ont orienté le patient vers l'institution. L'item MA10.01 est désigné dans le tableau par la lettre D. L'item MA10.02 est désigné dans le tableau par les lettres AD. L'item MA10.03 est désigné dans le tableau par les lettres AP.

12. Groupes d'âge (IP03)

Le tableau 12 indique la ventilation des patients sur trois groupes d'âge, à savoir 0-18 ans, 19-64 ans et les patients de 65 ans ou plus. L'âge est calculé sur la base de [année d'enregistrement (champ H05) – année de naissance (champ IP03)].

13. Sexe (IP04)

Le tableau 13 indique la ventilation par sexe (IP04) des patients.

b) Caractéristiques de l'admission (>=75%)

Les tableaux 14 et 15 indiquent comment s'est déroulée l'admission du patient. Ils indiquent si l'admission a été volontaire ou non (tableau 14: mode d'admission : MA09²) et si l'admission était prévue ou non dans les 24 heures (tableau 15 : type d'admission (MA08)).

c) Caractéristiques sociales (> = 75%)

Les tableaux 16-20 décrivent le statut socio-économique des patients hospitalisés. Les tableaux donnent des informations sur l'environnement dans lequel le patient a principalement séjourné au cours des trois mois ayant précédé son actuelle admission médicale (tableau 16 : item MA11), le type d'enseignement (tableau 17 : MA12) et le niveau d'enseignement (tableau 18 : MA13), le statut professionnel au moment de l'admission (tableau 19 : MA14) ainsi que la profession principale du patient (tableau 20 : MA15).

d) Syndromes (codes DSM IV > = 3%)

Les tableaux 21 et 22 montrent les syndromes psychiatriques les plus fréquents parmi les patients admis.

14. Codes DSM IV sur l'axe I.1 les plus fréquemment utilisés (MA16.01)

Dans ce tableau se trouvent tous les codes DSM-IV qui sont complétés sur l'axe I.1 (MA 16.01) lors de l'admission pour au moins 3% de toutes les observations. Aucune distinction n'est faite ici entre diagnostic primaire et secondaire.

15. Utilisation des axes de diagnostic principal DSM-IV (MA16.09)

Ce tableau indique sur quel axe le psychiatre a complété la problématique principale du patient. Une observation sans code (= vierge) pour MA16.01 est calculée pour les données manquantes. Une observation avec un code 799.9 ou V71.09 est calculée pour les observations valides. Dans le tableau y afférent comportant toutes les observations, on trouve le total des diagnostics vierges ("Total Missing"). Les pourcentages (code DSMIV >=3%) sont calculés sur le nombre total de records complétés (N= "Total record" – "Total missing").

e) Données de sortie (> = 75%)

Les tableaux 23 et 24 décrivent la nature de la sortie de l'institution. Les tableaux donnent des informations sur le mode de sortie (tableau 23 : champ MD07) et la destination à la sortie (tableau 24 :

champ MD11). Le calcul du pourcentage se fait pour le champ MD11 sur toutes les observations où la sortie n'est pas imputable à un décès (valeur dans le champ MD07 <31).

PARTIE II : RPM au niveau des unités de soins

A. Données structurelle

1. *Nombre de places par unité de vie (SU01)*

Dans le premier tableau "Nombre de places par unité de vie SU01", les numéros des unités de vie sont mentionnés tels qu'ils sont enregistrés dans le fichier SU avec leur nombre de places disponibles (= somme des champs [SU02, SU03 et SU04] > 0) et la date d'ouverture (SU05).

Dans les tableaux suivants sont sélectionnées les unités de vie pour lesquelles un nombre de lit/places a été complété (somme des champs [SU02, SU03 et SU04] > 0) et le numéro de l'unité de vie se retrouve dans les items MA06, MT07 ou MD06 en fonction du bloc d'information dans lequel se trouve l'item décrit.

2. *Services de traitement (MT06) actifs par unité (MT07)*

Dans un deuxième tableau "Services de traitement (MT06) actifs dans l'unité (MT07)", il est précisé quel(s) index de traitement est (sont) d'application dans les unités de vie. Le pourcentage de l'index (MT06) par unité de vie (MT07) est calculé sur la base du nombre total de records MT de l'unité de vie au cours du semestre.

B. Données fonctionnelles

3. *Type d'unité (MT07) selon le type des périodes de traitement (MT03)*

Dans un troisième tableau "Type d'unité MT07 selon le type de période de traitement M403", on s'interroge sur la fonction des unités de vie au moyen de la variable MT03. Dans cette variable est enregistré le type de mouvement. Il ressort du tableau que l'on peut déduire si l'unité est une unité d'admission (MT03=10), une unité de transfert (MT03=22 et 23), une unité de long séjour (MT03=51) ou une combinaison.

4. *Rotation par unité de sortie (MD06)*

Pour chaque unité de vie, on trouve un tableau avec le nombre de sorties médicales au cours du semestre, la durée de séjour moyenne et médiane étant indiquée en jours (MD04).

Le turnover donne une idée de la vitesse à laquelle la population de l'unité est renouvelée au cours d'un semestre et est calculé au moyen du nombre de sorties divisées par le nombre de places de l'unité.

C. Données de processus

5. *Âge du groupe cible (IP3) par unité d'admission MA06*

Dans un premier tableau sont indiqués l'âge médian sur la base de la différence [(année d'enregistrement, champ H05 – année de naissance, champ IP03)], ainsi que le nombre d'observations sur lequel l'âge médian a été calculé. Un deuxième tableau indique, pour chaque unité d'admission (MA06), le nombre et la répartition de l'âge des patients dans trois groupes : jeunes (0-18 ans), adultes (19-64 ans) et seniors (> 64 ans).

6. *Sexe (IP04) par unité d'admission MA06*

Ce tableau donne le nombre et la proportion d'hommes et de femmes pour chaque unité d'admission.

7. Codes DSM IV sur l'axe I.1 les plus fréquemment utilisés (MA16.01) par unité d'admission (MA06)

On trouve dans ce tableau, pour chaque unité d'admission, les codes DSM-IV qui ont été complétés sur l'axe I.1 (MA16.01) lors de l'admission pour au moins 3 % de toutes les observations.

Une observation sans code pour MA16.01 est calculée pour les données manquantes. Une observation avec un code 799.9 ou V71.09 est calculée pour les observations valides.

Dans un tableau y afférent, on trouve le nombre total de diagnostics vierges par unité d'admission ("Total Missing" et "Total missing %"). Les pourcentages des codes DSM-IV sont calculés sur le nombre total de records complétés ($N = [\text{"Total record"} - \text{"Total missing"}]$). Le pourcentage "Total missing" et de préférence égal à 0 %.

Les tableaux suivants indiquent les 75 % d'alternatives de réponse les plus utilisées. De cette manière, les principales alternatives de réponse sont retenues pour l'unité de vie.

La fréquence de la somme $\geq 75\%$ est calculée sur toutes les observations (p.ex. $N =$ tous les records MA) où la réponse est connue. Toutes les observations où la réponse n'est pas connue (missing value ou inconnu) ne sont pas prises en compte dans ces tableaux.

Sous chaque tableau, on obtient un tableau complémentaire avec, pour chaque unité de vie, le nombre total d'observations (réponses connues et non connues = "Total record"), le nombre et le pourcentage de valeurs manquantes ("Total missing" et "Total missing %") ainsi que le nombre et le pourcentage de réponses = inconnu ("Total inconnu" et "Total inconnu %").

$[\text{"Total record"} - (\text{"Total missing"} + \text{"Total inconnu"})] = N$ dont pour chaque item, au moins 75 % des alternatives de réponse sont sélectionnées.

a) Caractéristiques des admissions ($\geq 75\%$)

Les tableaux 8 et 9 donnent, pour chaque unité de vie (MA06) des informations sur le fait qu'une admission a été prévue dans les 24 heures (tableau 9 : item MA08) et si l'admission s'est déroulée de manière volontaire ou non (tableau 8 : idem MA09).

b) Instance référente ($\geq 75\%$)

Le tableau 10 donne, pour chaque unité d'admission (MA06), les référents les plus fréquents qui sont intervenus en dernière instance lors de l'admission (item MA10.01).

c) Caractéristiques socio-économiques ($\geq 75\%$)

Les tableaux 11-15 donnent, pour chaque unité d'admission (MA06), des informations sur l'environnement dans lequel le patient a principalement séjourné au cours des trois mois précédant son admission médicale actuelle (tableau 11: champ MA11), le type d'enseignement (tableau 12 : champ MA12) et le niveau d'enseignement (tableau 13 : champ MA13), le statut professionnel lors de l'admission (tableau 14 : MA14) ainsi que la profession principale du patient (tableau 15 : champ MA15).

d) Données concernant la sortie ($\geq 75\%$)

Les tableaux 16 et 17 donnent, pour chaque unité de vie (champ MD06), des informations sur le mode de sortie (tableau 16 = champ MD07) et sur la destination à la sortie (tableau 17 : champ MD11). Le calcul du pourcentage se fait pour MD11 sur toutes les observations où la sortie n'est pas imputable à un décès (la valeur du champ MD07 < 31).

D. Dispense de soins

Depuis le RPM 2013, l'enregistrement des items dans les blocs 4, 5 et 6 est facultatif. Les tableaux y afférents ne sont dès lors plus repris dans le rapport final.