

DIRECTION GÉNÉRALE SOINS DE SANTÉ

CONSEIL NATIONAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

-----  
**Groupe de travail permanent Psychiatrie**

Réf. : CNEH/D/PSY/438-1 (\*)

## **Avis du groupe de travail permanent psychiatrie concernant un enregistrement commun dans les soins de santé mentale (SSM)**

Au nom du président,  
M. Peter Degadt

Le secrétaire,  
C. Decoster

(\*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau du 12 décembre 2013

## 1 OBJECTIFS DE L'ENREGISTREMENT DU RÉSUMÉ PSYCHIATRIQUE MINIMUM (RPM)

En 1996, les **objectifs initiaux** de l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum étaient les suivants :

*L'enregistrement du résumé psychiatrique minimum vise à soutenir la politique de santé à mener, en ce qui concerne :*

*1 ° la détermination des besoins en équipements psychiatriques ;*

*2 ° la définition des normes qualitatives et quantitatives d'agrément des hôpitaux et des services psychiatriques ;*

*3 ° l'organisation du financement des hôpitaux psychiatriques, y compris le contrôle de l'utilisation efficace des fonds publics ;*

*4 ° l'élaboration d'une politique sur la base de données épidémiologiques.*

**Le CNEH approuve les objectifs de l'époque** qui serviront de base au nouvel enregistrement commun au sein de toutes les structures de soins de santé mentale.

Étant entendu que la proposition d'un enregistrement commun telle que décrite ci-dessous vise l'ensemble des hôpitaux et des services spécifiques aux soins de santé mentale (2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> ligne), l'usage requiert l'adaptation de la définition susmentionnée : on ne parlera plus de structures psychiatriques, mais bien de structures SSM.

Au vu de l'internationalisation du monde dans lequel nous vivons, le CNEH souhaite **ajouter deux objectifs** aux quatre objectifs précités :

*5 ° la comparaison des soins de santé mentale en Belgique avec ceux d'autres pays, que ce soit en matière d'organisation des soins ou de patients en soins, en particulier au moyen de la mise à disposition de données anonymes et agrégées à l'intention d'organisations internationales comme l'OMS ou d'autres instances européennes, dans le cadre ou non de l'exécution d'accords internationaux passés par la Belgique ou par ses autorités.*

*6 ° le soutien de la recherche scientifique en matière de soins de santé mentale en Belgique par des instances scientifiques reconnues, dans un total respect de la vie privée du patient.*

## 2. POINTS DE DÉPART POUR UN ENREGISTREMENT COMMUN ADAPTÉ

Le CNEH formule les points de départ suivants pour l'adaptation de l'enregistrement actuel du résumé psychiatrique minimum en un enregistrement commun (cf. avis du CNEH transmis à la ministre Onkelinx en date du 8 novembre 2012) :

### 1) L'enregistrement doit être ciblé

Cela implique la suppression de tous les items de l'enregistrement commun actuel qui ne se rapportent pas à l'un des six objectifs mentionnés plus haut. Ce principe implique également que pour chaque item à enregistrer, une motivation claire et explicite est donnée sur la raison de l'enregistrement de cet item. S'il est impossible de motiver l'item actuel de manière sensée et appropriée, ce dernier est supprimé de l'enregistrement commun.

## 2) L'enregistrement doit être minimal

Ce principe implique qu'il ne faut pas à nouveau enregistrer, dans le cadre de l'enregistrement commun, toutes les informations déjà enregistrées ailleurs et déjà rendues disponibles aux autorités. Concrètement, nous pensons aux informations relatives aux prestations médico-techniques, aux honoraires de surveillance et aux consultations (via la nomenclature), aux médicaments et aux forfaits ou journées facturés (INAMI).

Ces données ne sont donc pas reprises dans la présente proposition d'enregistrement commun. Il appartient aux autorités de prendre les mesures nécessaires afin de coupler les données de l'enregistrement commun, dans le respect de la vie privée du patient, aux données disponibles à d'autres endroits, probablement dans le prolongement du numéro de registre national (codé) des patients.

## 3) Enregistrement uniforme à travers toutes les structures SSM

Pour avoir une vue de l'ensemble des soins de santé mentale en Belgique, il est nécessaire que l'enregistrement se fasse de manière uniforme dans toutes les structures.

Le CNEH recommande dès lors :

- de **maintenir** le caractère obligatoire et **uniforme** de l'enregistrement commun dans :
  - o les hôpitaux psychiatriques ;
  - o les sections psychiatriques des hôpitaux généraux ;
  - o les initiatives d'habitations protégées ;
  - o les maisons de soins psychiatriques ;
  
- **d'introduire** un enregistrement commun obligatoire et **uniforme** :
  - o dans les équipes de soins psychiatriques à domicile, financées par le biais des initiatives d'habitations protégées ;
  - o pour les clients de la mission d'activation, financée par le biais des initiatives d'habitations protégées ou d'une collaboration entre plusieurs acteurs SSM ;
  - o pour les patients dans la formule de traitement de suivi au sein des hôpitaux psychiatriques ;
  - o les équipes mobiles dans le cadre de l'article 107 ;
  - o les conventions de revalidation ayant une incidence sur les SSM : revalidation psychosociale de patients psychiatriques adultes (7.72), toxicomanes (7.73), revalidation psychosociale pour enfants et adolescents atteints d'affections psychiques graves (7.74), revalidation pour les troubles précoces des interactions parents-enfants (7.745).
  
- de conclure les accords nécessaires avec chacune des Communautés au sein de la conférence interministérielle en vue de parvenir à un enregistrement uniforme. Ceci afin de contribuer au maximum à un enregistrement national uniforme des soins administrés aux patients présentant des problèmes de santé mentale. Par conséquent, il est également proposé de :
  - o **rendre l'enregistrement obligatoire** dans les centres de santé mentale (CSM) relevant des compétences communautaires.

- **maintenir l'enregistrement obligatoire, même après le transfert des compétences** dans le cadre de la 6<sup>ème</sup> réforme de l'État, au sein des structures SSM qui seront bientôt transférées aux communautés : les initiatives d'habitations protégées, les maisons de soins psychiatriques et les conventions de revalidation ayant une incidence sur les SSM.
- d'orienter, pour toutes ces formes de soins, le contenu de cet enregistrement uniforme sur la description des patients/clients pris en charge et leurs besoins en soins.

#### 4) Visibilité des trajets de soins des patients à travers les structures SSM

Il ressort de la pratique clinique que les patients souffrant de problèmes de santé mentale se rendent souvent dans toutes sortes d'hôpitaux et de services SSM. Cela vaut certainement pour les patients souffrant de graves problèmes psychiatriques.

À l'heure actuelle, on n'a vue que sur une partie de cette utilisation des soins grâce à l'assurance maladie nationale. Il est dès lors plus que souhaitable d'identifier les trajets de soins des patients SSM à travers tous les hôpitaux et les services SSM, au moyen de l'enregistrement commun. La solution serait d'introduire une identification unique du patient dans l'enregistrement, et cela dans chaque structure SSM qui enregistre. Dans cette perspective, le numéro de registre national peut servir de point de départ.

Afin de protéger la vie privée des patients, cette identification unique du patient doit être cryptée par une tierce partie de confiance avant que les données ne soient rassemblées dans une base de données nationale. La circulation de l'information doit être organisée de manière à ce qu'aucune partie ne détienne les trois éléments d'information cruciaux du patient : le numéro de registre national, le code crypté d'identification du patient et les données cliniques :

- Les structures SSM disposent du numéro de registre national et des données cliniques (mais ne disposent pas du code crypté d'identification du patient) ;
- La tierce partie de confiance dispose du numéro de registre national et du code crypté d'identification du patient (mais ne dispose pas des données cliniques) ;
- Les autorités disposent du code crypté d'identification du patient et des données cliniques (mais ne disposent pas du numéro de registre national).

Lors de la mise en place de cette circulation de l'information, les autorités peuvent s'inspirer du processus actuel de collecte de données de l'Institut scientifique de Santé publique dans le cadre de l'enregistrement européen (« Treatment Demand Indicator »).

#### 5) Possibilité de collecter des données complémentaires pour certains groupes cibles spécifiques de patients

Il est possible d'enregistrer des items spécifiques à certains groupes cibles de patients (personnes présentant un trouble lié aux assuétudes, patients sous mesure judiciaire, enfants et adolescents, ...). Cet enregistrement peut se faire à l'admission et à la sortie (c'est-à-dire au début et à la fin d'une période de soins), ou pendant la période de soins.

#### 6) Possibilité d'un enregistrement par échantillonnage pour permettre la comparaison entre les différentes structures SSM

Afin de limiter la charge de l'enregistrement, il est prévu la possibilité pour les autorités, en complément des données cliniques enregistrées au début et à la fin de la période de soins, de prendre une fois par an une capture transversale de tous les patients se trouvant à ce moment-là dans un processus de soins au sein de la structure SSM. Pour faire cette capture, on enregistre pour chaque patient une série d'items supplémentaires qui donnent une image plus détaillée du client et de ses soins. Ces données doivent permettre de comparer l'offre de soins entre les différents hôpitaux et services.

Afin de répondre à des questions (de recherche) spécifiques en lien avec les six objectifs de l'enregistrement commun, les autorités peuvent procéder à des enquêtes ad hoc ciblées via les structures SSM. Ces enquêtes supplémentaires sont limitées à maximum une enquête par an et par hôpital/service.

### 7) Participation des patients

Dans le but d'augmenter l'implication et la participation des patients, il peut être envisagé, lors de l'élaboration ultérieure de l'enregistrement commun, d'introduire des échelles de mesure qui seront remplies par les patients eux-mêmes : échelle de mesure des besoins en soins (CANSAS), mesures de satisfaction, *Routine outcome monitoring* (ROM).

### 8) Harmonisation maximale avec les enregistrements internationaux

L'enregistrement commun doit s'inscrire au mieux dans les engagements pris par la Belgique, que ce soit au niveau européen, ou à un niveau international au sens large.

À cette fin, le CNEH propose d'introduire l'enregistrement européen « Treatment Demand Indicator » (TDI) dans l'enregistrement commun et de répondre ainsi simultanément au protocole TDI version 3.0, approuvé lors de la conférence interministérielle de santé publique du 30 septembre 2013.

Dans ce cadre, le CNEH songe également à l'utilisation de systèmes de classification validés au niveau international, comme les classifications ICD et DSM (diagnostics), et/ou à l'utilisation de certains instruments de mesure, comme HONOS pour la gravité de la symptomatologie ou CANSAS pour l'inventaire des besoins en soins.

### **3. ÉLABORATION DE L'ENREGISTREMENT COMMUN**

#### **3.1. Traduction des principes**

##### 3.1.1. Hôpitaux et services SSM concernés

Le CNEH propose un enregistrement commun adapté **au sein de tous les hôpitaux et services SSM belges de 2<sup>ème</sup> et de 3<sup>ème</sup> ligne, agréés par l'autorité (au niveau communautaire ou fédéral).**

Concrètement, cet enregistrement concerne les patients/clients/résidents/patients en revalidation/utilisateurs :

- des hôpitaux psychiatrique (HP) (tous les services) ;
- des sections psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG), que ce soit dans les services A, T, K ou Sp-psychogériatrie ;
- des initiatives d'habitations protégées (IHP)
- des maisons de soins psychiatriques (MSP) ;
- des équipes de soins psychiatriques à domicile, financées par le biais des initiatives d'habitations protégées (SPD) ;
- de l'activation, financée par le biais des initiatives d'habitations protégées ou d'une collaboration entre plusieurs acteurs SSM ;
- de la formule « traitement de suivi en hôpital psychiatrique » ;
- des équipes mobiles dans le cadre de l'article 107 ;
- des conventions de revalidation ayant une incidence sur les SSM : revalidation psychosociale de patients psychiatriques adultes (7.72), toxicomanes (7.73), revalidation psychosociale pour enfants et adolescents atteints d'affections psychiques graves (7.74), revalidation pour les troubles précoces des interactions parents-enfants (7.745).
- des centres de santé mentale (CSM) relevant des compétences communautaires.

Ne sont donc pas compris dans l'enregistrement commun : les patients en soins de 1<sup>ère</sup> ligne ou chez un psychologue ou un (pédo)psychiatre indépendant, et les consultations policliniques à l'hôpital.

##### 3.1.2. Charge de l'enregistrement minimal

Le principe de l'enregistrement minimal consiste à partir du dossier patient informatisé, dans lequel chaque structure SSM actualise d'une manière ou d'une autre les données cliniques et administratives qui sont pertinentes pour le fonctionnement interne.

L'enregistrement minimal est une **extraction des données déjà rassemblées dans les dossiers patients informatisés.**

Afin de limiter au maximum la charge de l'enregistrement, on applique au mieux le principe de **l'enregistrement « only once »**, conformément à l'accord interministériel dans le cadre du plan d'action e-Health 2013-2018. Cela signifie que les prestataires de soins doivent enregistrer chaque donnée une seule fois. Une même donnée peut cependant être utilisée à des fins diverses.

L'enregistrement minimal cherche à harmoniser au maximum les items et les contenus déjà existants dans différents systèmes d'enregistrement et dossiers patients informatisés, l'objectif étant de parvenir à un enregistrement « only once » dans toutes les structures SSM et

à tous les niveaux de pouvoir. Dans ce cadre, on recherche une correspondance maximale des tableaux de paramètres pour chaque item.

Afin de ne pas accroître inutilement la charge de l'enregistrement, il y a **dissociation entre l'enregistrement des données administratives et l'enregistrement des données cliniques** ; la modification des données administratives d'un patient (index, unité de soins, statut juridique, code d'assurance) n'entraîne pas un nouvel enregistrement de données ! Du fait que ces deux types de données reprennent à la fois l'identification unique de la structure SSM et le code unique du patient (cf. plus bas), on peut faire le lien entre plusieurs données relatives à une même personne. Ces données peuvent servir de base à des informations pertinentes pour la politique (si ce lien s'avère nécessaire pour atteindre l'un des six objectifs de l'enregistrement commun).

### 3.1.3. Contenus de l'enregistrement, aucun logiciel ni dossier patient informatisé

L'enregistrement commun reprend une série de contenus communs à toutes les structures SSM. **L'enregistrement commun ne peut nullement être défini comme étant une application logicielle imposée ou un dossier patient informatisé.**

Chaque structure SSM intègre au moins les contenus de cet enregistrement commun dans son propre dossier patient informatisé.

Les données à transmettre aux autorités sont une extraction de données issues du dossier patient informatisé.

Les structures SSM fournissent ces données par voie électronique dans un **format d'exportation** défini par les autorités en concertation avec les secteurs SSM.<sup>1</sup>

Les structures SSM assument par conséquent la responsabilité du développement d'un dossier patient informatisé, pour autant que ce dernier n'existe pas encore. Ce qui est certainement le cas dans les structures SSM plus petites et plus récentes (habitations protégées, revalidation, MSP, CSM). Les structures plus grandes (p. ex. les hôpitaux) doivent également adapter leur dossier patient informatisé afin d'y intégrer l'enregistrement des nouveaux items et des items modifiés ; elles doivent relier certaines données entre elles (p. ex. les données cliniques et les données administratives) et prendre les mesures nécessaires afin d'exporter les données dans le format correct.

**Le CNEH appelle les autorités à :**

- a) prévoir le temps nécessaire**
- b) affecter les moyens financiers nécessaires**

**pour demander à toutes les structures SSM de développer/d'adapter leur dossier patient informatisé.**

**Il appartient également aux autorités d'organiser la codification de l'identification des patients par le biais d'une tierce partie de confiance (TTP).**

---

<sup>1</sup> Cf. la méthode de travail existante pour l'enregistrement du résumé hospitalier minimum propre aux hôpitaux généraux, ou les données transmises par le CSM flamand à l'Agence flamande « Zorg en Gezondheid ».

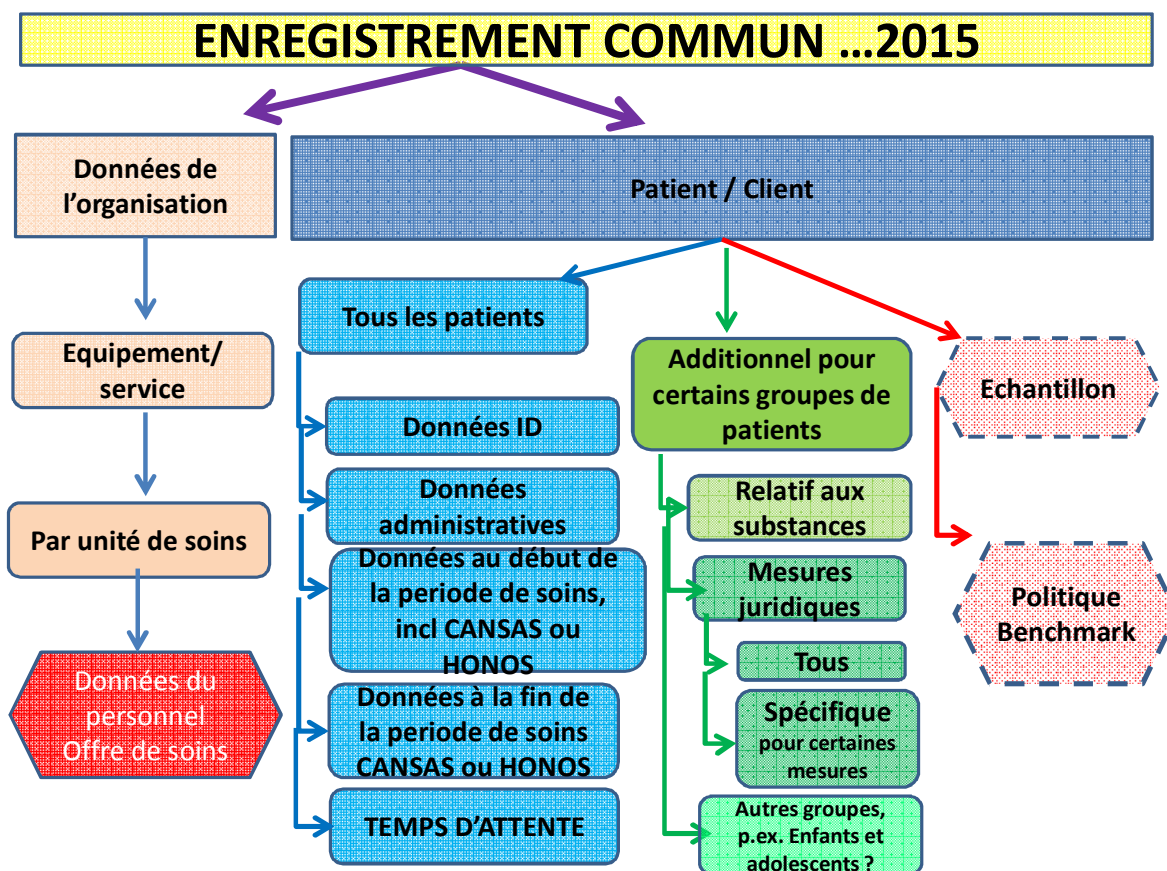
### 3.1.4. Nécessité d'un feed-back

Afin de garantir la fiabilité et la validité des données enregistrées, il est nécessaire que le personnel chargé de l'enregistrement des données au sein des structures SSM soit conscient de l'utilité de ses efforts. Les efforts d'enregistrement peuvent être appréciés de par l'utilisation effective des données rassemblées dans certaines applications stratégiques, et ce à différents niveaux de pouvoir :

- au niveau de la structure SSM individuelle, en donnant un feed-back par unité de soins et pour toute la structure SSM ;
- au niveau régional de collaboration, p. ex. les réseaux 107 pour le groupe cible des adultes ;
- au niveau régional ou communautaire, et au niveau fédéral pour la macropolitique SSM.

**Le CNEH incite les autorités à fournir les efforts nécessaires afin de permettre ce feed-back et de rendre les données agrégées accessibles à toutes sortes d'applications stratégiques aux différents niveaux : local, régional et national.**

### 3.2. Aperçu schématique du contenu proposé pour l'enregistrement commun





### 3.3. Motivation du contenu de l'enregistrement commun

#### 3.3.1. Détermination des besoins en structures SSM

Pour se faire une idée du besoin en structures SSM, il est nécessaire de/d' :

- a) avoir vue sur les structures SSM déjà existantes dans l'offre globale de soins, et sur leur organisation interne. Afin de pouvoir décrire les structures SSM déjà existantes ainsi que leurs différences, il est nécessaire d'avoir au minimum vue sur :
  - l'identification unique de chaque structure SSM ;
  - le type d'établissement
  - l'identification unique de chaque unité de soins au sein de la structure SSM, avec indication de toute ouverture/fermeture d'une unité de soins ;
  - le typage de chaque unité de soins au sein de la structure SSM ;
  - la capacité de soins existante, exprimée en unités de facturation (places, lits, journées, demi-journées, ...) ;
  - le groupe cible principal qui est pris en charge dans l'unité de soins. Du point de vue organisationnel, on se penche plutôt sur la phase de vie de la population traitée (du point de vue clinique, on se penche plutôt sur les groupes de diagnostics).
  - le personnel travaillant dans l'unité de soins concernée (nombre d'ETP par groupe professionnel : infirmiers, autre personnel soignant, corps médical, personnel psychologique, personnel pédagogique, assistants sociaux, ergothérapeutes, kinésithérapeutes/thérapeutes en psychomotricité, musicothérapeutes, autre personnel resocialisant, pairs aidants et autres membres de l'équipe)
  
- b) avoir vue sur la population de patients dans toutes les structures SSM de 2<sup>ème</sup> et de 3<sup>ème</sup> ligne ; cette description de la population présente au sein de ces structures SSM contient au moins les données personnelles suivantes :
  - le sexe ;
  - l'âge ;
  - le profil socioéconomique des patients pris en charge (niveau d'instruction, situation professionnelle, source de revenus, forme et lieu de vie en commun) ;
  - les diagnostics psychiatriques et somatiques pertinents dans les catégories principales ;
  - une estimation des besoins en soins au début de la période de soins (CAN-SAS) ou de la gravité de la symptomatologie (HONOS) ;
  - la présence de figures de soutien social.
  
- c) avoir vue sur les trajets de soins des patients à travers les différentes structures SSM et au sein de chacune de ces structures ; identifier les différences géographiques de ces trajets de soins ;

Afin d'avoir vue sur les trajets de soins à travers les différentes structures SSM et au sein de ces structures et afin d'identifier leurs différences géographiques, il est nécessaire de disposer des données suivantes :

  - l'identification unique de chaque patient (numéro de registre national ou équivalent) ;
  - l'identification unique de chaque structure SSM ;

- l'identification unique de chaque unité de soins au sein d'une structure SSM ;
- le lieu de l'établissement et le domicile du patient ;
- les dates entre lesquelles le patient a été pris en charge dans l'unité de soins de l'établissement ;
- le référent du patient au début de la période de soins ;
- la destination du patient à la fin de la période de soins ;
- le nombre de jours de contact durant la période de soins ;

Sachant qu'un certain nombre de trajets de soins de santé mentale sont imposés à certains patients par des mesures juridiques, il est également nécessaire d'enregistrer les mesures juridiques applicables.

- d) pouvoir estimer l'utilisation des soins de santé mentale de notre pays par les étrangers (pays de domicile, nationalité du patient) ;
- e) faire le lien entre les données reprises ci-dessus concernant l'offre actuelle de soins en matière d'établissements et d'utilisation des soins par les patients, et les données internationales et scientifiques sur l'incidence et la prévalence des maladies psychiatriques. (*treatment GAP*).
- f) déterminer ou au moins estimer les besoins en soins non satisfaits. Les analyses suivantes permettent d'avoir vue sur les besoins en soins non satisfaits :
- l'analyse des délais d'attente (date de l'inscription, date du premier contact face à face, date d'entrée dans le trajet de soins) : quels groupes de patients, selon leurs caractéristiques (âge, sexe, caractéristiques diagnostiques) ou les caractéristiques de l'organisation des soins (référent), sont difficilement pris en charge ;
  - l'analyse des groupes de patients qui, après leur inscription, ne sont pas pris en charge et sont directement réorientés (raison de cette réorientation) : quels groupes de patients, selon leurs caractéristiques (âge, sexe, caractéristiques du diagnostic) ou les caractéristiques de l'organisation des soins (référent), sont souvent réorientés, et dans quelle région (lieu de l'établissement) ;
- g) estimer la pertinence des hôpitaux/services existants en se basant sur les besoins en soins constatés/estimés, l'évolution de l'offre de soins (socialisation des soins) et les options stratégiques qui ont été prises.

### 3.3.2. Élaboration d'une politique basée sur les données épidémiologiques

Afin de pouvoir mener une politique basée sur des données épidémiologiques, il est nécessaire de disposer des taux d'incidence et de prévalence des problématiques SSM.

Sachant que les études épidémiologiques de population (p. ex. ESEMED) sont souvent basées sur des enquêtes réalisées auprès de citoyens à leur domicile, il est rare de collecter des données épidémiologiques dans les structures résidentielles de soins. L'enregistrement de données épidémiologiques relatives aux problématiques SSM au sein des structures résidentielles de soins est un complément précieux aux études de population existantes.

Sachant que l'épidémiologie concerne essentiellement la mortalité, la morbidité et la comorbidité, il est nécessaire de rassembler les données suivantes :

- les diagnostics psychiatriques (DSM-V) ;
- les diagnostics somatiques (ICD-10) ;
- la manière dont les soins se terminent (décès ou non).

Les données épidémiologiques de toutes les structures SSM fournissent des informations sur la présence différentielle (incidence et prévalence) dans différentes régions géographiques.

À cette fin, il est nécessaire de collecter, en plus des données diagnostiques, les informations suivantes :

- l'identification unique de chaque patient (afin que chaque patient ne soit pris en compte qu'une seule fois dans le fichier national, ce qui permet d'éviter les doubles comptages) ;
- les caractéristiques du patient : âge, sexe, nationalité
- les caractéristiques liées au contexte, pour lesquelles il a été démontré au niveau international qu'elles ont une incidence sur la présence de problématiques SSM : niveau d'instruction, forme de vie en commun, vulnérabilité financière (code titulaire, source de revenus, situation professionnelle) ;
- les caractéristiques liées au diagnostic (qu'il soit psychiatrique ou somatique) ;
- le domicile et le pays du domicile du patient.

Dans le cadre d'une étude épidémiologique européenne, la Belgique s'est engagée à fournir des données sur les demandes d'aide chez les patients présentant un problème lié aux substances. Les items à enregistrer ont été déterminés au niveau européen et fixés par un protocole d'accord interministériel. Les items de ce *Treatment Demand Indicator* ont été intégrés à l'enregistrement commun :

- partiellement dans les items à enregistrer pour chaque patient présent dans une structure SSM :
  - sexe
  - âge
  - niveau d'instruction
  - lieu de vie en commun
  - forme de vie en commun
  - niveau d'instruction
  - situation professionnelle

- partiellement dans les items spécifiques, qui sont tellement spécifiques qu'ils sont uniquement pertinents pour les patients présentant un problème lié aux substances (cf. séries de données supplémentaires pour les patients présentant un problème lié aux substances)
  - À quelle date avez-vous débuté cet épisode de traitement-ci ?
  - Avez-vous déjà suivi auparavant un traitement pour des problèmes liés à des substances psychoactives ?
  - Quelle est la personne ou l'institution qui vous a orienté pour suivre ce traitement-ci ?
  - Au cours de votre vie avez-vous déjà reçu un traitement de substitution ?
  - Quels types de traitement de substitution avez-vous déjà reçus ?
  - À quel âge avez-vous reçu votre premier traitement de substitution ?
  - Actuellement, quelles sont les substances psychoactives qui vous causent des problèmes ?
  - Parmi ces substances, quelle est la principale qui vous a amené à débiter ce traitement-ci ?
  - De quelle manière consommez-vous d'habitude cette substance principale ?
  - Au cours de ces 30 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous consommé d'habitude cette substance principale ?
  - À quel âge avez-vous consommé cette substance principale pour la première fois ?
  - Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une substance psychoactive par injection (quelle que soit la substance) ?
  - À quel âge pour la première fois avez-vous consommé une substance psychoactive par injection ?
  - Quand avez-vous pour la dernière fois consommé une substance psychoactive par injection ?
  - Au cours de votre vie, avez-vous déjà partagé des aiguilles ou des seringues ?
  - Quand avez-vous partagé une aiguille ou une seringue pour la dernière fois ?

### 3.3.3. Description des normes qualitatives et quantitatives d'agrément des hôpitaux et services SSM (cf. 1996)

Bon nombre de normes actuelles d'agrément des services SSM sont décrites : 1) le groupe cible visé par le service, 2) les objectifs visés, 3) l'organisation requise et 4) les normes fonctionnelles requises.

Afin de pouvoir décrire le **public cible visé** par un service, plusieurs informations sur les critères d'inclusion et d'exclusions souhaités sont nécessaires :

- le diagnostic (psychiatrique et somatique) ;
- l'accessibilité financière, de préférence axée p. ex. sur les patients plus démunis (code titulaire, source principale de revenus) ;
- les risques en matière de sécurité (statut juridique, gravité des symptômes (HONOS), HONOS secure) ;
- les soins déjà reçus (qui renvoie à qui : réfèrent au début d'une période de soins et destination à la fin d'une période de soins).

L'**objectif de la prise en charge** peut être exprimé en termes de missions et de domaines de vie d'un patient sur lesquels sont axés les soins.

L'objectif le plus évident d'une prise en charge en phase aiguë est la diminution de la gravité des symptômes de premier plan. À cette fin, les hôpitaux et services aigus (équipes mobiles 2A, centres de santé mentale, sections psychiatriques des hôpitaux généraux et hôpitaux) sondent la gravité de la symptomatologie au début et à la fin de la période de soins au moyen de l'échelle HONOS utilisée au niveau international. Afin de répondre au mieux à la symptomatologie par phase de vie, les structures SSM aiguës dont il était précédemment question utilisent la version HONOS correspondant à la phase de vie du patient :

- HONOSCA pour les enfants et les adolescents
- HONOS pour les adultes
- HONOS 65+ pour les personnes âgées.

Pour les trajets de soins de plus longue durée, il existe un éventail beaucoup plus large de domaines de vie pour ce qui est de la prise en charge. Les besoins en soins que l'on trouve dans les différents domaines de vie sont identifiés au début et à la fin d'une période de soins grâce à l'échelle CANSAS utilisée au niveau international, au sein des hôpitaux et services SSM qui participent plutôt aux trajets de soins de plus longue durée : équipes mobiles 2B, soins psychiatriques à domicile, activation, centres de revalidation liés aux SSM, initiatives d'habitations protégées, maisons de soins psychiatriques.

Afin de pouvoir faire une description de l'**organisation**, il est nécessaire de disposer de données descriptives des unités de soins. Il s'agit :

- de l'identification unique de chaque structure SSM ;
- de l'identification unique de chaque unité de soins au sein d'une structure SSM ;
- de la caractéristique administrative de la période de soins ;
- du typage de l'unité de soins.

La **description fonctionnelle** des normes reprend des informations sur :

- l'encadrement minimal en personnel, où il est fait une distinction entre qualification et nombre de membres de personnel ;
- le « caseload » pour lequel le personnel équivalent prévu est estimé pouvoir assurer les soins ;
- une description de l'unité de soins : offre thérapeutique et programme.

Certaines descriptions de normes qualitatives contiennent également des **normes architecturales**. Une série de structures architecturales permettent de mieux gérer les risques élevés du patient en matière de sécurité ; ces risques doivent également être identifiés.

- statut juridique/mesure
- HONOS secure
- items relatifs aux admissions forcées
- HONOS (gravité des symptômes)

D'autres normes architecturales concernent plutôt la sécurité en cas d'incendie (p. ex. matériel utilisé), le respect de la vie privée (p. ex. salles d'attente) et la protection générale (p. ex. accès), sans lien avec le patient. Ces normes sont tirées de l'enregistrement commun.

La description des normes qualitatives d'agrément ne veut absolument pas dire que l'on mesure la qualité des soins. Les données présentées ci-dessus ne doivent dès lors pas être considérées comme étant des instruments servant à identifier la qualité de l'offre de soins. Au vu de la diversité des structures SSM et des groupes cibles, l'enregistrement commun ne reprend aucune mesure de la qualité des soins.

### 3.3.4. Organisation du financement des structures SSM y compris le contrôle de l'utilisation efficace des fonds publics

#### 3.3.4.1. Financement nécessaire

**Le financement doit au moins couvrir les exigences (normes d'agrément) imposées à un hôpital/service**, par exemple en matière d'architecture et d'encadrement de personnel. À cette fin, les données demandées dans le cadre de la définition des normes qualitatives et quantitatives d'agrément doivent également être utilisées pour l'organisation du financement y compris le contrôle de l'utilisation efficace des fonds publics. Cf. énumération des items dans le paragraphe précédent 3.3.3.

Outre les normes d'agrément, il est également important de disposer de données quantitatives sur l'activité de l'hôpital/du service/de l'unité de soins qui intervient dans l'utilisation des moyens octroyés.

Les éléments propres à l'activité sont les suivants :

- la capacité disponible (capacité théorique d'une unité de soins) ;
- le « caseload »/taux d'occupation (« caseload » actif à un moment donné, dans ce cas au 01/01 de l'année) ;
- le nombre d'admissions et de sorties (cf. données administratives) ;
- la durée de traitement par groupe clinique (début et fin d'une période de soins, données diagnostiques, catégorie d'âge, gravité des symptômes) ;
- le nombre réel de jours de contact, y compris un contact face à face d'au moins 15 minutes ;
- le nombre de réadmissions par groupe clinique (identification unique de la structure et du patient, début et fin d'une période de soins, données diagnostiques, catégorie d'âge, gravité des symptômes) ;
- les interruptions temporaires des soins (cf. données administratives) ;
- le mode de sortie de la période de soins (qui a pris l'initiative de clôturer la période de soins).
- la comparaison de l'intensité des symptômes (HONOS) ou des besoins en soins (CANSAS) au début >< à la fin de la période de soins ;  
Attention : cette comparaison début >< fin n'est toutefois pas un indicateur d'impact car il n'existe aucun lien 100 % causal entre la différence début >< fin et les soins administrés. D'autres facteurs jouent également un rôle, lesquels ne sont pas représentés dans cet enregistrement commun. Pensons par exemple aux évolutions dans le milieu de vie du patient.

Pour fournir des soins de qualité, les structures SSM doivent disposer de moyens financiers suffisants pour réaliser effectivement les missions assignées. Le profil de risque des patients pris en charge constitue un paramètre important dans la détermination de la nature et de l'intensité des soins. Pour estimer ce **profil de risque**, il est nécessaire de disposer des informations suivantes :

- la gravité des symptômes (HONOS)
- Les mesures juridiques/le statut juridique en vigueur
- L'estimation du profil de risque (HONOS secure) pour ces patients qui comportent effectivement un risque potentiel.

L'autorité belge finance des **médiateurs interculturels** au moyen d'un cadre de financement supplémentaire. Les communautés mettent des interprètes sociaux à la disposition des acteurs de la santé et du bien-être. Pour se faire une idée de l'utilisation de ces aidants, il est nécessaire de sonder d'une part les différences de langue et de culture entre les prestataires de soins et le patient, et d'autre part la nécessité d'affecter ces aidants spécifiques. À cette fin, l'enregistrement commun contient deux items permettant de mieux visualiser l'utilisation de ces aidants (en tenant compte du fait qu'il ne faut pas demander de données sensibles en matière de culture, de langue et de religion) :

- Intervention d'un médiateur - culture
- Intervention d'un médiateur - langue

#### 3.3.4.2. Capacité financière

Plusieurs facteurs socioéconomiques jouent un rôle important dans l'apparition et l'évolution d'un grand nombre de problèmes SSM. Il apparaît que les problèmes SSM se rencontrent plus fréquemment parmi les groupes de population ayant un plus faible statut socioéconomique. Il est dès lors indiqué de faire une estimation des possibilités des patients à contribuer financièrement aux soins, en tenant compte du fait qu'un grand nombre de problématiques SSM sont de longue durée.

Parce que les données financières des patients sont très sensibles au respect de la vie privée, seules des indications indirectes sur la capacité financière peuvent être demandées dans le cadre d'un enregistrement commun :

- le code titulaire (donne une indication du statut, et d'autre part de son droit ou non à l'intervention majorée, ce qui indique que le patient dispose d'un revenu brut limité)<sup>2</sup> ;
- la source principale de revenus (revenu de remplacement ou non, et si oui, lequel)
- la situation professionnelle (taux d'activité)
- la forme de vie en commun (revenu à consacrer ou non à plusieurs personnes)
- le niveau d'instruction

---

➤ <sup>2</sup> (16.965,47 € sur une base annuelle pour une personne isolée – montant au 01/09/2013)



*3.3.5. Comparaison des soins de santé mentale en Belgique avec ceux d'autres pays, que ce soit en matière d'organisation des soins ou de patients en soins, en particulier au moyen de la mise à disposition de données anonymes et agrégées à l'intention d'organisations internationales comme l'OMS ou d'autres instances européennes, dans le cadre ou non de l'exécution d'accords internationaux passés par la Belgique ou par ses autorités*

Dans le cadre de l'EMCDDA, la Belgique participe - comme nous l'avons déjà décrit au point 3.3.2. - à l'enregistrement européen « Treatment Demand Indicator » chez les personnes présentant un problème lié aux substances. Afin de permettre à la Belgique de satisfaire à cet engagement européen, les items TDI ont été intégrés à l'enregistrement commun.

Dans le cadre de l'OCDE, la Belgique fournit également des données en matière de soins de santé mentale. L'OCDE demande ainsi de fournir des indicateurs de qualité des soins de santé mentale (« Health care quality indicators-Mental Health »).

Afin de pouvoir transmettre ces données agrégées à l'OCDE, la Belgique a besoin de disposer des données suivantes (à défaut d'une identification unique du patient, seules les réadmissions au sein d'un même hôpital ont jusqu'à présent été transmises) :

- au niveau du patient
  - âge
  - sexe
  - diagnostic principal
  - numéro d'ordre de la période de soins
  - date de début de la période de soins
  - date de fin de la période de soins
  - mode de sortie
- au niveau de l'établissement
  - type d'établissement

Outre l'OCDE, l'OMS demande également certaines données.

L'OMS demande qu'on lui transmette des données pour la base de données de la santé pour tous (« Health for All database »).

Afin de pouvoir transmettre ces données agrégées à l'OMS, la Belgique a besoin de disposer des données suivantes (à défaut d'une identification unique du patient, la Belgique n'a pas pu encore fournir de données d'incidence) :

- au niveau du patient
  - âge
  - codes de diagnostic
  - date de début de la période de soins
  - date de fin de la période de soins
- au niveau de l'établissement
  - type d'établissement
  - caractéristique administrative de la période de soins

Outre l'OCDE et l'OMS, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) demande également qu'on lui transmette des données VIE-N-MO.2 (à défaut d'une identification unique du patient, la Belgique n'a pas pu encore fournir de données d'incidence) :

- au niveau du patient
  - âge

- sexe
- diagnostic principal
- codes de diagnostic drogues
- date de début de la période de soins
- au niveau de l'établissement
  - type d'établissement

*3.3.6. Soutien de la recherche scientifique en matière de soins de santé mentale en Belgique par des instances scientifiques reconnues, cela dans un total respect de la vie privée du patient.*

Les données déjà collectées dans le cadre de l'un des cinq autres objectifs de l'enregistrement commun et rassemblées quelque part au niveau national, peuvent également être utilisées dans le cadre de la recherche scientifique à condition :

- qu'il s'agisse de données agrégées (= totaux) dans lesquelles le patient et la structure SSM ne sont plus visibles ;
- que les chercheurs scientifiques se chargent d'obtenir les autorisations explicites nécessaires de la part de la commission sectorielle de la commission de la protection de la vie privée pour pouvoir faire le lien entre les données du patient rendues anonymes et d'autres données issues d'autres bases de données. Cette autorisation doit apporter les garanties nécessaires en matière de protection de la vie privée et de sécurité des données collectées. Cf. plus loin au chapitre 4.

**Aucun item supplémentaire** n'est **ajouté** à l'enregistrement commun lorsqu'il s'agit d'un objectif purement scientifique.

Pour un aperçu schématique des contenus de l'enregistrement en fonction des objectifs, nous vous renvoyons à l'annexe 1.

#### **4. Protection de la vie privée des patients**

##### Remarque préalable :

L'enregistrement commun NE remplace PAS la communication entre les prestataires de soins.

La communication entre les prestataires de soins concernés par un même patient ne relève pas de l'enregistrement minimal.

Dans le but de continuer à soutenir la charge de l'enregistrement minimal, les travaux se poursuivent sur e-Health et le système des hubs et métahubs (cf. plan d'action interministériel e-Health 2013-2018).

L'objectif est, comme cela est déjà le cas partiellement aujourd'hui dans le secteur somatique, qu'un prestataire de soins puisse consulter les données d'un autre prestataire de soins à condition de disposer des autorisations et des systèmes de protection des données nécessaires, et du consentement formel du patient.

Cf. un médecin généraliste qui reçoit l'accès, pour son patient, aux résultats de laboratoire ou aux protocoles RX d'un hôpital.

Dans le respect de ces mêmes principes d'autorisations, de systèmes de protection des données et de consentement du patient, il faut permettre à l'avenir p. ex. à un centre de revalidation en santé mentale de consulter partiellement certains rapports ou certaines données cliniques d'un précédent séjour du même patient en hôpital psychiatrique.

Il en va de même pour les traitements ou les soins simultanés : p. ex. un CSM pouvant partiellement consulter le plan de traitement de son client qui est également suivi simultanément dans une initiative d'habitation protégée et vice versa : l'initiative d'habitation protégée pouvant partiellement consulter certaines données de traitement au sein du CSM.

Cela n'est possible que sous la stricte condition du consentement formel du patient et de l'existence de canaux d'information sécurisés. En outre, il faut absolument que le prestataire de soins qui souhaite avoir accès aux données d'un autre prestataire de soins soit actuellement chargé d'une mission de traitement ou d'accompagnement à l'égard de ce même patient.

Afin de rendre possible cette consultation de données, il sera nécessaire dans un avenir lointain de rassembler (virtuellement) les informations administratives à tous les niveaux, ce de manière à permettre à tout nouveau prestataire de soins de vérifier électroniquement, au début d'une nouvelle période de soins, les acteurs SSM qui ont déjà pris son patient en charge par le passé ou qui sont actuellement en train de soigner son patient.

Cela implique que les structures SSM transmettront en ligne les données administratives sur le début et la fin de chaque période de soins de chaque patient présent dans leur établissement.

Afin de soutenir le travail clinique et de réduire en même temps la charge de l'enregistrement, on peut imaginer que ces données rassemblées contiennent également des données sur le contenu de l'historique SSM du patient. Cela permettra au patient de ne pas devoir répéter à chaque fois son récit auprès de chaque prestataire de soins.

Par ailleurs, on ne peut demander les anciennes données d'un patient (également d'autres prestataires de soins) qu'à condition de disposer du consentement formel du patient et de respecter ses droits.

En vue de le réaliser avec toutes les garanties de protection de la vie privée du patient, il faudra encore se livrer au travail de réflexion nécessaire et les autorités devront veiller au respect des droits du patient et des règles en matière de protection de la vie privée à tous les stades de la circulation de l'information.

#### 4.1. Couplage des données à travers les différentes structures

L'un des objectifs majeurs de l'enregistrement commun consiste à avoir vue sur les trajets des patients au cours du temps et à travers toutes les structures SSM, tout en garantissant l'anonymat du patient.

Cette vue sur les trajets requiert l'identification unique de chaque patient et de chaque structure SSM.

L'identification unique du patient est rendue possible grâce aux évolutions en matière de partage de l'information, comme le décrit le plan d'action interministériel e-Health 2013-2018. Chaque patient est identifié de manière unique grâce à son numéro de registre national (ou grâce à une identification comparable pour les gens qui ne possèdent pas de numéro de registre national).

En outre, si les différentes autorités parviennent communément à se mettre d'accord sur l'identification unique de chaque structure SSM dans tous les domaines de compétences (= clé d'identification unique pour chaque structure SSM), il sera possible d'identifier les trajets de soins des patients à travers les différentes structures SSM sans connaître l'identité des patients.

La méthode est comparable à celle de l'enregistrement TDI : chaque structure SSM envoie ses données d'enregistrement avec le numéro de registre national du patient dans un format d'exportation à déterminer à une tierce partie de confiance désignée par les autorités, laquelle se charge de convertir le numéro de registre national en un code unique du patient. Les données d'enregistrement avec le code unique du patient (mais sans le numéro de registre national) sont ensuite envoyées vers une base de données utilisée pour faire un feedback à différents niveaux de pouvoir.

Du fait que les données d'un même patient arrivent dans la base de données nationale avec un code patient unique - ces données proviennent de toutes les structures SSM de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> ligne en Belgique - il est possible d'identifier les trajets de soins des patients (de manière anonyme).

L'objectif explicite est d'obtenir des informations pertinentes pour la politique et ne peut en aucun cas être d'analyser et d'évaluer des trajets de patients individuels.

#### 4.2. Protection : scinder les données en plusieurs bases de données en fonction des objectifs de l'enregistrement

Afin de pouvoir satisfaire aux six objectifs formulés, l'enregistrement commun contient un grand nombre de données relatives au patient.

Du point de vue de la facilité d'exploitation des données, il est recommandé de rassembler toutes ces données en une seule et unique base de données. Cette méthode permettrait, en fonction de l'objectif choisi, de sélectionner et de croiser les variables dont on a besoin.

**CEPENDANT**

Il faut à tout moment éviter qu'une base de données nationale ne contienne des données permettant de retrouver l'identité du patient.

La donnée principale permettant d'identifier un patient est son numéro de registre national. Par ailleurs, d'autres données, certainement lorsqu'elles sont mises ensemble, peuvent mener à une identification de la personne, même si on ne dispose pas du numéro de registre national. Pensons aux données combinées : domicile, nationalité, forme et lieu de vie en commun, niveau d'instruction, principale source de revenus, ...

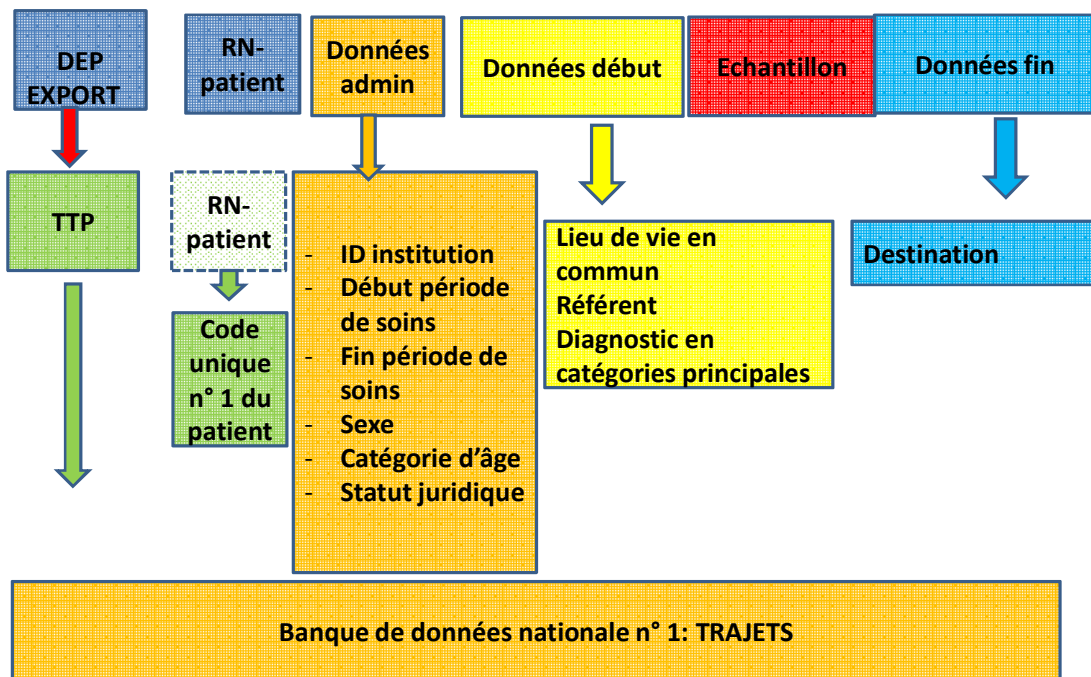
C'est la raison pour laquelle le CNEH propose de :

- rassembler les données dans différentes bases de données en fonction de chaque objectif ;
- limiter les données de chaque base de données à celles qui sont vraiment nécessaires pour atteindre l'objectif.

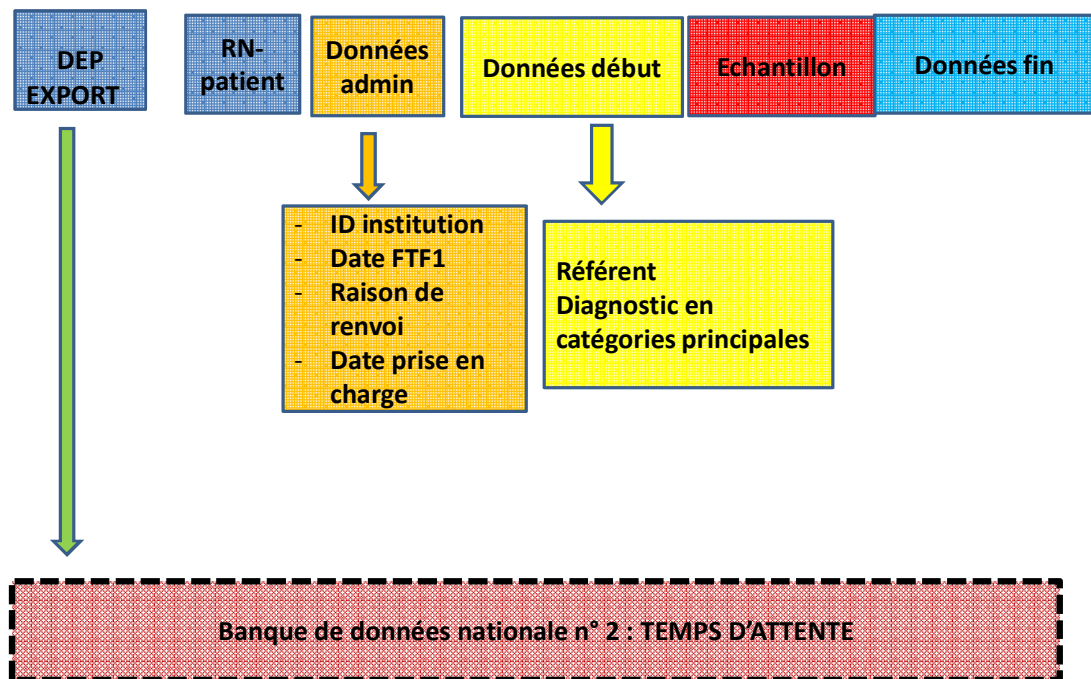
S'il est nécessaire de disposer d'une identification unique du patient dans plusieurs bases de données, le mécanisme de codage doit être différent pour les différentes bases de données, de manière à ce qu'on ne sache pas faire le lien entre le code d'identification unique du patient X dans un fichier 1 et le code d'identification unique de ce même patient X dans le fichier 2. Il est possible d'obtenir un codage différent en utilisant d'autres algorithmes lors de la conversion du numéro de registre national du patient en un code d'identification unique.

Le CNEH propose ci-après plusieurs possibilités de scission des bases de données : les possibilités reprises ci-dessous ne sont pas limitatives.

## Exemple: DONNEES DE TRAJET

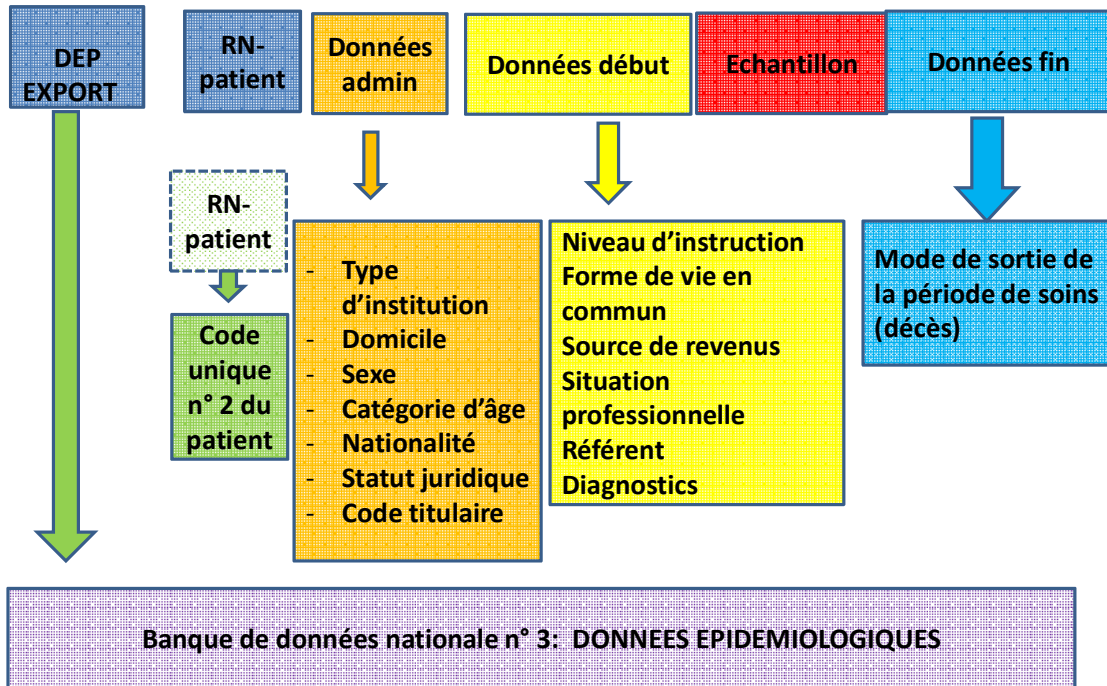


## Exemple: TEMPS D'ATTENTE



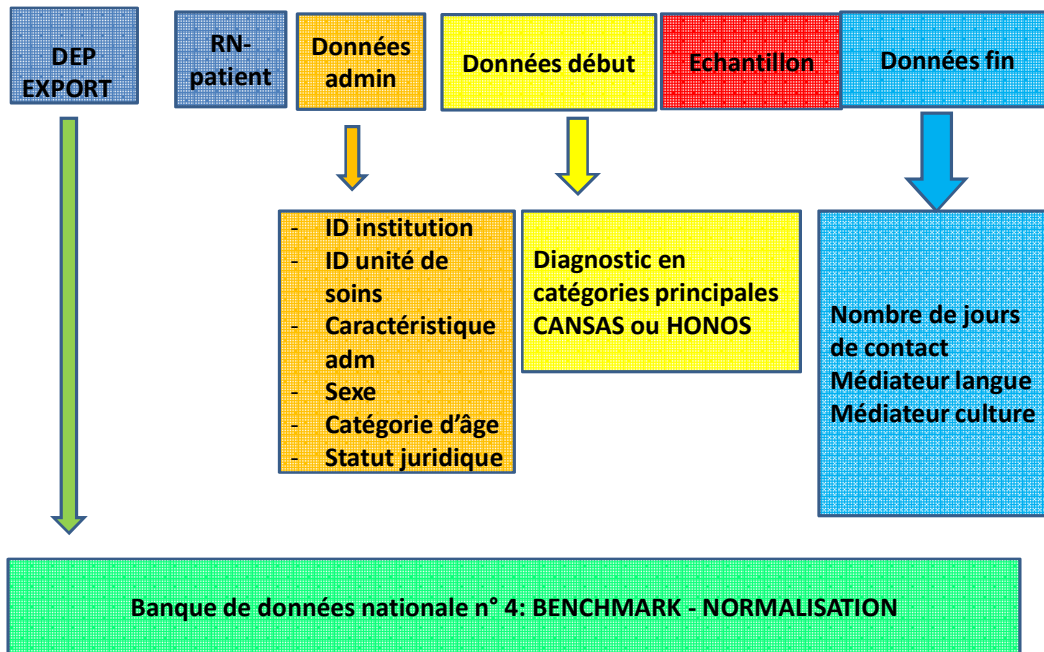
## Exemple: DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

(pour chaque personne seulement 1 fois à travers tout les équipements SSM => emporter code pt pseudo)



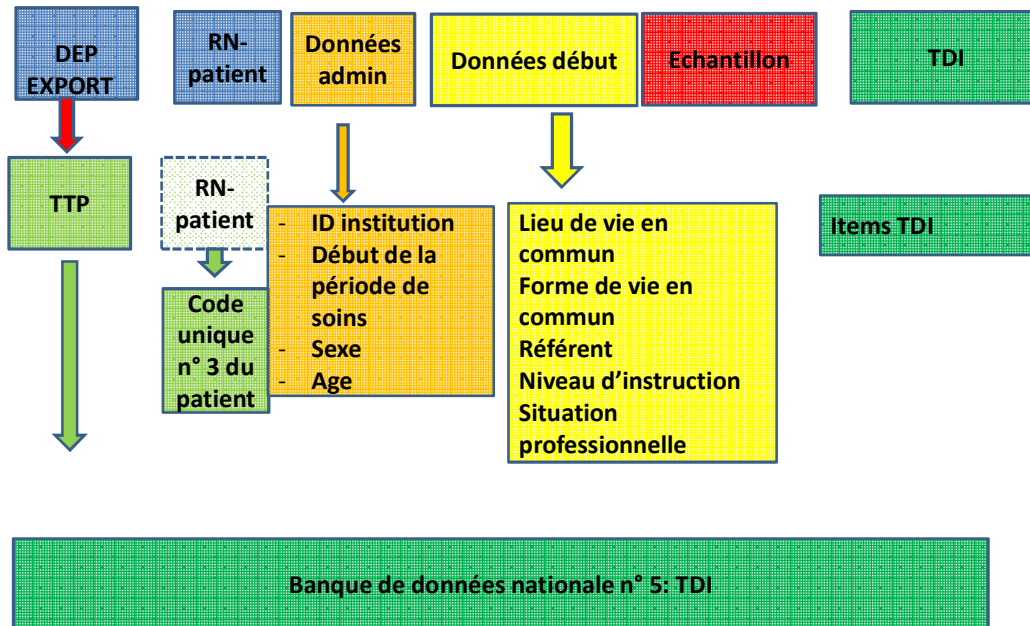


### Exemple: Normes d'agrément qualitatives et quantitatives et organisation du financement



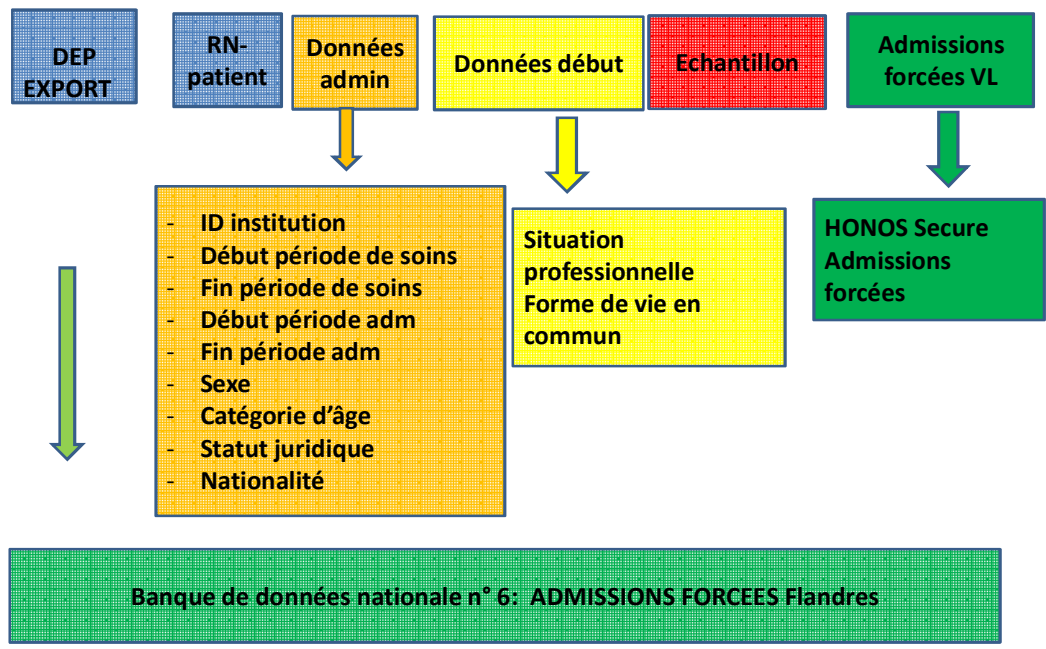
### Exemple: Treatment Demand Indicator (EU)

(pour chaque personne seulement 1 fois sur base annuelle à travers tout les équipements)



Il est également possible de créer une base de données spécifique à une communauté, par exemple :

### Exemple: ADMISSIONS FORCEES Flandres



Si les autorités souhaitent coupler les données collectées à des informations disponibles dans d'autres bases de données, elles doivent pour ce faire entreprendre les démarches nécessaires afin de permettre le couplage de données dans un total respect de la vie privée des patients. À cette fin, les autorités entreprendront les démarches nécessaires via la banque-carrefour et la commission de la protection de la vie privée.

## 4. CONTENU DE L'ENREGISTREMENT COMMUN DANS LE SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ MENTALE

### 4.1. DONNÉES RELATIVES À LA STRUCTURE SSM

<b>SI</b>	<b>CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE LA STRUCTURE</b>
-----------	---

<b>À compléter une fois par structure SSM</b>	
SI01	Numéro ID de la structure SSM : numéro unique propre à chaque structure
SI02	Type d'établissement
SI03	Nom du responsable de l'enregistrement
SI04	Adresse e-mail du responsable de l'enregistrement
SI05	Numéro de téléphone du responsable de l'enregistrement

<b>SU</b>	<b>ORGANISATION FONCTIONNELLE DES UNITÉS DE SOINS</b>
-----------	---

**À compléter une fois par unité de soins. Cet enregistrement permet de différencier la structure SSM dans ses différentes composantes.**

SU01	Numéro ID de la structure SSM : numéro unique propre à chaque structure (= idem SI01)
SU02	Type d'établissement (idem SI02)
SU03	Numéro ID de l'unité de soins
SU04	Date de l'ouverture de l'unité de soins
SU05	Date de la clôture de l'unité de soins
SU06	Typage de l'unité de soins
SU07	Si pertinent, capacité : lits
SU08	Si pertinent, capacité : places
SU09	Si pertinent, capacité : journées par an
SU10	Si pertinent, capacité : demi-journées par an
SU11	Groupe cible principal : phase de vie
SU12	Groupe cible principal : groupe de diagnostics
SU13	Niveau de protection principal appliqué
SU14	Description de l'unité de soins

<b>STU</b>	<b>UNITÉS DE SOINS - ÉCHANTILLON situation au 01/01</b>
------------	---

**À compléter une fois par unité de soins. Cet enregistrement permet de différencier la structure SSM dans ses différentes composantes.**

STU01	Numéro ID de la structure SSM : numéro unique propre à chaque structure (= idem SI01)
STU02	Numéro ID de l'unité de soins (= idem SU03)
STU03	Typage de l'unité de soins (= idem SU06)
STU04	« Caseload » actif de l'unité de soins au 01/01
STU20	Nombre ETP infirmiers psychiatriques
STU21	Nombre ETP infirmiers sociaux
STU22	Nombre ETP infirmiers généraux et autres infirmiers
STU23	Nombre ETP autre personnel soignant
STU24	Nombre ETP corps médical – psychiatre
STU25	Nombre ETP corps médical – interniste
STU26	Nombre ETP corps médical - médecin généraliste
STU27	Nombre ETP corps médical – autre spécialisation
STU28	Nombre ETP corps médical – MSF
STU29	Nombre ETP personnel psychologue : master
STU30	Nombre ETP personnel psychologue : bachelor

STU31	Nombre ETP personnel (ortho)pédagogue : master
STU32	Nombre ETP personnel pédagogue : bachelor
STU33	Nombre ETP personnel pédagogue/éducateur : autre
STU34	Nombre ETP personnel d'assistance sociale
STU35	Nombre ETP ergothérapeutes
STU36	Nombre ETP kinésithérapeutes/thérapeutes en psychomotricité
STU37	Nombre ETP musicothérapeutes
STU38	Nombre ETP autre personnel resocialisant
STU39	Nombre ETP pairs aidants
STU40	Nombre ETP personnel administratif ou logistique attaché à l'unité de soins
STU41	Nombre ETP autres membres de l'unité de soins

## 4.2. Tronc commun = pour tous les patients

### 4.2.1. Données d'identification = un enregistrement par patient

IP01	Numéro de registre national du patient
IP02	Année de naissance
IP03	Sexe
IP04	Commune du domicile
IP05	Pays du domicile
IP06	Nationalité

### 4.2.2. Données administratives

= un enregistrement par patient par période administrative au sein d'une période de soins

AP01	Numéro ID de la structure SSM : numéro unique propre à chaque structure (= idem SI01)
AP02	Numéro de registre national du patient (= idem IP01)
AP03	Date du début de la période de soins
AP04	Date du début de la période administrative
AP05	Date de fin de la période administrative
AP06	Caractéristique administrative de la période de soins
AP07	Numéro ID de l'unité de soins
AP08	Code titulaire
AP09	Statut juridique – mesures juridiques
AP10	Interruption temporaire des soins : motif

### 4.2.3. Données sur le début des soins

= un enregistrement par patient par période de soins

MA01	Numéro ID de la structure SSM : numéro unique propre à chaque structure (= idem SI01)
MA02	Numéro de registre national du patient (= idem IP01)
MA03	Date du début de la période de soins
MA04	Instance qui envoie le patient (référént)
MA05	Lieu de vie en commun avant le début de la période de soins
MA06	Forme de vie en commun avant le début de la période de soins
MA06A	Avec qui viviez-vous au cours de ces 30 derniers jours ? (à l'exception des enfants à charge)
MA06B	Au cours de ces 30 derniers jours, viviez-vous avec des enfants à charge ?

(vos propres enfants ou ceux de votre partenaire et dont vous avez la responsabilité)

MA06C Présence de figures de soutien social  
MA07 Niveau d'instruction  
MA08 Situation professionnelle  
MA09 Source principale de revenus

MA10 DIAGNOSTIC DSM-V au début de la période de soins

MA10.01 Premier diagnostic selon DSM-V  
MA10.02 Deuxième diagnostic selon DSM-V  
MA10.03 Troisième diagnostic selon DSM-V  
MA10.04 Quatrième diagnostic selon DSM-V  
MA10.05 Cinquième diagnostic selon DSM-V  
MA10.06 Sixième diagnostic selon DSM-V  
MA10.07 Septième diagnostic selon DSM-V

#### MALADIES SOMATIQUES

MA10.11 Diagnostic somatique selon ICD-10  
MA10.12 Diagnostic somatique selon ICD-10  
MA10.13 Diagnostic somatique selon ICD-10  
MA10.14 Diagnostic somatique selon ICD-10  
MA10.15 Diagnostic somatique selon ICD-10  
MA10.16 Diagnostic somatique selon ICD-10  
MA10.17 Diagnostic somatique selon ICD-10  
MA10.18 Diagnostic somatique selon ICD-10  
MA10.19 Diagnostic somatique selon ICD-10  
MA10.20 Diagnostic somatique selon ICD-10

Estimation des besoins en soins

MA15.00 Date de la prise de mesure avec CANSAS  
MA15.01 CANSAS item 1 : Logement  
MA15.02 CANSAS item 2 : Alimentation  
MA15.03 CANSAS item 3 : Ménage  
MA15.04 CANSAS item 4 : Prendre soin de soi  
MA15.05 CANSAS item 5 : Occupations quotidiennes  
MA15.06 CANSAS item 6 : Santé physique  
MA15.07 CANSAS item 7 : Symptômes psychotiques  
MA15.08 CANSAS item 8 : Informations à propos de l'état et du traitement  
MA15.09 CANSAS item 9 : Détresse psychologique  
MA15.10 CANSAS item 10 : Sécurité personnelle  
MA15.11 CANSAS item 11 : Sécurité d'autrui  
MA15.12 CANSAS item 12 : Alcool  
MA15.13 CANSAS item 13 : Drogues  
MA15.14 CANSAS item 14 : Fréquentations  
MA15.15 CANSAS item 15 : Relations intimes  
MA15.16 CANSAS item 16 : Pratique de la sexualité  
MA15.17 CANSAS item 17 : Soins dispensés aux enfants  
MA15.18 CANSAS item 18 : Enseignement fondamental/éducation  
MA15.19 CANSAS item 19 : Téléphone

MA15.20 CANSAS item 20 : Transport  
MA15.21 CANSAS item 21 : Argent  
MA15.22 CANSAS item 22 : Indemnités

### **Estimation de la gravité des symptômes**

MA16.01 Date de la prise de mesure avec HONOS  
MA16.02 Version du HONOS

MA17.01 HONOS item 1  
MA17.02 HONOS item 2  
MA17.03 HONOS item 3  
MA17.04 HONOS item 4  
MA17.05 HONOS item 5  
MA17.06 HONOS item 6  
MA17.07 HONOS item 7  
MA17.08 HONOS item 8  
MA17.09 HONOS item 9  
MA17.10 HONOS item 10  
MA17.11 HONOS item 11  
MA17.12 HONOS item 12

(seulement dans le cas du HONOSCA)

MA17.13 HONOS item 13  
MA17.14 HONOS item 14  
MA17.15 HONOS item 15

#### 4.2.4. Données sur la fin des soins

MD01	Numéro ID de la structure SSM : numéro unique propre à chaque structure (= idem SI01)
MD02	Numéro de registre national du patient (= idem IP01)
MD03	Date du début de la période de soins
MD04	Date de fin de la période de soins
MD05	Mode de sortie de la période de soins
MD06	Intervention d'un médiateur - culture
MD07	Intervention d'un médiateur - langue
MD08	Destination
MD09	Nombre de jours de contact durant la période de soins
MD10	DIAGNOSTIC DSM-V à la fin de la période de soins
MD10.01	Premier diagnostic selon DSM-V
MD10.02	Deuxième diagnostic selon DSM-V
MD10.03	Troisième diagnostic selon DSM-V
MD10.04	Quatrième diagnostic selon DSM-V
MD10.05	Cinquième diagnostic selon DSM-V
MD10.06	Sixième diagnostic selon DSM-V

MD10.07 Septième diagnostic selon DSM-V

#### MALADIES SOMATIQUES

MD10.11 Diagnostic somatique selon ICD-10  
MD10.12 Diagnostic somatique selon ICD-10  
MD10.13 Diagnostic somatique selon ICD-10  
MD10.14 Diagnostic somatique selon ICD-10  
MD10.15 Diagnostic somatique selon ICD-10  
MD10.16 Diagnostic somatique selon ICD-10  
MD10.17 Diagnostic somatique selon ICD-10  
MD10.18 Diagnostic somatique selon ICD-10  
MD10.19 Diagnostic somatique selon ICD-10  
MD10.20 Diagnostic somatique selon ICD-10

#### Estimation des besoins en soins

MD11.00 Date de la prise de mesure avec CANSAS  
MD11.01 CANSAS item 1 : Logement  
MD11.02 CANSAS item 2 : Alimentation  
MD11.03 CANSAS item 3 : Ménage  
MD11.04 CANSAS item 4 : Prendre soin de soi  
MD11.05 CANSAS item 5 : Occupations quotidiennes  
MD11.06 CANSAS item 6 : Santé physique  
MD11.07 CANSAS item 7 : Symptômes psychotiques  
MD11.08 CANSAS item 8 : Informations à propos de l'état et du traitement  
MD11.09 CANSAS item 9 : Détresse psychologique  
MD11.10 CANSAS item 10 : Sécurité personnelle  
MD11.11 CANSAS item 11 : Sécurité d'autrui  
MD11.12 CANSAS item 12 : Alcool  
MD11.13 CANSAS item 13 : Drogues  
MD11.14 CANSAS item 14 : Fréquentations  
MD11.15 CANSAS item 15 : Relations intimes  
MD11.16 CANSAS item 16 : Pratique de la sexualité  
MD11.17 CANSAS item 17 : Soins dispensés aux enfants  
MD11.18 CANSAS item 18 : Enseignement fondamental/éducation  
MD11.19 CANSAS item 19 : Téléphone  
MD11.20 CANSAS item 20 : Transport  
MD11.21 CANSAS item 21 : Argent  
MD11.22 CANSAS item 22 : Indemnités

#### **Estimation de la gravité des symptômes**

MD12.01 Date de la prise de mesure avec HONOS  
MD12.02 Version du HONOS

MD13.01 HONOS item 1  
MD13.02 HONOS item 2  
MD13.03 HONOS item 3  
MD13.04 HONOS item 4  
MD13.05 HONOS item 5  
MD13.06 HONOS item 6  
MD13.07 HONOS item 7



MD13.08 HONOS item 8  
MD13.09 HONOS item 9  
MD13.10 HONOS item 10  
MD13.11 HONOS item 11  
MD13.12 HONOS item 12

(seulement dans le cas du HONOSCA)

MD13.13 HONOS item 13  
MD13.14 HONOS item 14  
MD13.15 HONOS item 15

#### 4.2.5. Utilisation des soins et délais d'attente :

MW01	Date de l'inscription
MW02	Date du premier contact face-to-face FTF1 (intake)
MW03	Raison de la réorientation du patient
MW04	Date du début de la période de soins
MW05	Diagnostic provisoire ?
MW06	Âge
MW07	Sexe

### **4.3. Séries de données supplémentaires pour certains groupes cibles spécifiques**

#### 4.3.1. Pour les personnes présentant un problème lié aux substances (TDI)

**TD1.** À quelle date avez-vous débuté cet épisode de traitement-ci ?

**TD2.** Avez-vous déjà suivi auparavant un traitement pour des problèmes liés à des substances psychoactives ?

**TD3.** Quelle est la personne ou l'institution qui vous a orienté pour suivre ce traitement-ci ?

**TD4.** Au cours de votre vie, avez-vous déjà reçu un traitement de substitution ?

**TD5.** Quels types de traitement de substitution avez-vous déjà reçus ?

### **DESCRIPTION DU PROFIL D'ADDICTION [AP]**

**AP1.** Actuellement, quelles sont les substances psychoactives qui vous causent des problèmes ?

**AP2.** Parmi ces substances, quelle est la principale qui vous a amené à débiter ce traitement-ci ?

**AP3.** De quelle manière consommez-vous d'habitude cette substance principale ?

**AP4.** Au cours de ces 30 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous consommé d'habitude cette substance principale ?

**AP5.** À quel âge avez-vous consommé cette substance principale pour la première fois ?

**AP6.** Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une substance psychoactive par injection (quelle que soit la substance) ?

**AP7.** À quel âge pour la première fois avez-vous consommé une substance psychoactive par injection ?

**AP8.** Quand avez-vous pour la dernière fois consommé une substance psychoactive par injection ?

**AP9.** Au cours de votre vie, avez-vous déjà partagé des aiguilles ou des seringues ?

**AP10.** Quand avez-vous partagé une aiguille ou une seringue pour la dernière fois ?

#### 4.3.2. Pour les personnes se trouvant sous statut/mesure juridique

##### 4.3.2.1. Pour **toutes** les personnes se trouvant sous mesure juridique

- JG01 Numéro ID de la structure SSM : numéro unique propre à chaque structure (= idem SI01)  
JG02 Numéro de registre national du patient (= idem IP01)  
JG03 Date du début de la période de soins

##### JG04 SCORE aux différents items de l'échelle HONOS SECURE

- JG04.01 HONOS SECURE item 1 : Risque de nuire aux adultes et aux enfants  
JG04.02 HONOS SECURE item 2 : Risque d'automutilation  
JG04.03 HONOS SECURE item 3 : Besoin d'une protection pour prévenir toute rechute  
JG04.04 HONOS SECURE item 4 : Besoin d'une surveillance dans le milieu de vie  
JG04.05 HONOS SECURE item 5 : Besoin d'un accompagnement lors de la mise en liberté conditionnelle  
JG04.06 HONOS SECURE item 6 : Risque pour le patient par autrui  
JG04.07 HONOS SECURE item 7 : Besoin de procédures de gestion des risques

##### 4.3.2.2. Données supplémentaires pour certains **groupes spécifiques** de personnes sous mesure juridique

###### 4.3.2.2.1. Admissions forcées en Flandre

- 11 Type de procédure
- 12 Parquet concerné
- 13 Date du début de la procédure
- 17 Admission après un transfert depuis un autre hôpital PENDANT la procédure ?
- 20 Requérant
- 21 Tribunal compétent
- 22 Canton de justice de paix
- 23 Tribunal de la jeunesse
- 24 Lieu où se trouvait le client lors de la demande
- 25 Critère « menace sérieuse pour sa propre santé » d'application ?
- 26 Critère « menace sérieuse pour sa propre sécurité » d'application ?
- 27 Critère « menace sérieuse pour la vie d'autrui » d'application ?
- 28 Critère « menace sérieuse pour l'intégrité d'autrui » d'application ?
- 29 Principal critère de danger
- 30 Conseiller
- 31 Personne de confiance
- 32 Représentant légal
- 40 Problème principal ou secondaire ?
- 50 Motif de fin de la procédure
- 51 Phase de procédure au 31/12
- 52 Phase dans laquelle la procédure se termine

4.3.2.2.2. Patients admis dans un service « medium risk » en HP

4.3.2.2.3. Patients admis dans une offre de traitement spécifique aux délinquants sexuels en HP

Autres ????

#### **4.4. Enregistrement par échantillonnage**

Provisoirement non rempli.

## **4. CONTENUS CONCRETS DE L'ENREGISTREMENT**

### **4.1. Données de l'organisation**

#### **SI CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE LA STRUCTURE SSM**

Cette série d'items permet d'identifier la structure SSM et d'entrer en contact avec le responsable de l'enregistrement. Ces données sont modifiées si nécessaire.

Ces données sont exportées une fois par an : la situation au 01/01 de l'exercice considéré.

##### **SI01. NUMÉRO ID DE LA STRUCTURE SSM**

###### **Définition**

Il s'agit du numéro unique de la structure SSM tel qu'il lui a été communément attribué par les autorités. Ou par une autre instance - à convenir au niveau interministériel

###### **Remarques et points d'attention**

On inscrit le numéro ID de l'hôpital général lorsqu'il s'agit du numéro ID d'une unité de soins en service A d'un hôpital général (SPHG). Une exception est faite lorsque cette SPHG s'est vue attribuer un numéro ID distinct.

##### **SI02. TYPE D'ÉTABLISSEMENT**

###### **Définition**

Il s'agit du type d'établissement sous lequel l'organisation est agréée ou habilitée à exercer ses activités.

###### **Possibilités de choix**

- 10 Réseau 107 - équipe mobile
- 20 Centre de santé mentale - CSM
- 30 Initiative d'habitation protégée - IHP
- 40 Section psychiatrique d'un hôpital général - SPHG
- 50 Maison de soins psychiatriques - MSP
- 60 Hôpital psychiatrique - HP
- 70 Centre de revalidation

##### **SI03. NOM DU RESPONSABLE DE L'ENREGISTREMENT**

###### **Définition**

Il s'agit des nom et prénom du responsable de l'enregistrement de l'établissement.

##### **SI04. ADRESSE E-MAIL DU RESPONSABLE DE L'ENREGISTREMENT**

###### **Définition**

Il s'agit de l'adresse e-mail du responsable de l'enregistrement ou de l'adresse e-mail générale de l'établissement.

##### **SI05. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU RESPONSABLE DE L'ENREGISTREMENT**

###### **Définition**

Il s'agit du numéro de téléphone du responsable de l'enregistrement ou du numéro de téléphone général de l'établissement.

## **SU. ORGANISATION FONCTIONNELLE AU SEIN DES UNITÉS DE SOINS**

Les **items SU01-SU14** concernent l'**organisation fonctionnelle par unité de soins**. L'unité de soins consiste en un groupe de prestataires d'aide et de soins formant ensemble une équipe fonctionnelle chargée de prendre en charge un groupe de patients. Il s'agit donc d'une équipe de soins.

L'unité de soins constitue la base à partir de laquelle l'équipe de soins prend les décisions en matière de traitement du patient et à partir de laquelle les soins sont administrés. Il n'est pas rare de différencier certains groupes de traitements au sein de l'unité de soins.

Ces données sont mises à jour en continu , mais sont exportées une fois par an : la situation au 01/01 de l'exercice considéré.

### **SU01. NUMÉRO ID DE LA STRUCTURE SSM (idem SI01)**

#### **Définition**

Il s'agit du numéro unique de la structure SSM tel qu'il lui a été communément attribué par les autorités. Ou par une autre instance - à convenir au niveau interministériel

#### **Remarques et points d'attention**

On inscrit le numéro ID de l'hôpital général lorsqu'il s'agit du numéro ID d'une unité de soins en service A d'un hôpital général (SPHG). Une exception est faite lorsque cette SPHG s'est vue attribuer un numéro ID distinct.

### **SU02. TYPE D'ÉTABLISSEMENT (=idem SI02)**

#### **Définition**

Il s'agit du type d'établissement sous lequel l'organisation est agréée ou habilitée à exercer ses activités.

#### **Possibilités de choix**

- 10 Réseau 107 - équipe mobile
- 20 Centre de santé mentale - CSM
- 30 Initiative d'habitation protégée - IHP
- 40 Section psychiatrique d'un hôpital général - SPHG
- 50 Maison de soins psychiatriques - MSP
- 60 Hôpital psychiatrique - HP
- 70 Centre de revalidation

### **SU03. NUMÉRO ID DE L'UNITÉ DE SOINS**

#### **Définition**

Il s'agit du numéro d'identification unique que la structure SSM attribue elle-même à ses unités de soins et qui ne change pas au fil des années.

#### **Possibilités de choix**

Un nombre de maximum trois chiffres allant de 001 à 998.

#### **Remarques et points d'attention**

Le numéro de l'unité de soins est lié à l'équipe de soins, et non à un bâtiment ou à un étage. Cela implique que le numéro de l'unité de soins reste identique en cas de déménagement de l'unité de soins au

sein du bâtiment de la structure SSM. Les unités de soins changent de numéro lorsque les équipes de soins sont modifiées dans le cadre d'une réorganisation.

Le remplacement d'un membre de l'équipe n'entraîne aucune modification de l'équipe de soins.

#### **SU04. DATE D'OUVERTURE DE L'UNITÉ DE SOINS**

##### **Définition**

Il s'agit de la date réelle de l'ouverture de l'unité de soins dans l'établissement.

##### **Possibilités de choix**

jj/mm/aaaa

#### **SU05. DATE DE FERMETURE DE L'UNITÉ DE SOINS**

##### **Définition**

Il s'agit de la date de fermeture de l'unité de soins dans l'établissement.

Cette date de fin reste ouverte tant que l'unité de soins est en activité (tant qu'elle n'est pas fermée).

##### **Possibilités de choix**

jj/mm/aaaa

#### **SU06 TYPAGE DE L'UNITÉ DE SOINS**

(objectif de cet item : identifier les unités de soins qui reçoivent un financement spécifique de la part d'une autorité : projets, ...)

##### **Définition**

##### **Référence à des sources de financement (supplémentaires)**

##### **Possibilités de choix**

Une des possibilités ci-dessous.

S'il existe plusieurs possibilités de réponse, choisissez la catégorie qui correspond le mieux.

- 10 Activation
- 20 Soins psychiatriques à domicile
- 31 Équipe mobile - fonction 2A
- 32 Équipe mobile - fonction 2B
- 33 Équipe mobile - fonction 3
- 40 CSM centre de santé mentale - non spécifié
- 41 VDIP - détection et intervention précoces en cas de psychose
- 42-49 **CSM - autres subdivisions en fonction du financement**
- 50 Habitation protégée - non spécifié
- 51 Habitation protégée - médicolégal
- 60 Maison de soins psychiatriques - non spécifié
- 61 Maison de soins psychiatriques - handicap intellectuel
- 62 Maison de soins psychiatriques - psychiatrique
- 63 Maison de soins psychiatriques - médicolégal
- 64 Maison de soins psychiatriques pour délinquants sexuels
- 70 SPHG
- 71 HG unité d'intervention psychiatrique d'urgence
- 72 HG unité d'intervention psychiatrique d'urgence pour toxicomanes
- 80 HP - non spécifié
- 81 HP - traitement de suivi
- 82 HP - médicolégal « medium risk »
- 83 HP - délinquants sexuels
- 90 Centre de revalidation - non spécifié

- 91 Centre de revalidation - résidentiel  
92 Centre de revalidation - ambulatoire

#### **SU07. SI PERTINENT : CAPACITÉ : LITS**

##### **Définition**

Si pertinent : il s'agit du nombre de lits réels pour le traitement des patients dans un contexte résidentiel (non compris le nombre de chaises pour les traitements de jour) sous la responsabilité de l'unité de soins.

À compléter uniquement par les unités de soins qui fournissent une offre de SSM résidentiels (IHP, SPHG, MSP, HP, certains centres de revalidation).

##### **Possibilités de choix**

Nombre entre 0 et 100

Si non pertinent = 0

#### **SU08. SI PERTINENT : CAPACITÉ : PLACES/CHAISES**

##### **Définition**

Si pertinent : il s'agit du nombre de places/chaises pour le traitement des patients dans un contexte ambulatoire (y compris le nombre de chaises pour les traitements de jour)

À compléter uniquement par les unités de soins qui fournissent une offre de SSM semi-résidentiels (hospitalisation de jour, activités de jour, activation, traitement de suivi).

##### **Possibilités de choix**

Nombre entre 0 et 100

Si non pertinent = 0

#### **SU09. SI PERTINENT : CAPACITÉ : JOURNÉES**

##### **Définition**

Si pertinent : il s'agit de la capacité théorique exprimée en journées.

À compléter uniquement par les centres de revalidation où la capacité facturable est exprimée en journées.

##### **Possibilités de choix**

Nombre entre 0 et 10.000

Si non pertinent = 0

#### **SU10. SI PERTINENT : CAPACITÉ : DEMI-JOURNÉES**

##### **Définition**

Si pertinent : il s'agit de la capacité théorique exprimée en demi-journées.

À compléter uniquement par les centres de revalidation où la capacité facturable est exprimée en demi-journées.

##### **Possibilités de choix**

Nombre entre 0 et 10.000

Si non pertinent = 0

## **SU11 GROUPE CIBLE PRINCIPAL : PHASE DE VIE**

### **Définition**

Il s'agit du groupe cible, en fonction de la phase de vie, sur lequel se concentre principalement l'unité de soins.

Si l'unité de soins se concentre sur plusieurs phases de vie, choisissez la phase de vie de la majorité des patients.

### **Possibilités de choix**

- 1 Enfants (< 12 ans)
- 2 Adolescents (12-17 ans)
- 3 Adultes
- 4 Adultes et personnes âgées
- 5 Personnes âgées
- 9 Aucun groupe cible spécifique en termes de phase de vie

## **SU12. GROUPE CIBLE PRINCIPAL : GROUPE DE DIAGNOSTICS**

### **Définition**

Il s'agit du groupe cible, en fonction du groupe de diagnostics, sur lequel se concentre principalement l'unité de soins.

Si l'unité de soins se concentre sur plusieurs groupes de diagnostics, choisissez le groupe de diagnostics de la majorité des patients.

Possibilités de choix (basées sur le DSM-V)

- 10 Troubles du développement neurologique
- 11 Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
- 12 Troubles bipolaires et associés
- 13 Troubles dépressifs
- 14 Troubles de l'anxiété
- 15 Troubles obsessionnels-compulsifs
- 16 Troubles liés aux traumatismes et au stress
- 17 Troubles dissociatifs
- 18 Symptômes somatiques et troubles associés
- 19 Troubles de l'alimentation
- 20 Troubles de l'excrétion
- 21 Troubles de l'éveil et du sommeil
- 22 Dysfonctions sexuelles
- 23 Problèmes de genre
- 24 Troubles disruptifs, troubles du contrôle des impulsions et troubles du comportement
- 25 Troubles liés à des substances et troubles de dépendance
- 26 Troubles neurocognitifs
- 27 Troubles de la personnalité
- 28 Troubles paraphiliques
- 29 Autres troubles mentaux
- 30 Troubles de la mobilité induits par des médicaments et autres effets secondaires de médicaments
- 40 Autres conditions faisant l'objet d'un traitement clinique



(50-80 : à ajouter : classes principales de l'ICD-10 pour les diagnostics somatiques)

99 L'unité de soins ne se concentre pas sur un groupe de diagnostics spécifique

### **SU13. NIVEAU DE PROTECTION PRINCIPAL APPLIQUÉ**

#### **Définition**

Il s'agit du niveau de protection le plus souvent appliqué par l'unité de soins dans son fonctionnement. Cela correspond à l'intensité de la surveillance et au degré de liberté d'action au sein de l'unité de vie.

#### **Possibilités de choix**

- 10 Aucune surveillance/protection
- 20 Téléphone de soutien : ce téléphone permet au patient de demander un conseil, du soutien ou de l'aide
- 30 Surveillance à distance : surveillance minimale (à intervalles réguliers pendant la journée ou pendant la semaine)
- 40 Surveillance limitée : la majeure partie de la journée, avec possibilité d'interruption
- 50 Surveillance totale : un prestataire de soins est présent vingt-quatre heures sur vingt-quatre
- 60 Protection permanente : nécessité d'observer et de corriger le comportement en permanence
- 70 Protection intensive : observation directe et permanente, contrôle du comportement avec correction

### **SU14. DESCRIPTION DE L'UNITÉ DE SOINS**

#### Définition

Précisez le typage de l'unité de soins.

Donnez par exemple un aperçu du programme hebdomadaire, de l'offre thérapeutique et des activités.

La description du groupe cible en termes de phase de vie, de diagnostic et de niveau de protection figure déjà aux items SU 11-12-13.

#### Possibilités de choix

Champ de texte libre, maximum 2000 caractères

**STU – DONNÉES D'ÉCHANTILLONNAGE PAR UNITÉ DE SOINS**  
(situation au 01/01 de l'année concernée)

**STU01. NUMÉRO ID DE LA STRUCTURE : NUMÉRO D'IDENTIFICATION UNIQUE DE LA STRUCTURE**  
Cf. SI01

**STU02 NUMÉRO ID DE L'UNITÉ DE SOINS**  
Cf. SU02

**STU03 TYPAGE DE L'UNITÉ DE SOINS**  
Cf. SU03

**STU04 « Caseload » actif de l'unité de soins**

**Définition**

Il s'agit de tous les clients soignés activement au cours d'une semaine donnée, l'unité de soins jouant un rôle dans le processus de soins du client (= nombre de dossiers actifs)

**Possibilités de choix**

Nombre entre 0 et 1000

**STU ÉCHANTILLON DU PERSONNEL**

**Quel personnel ?**

On entend par « personnel » toutes les personnes faisant partie d'un groupe multidisciplinaire composé de prestataires de soins habilités à prendre des décisions en ce qui concerne le traitement du patient, et faisant donc partie de l'équipe de soins.

Le personnel des services administratifs centraux, des services techniques et médicotechniques, et de l'hôtellerie n'est pas pris en compte ici.

Les bénévoles et les stagiaires ne sont pas non plus pris en compte.

Le personnel temporaire engagé par contrat de travail est quant à lui pris en compte.

Il s'agit uniquement des membres du personnel dont le contrat, qui fixe les conditions de travail<sup>3</sup>, n'est pas suspendu. Cela implique que :

- les collaborateurs absents pour maladie pendant au moins 30 jours ne sont pas pris en compte ;
- les collaborateurs en interruption complète de carrière (y compris le repos de maternité, le congé parental, le congé palliatif, ...) ne sont pas pris en compte ;
- les collaborateurs en interruption partielle de carrière sont seulement pris en compte pour les heures qu'ils sont supposés prester sur une base hebdomadaire.

L'appartenance ou non à l'équipe de traitement n'est pas liée au financement du personnel concerné. Les membres du personnel financés par le Fonds budgétaire inter-départemental (FBI) ou le Maribel social peuvent tout autant appartenir à l'équipe de soins.

---

<sup>3</sup> Pour les médecins, on considère le contrat « sui generis » comme étant le contrat fixant les conditions de travail.

## **Philosophie de base pour la répartition du personnel en groupes professionnels**

La majeure partie du personnel peut être facilement classée dans l'un des 19 groupes professionnels : leur fonction correspond à leur diplôme ou à leur formation. Un petit nombre de travailleurs sont plus difficiles à classer dans un groupe professionnel donné (p. ex. un kinésithérapeute qui dispense des soins médicaux, un infirmier psychiatrique qui travaille comme musicothérapeute, ...).

Dans pareils cas, la question se pose de savoir quel aspect prime lorsqu'il s'agit de répartir le personnel en groupes professionnels : la formation, le diplôme, la fonction ou la tâche principale, ... ?

La règle générale est la suivante :

### **- pour les membres de l'équipe de soins dont la fonction correspond au diplôme/à la formation :**

Classez le membre du personnel selon son diplôme/sa formation. Une seule exception non négligeable est faite en ce qui concerne les infirmiers sociaux. Selon qu'ils travaillent dans une unité de vie ou dans le service d'assistance sociale, ils sont répartis respectivement dans le groupe des infirmiers sociaux actifs dans une unité de soins ou dans le groupe du personnel d'assistance sociale.

Les infirmiers dispensant des soins infirmiers sont répartis selon leur diplôme.

En d'autres termes, seuls les infirmiers psychiatriques sont classés dans le groupe 1.

### **- pour les membres de l'équipe de traitement dont la fonction ne correspond pas au diplôme/à la formation :**

#### **2.2.2.1. Le membre de l'équipe concerné dispense des soins médicaux/infirmiers**

Classez le membre de l'équipe concerné dans le groupe 4 : autre personnel soignant

(p. ex. un psychologue ou un kinésithérapeute qui dispense des soins)

#### **2.2.2.2. Le membre de l'équipe concerné ne dispense pas des soins médicaux/infirmiers**

Classez le membre de l'équipe concerné dans le groupe 19 : autres membres de l'équipe de traitement.

(p. ex. un infirmier travaillant comme musicothérapeute).

En résumé :

Les membres du personnel sont répartis en fonction de leur diplôme/formation (de base), exception faite pour les membres du personnel dont la fonction est clairement différente de leur diplôme/formation.

## **Remarques et points d'attention**

1) Faire partie de l'équipe de soins signifie faire un feed-back périodique à l'équipe et se concerter régulièrement avec elle. Dans ce sens, il est concevable de pouvoir enregistrer le travail de l'agent pastoral qui réalise des activités thérapeutiques qui sont bien entendu intégrées au plan de traitement.

2) Les différents membres du personnel qui assurent la fonction d'accompagnateur au sein des initiatives d'habitations protégées, n'ont pas les mêmes diplômes (aucun diplôme officiel n'ayant été prévu pour la fonction d'accompagnateur) ; il est possible de classer ces membres du personnel dans le groupe 4 : autre personnel soignant - autres membres de l'équipe de soins. Si on estime que cette fonction relève de la compétence du personnel resocialisant, on peut choisir de classer ces membres du personnel dans cette catégorie.

Concrètement, nous répartissons les membres du personnel comme suit :

#### ➤ Infirmiers psychiatriques

Il s'agit uniquement des infirmiers ayant obtenu un master, un bachelor, ou un diplôme de niveau A1 ou A2 d'infirmier psychiatrique.

- Infirmiers sociaux travaillant dans une unité de vie (ne travaillant pas dans un service d'assistance sociale)  
Il s'agit uniquement des infirmiers ayant obtenu un diplôme d'infirmier social, mais en se limitant à ceux qui travaillent dans une unité de vie et qui ne travaillent donc pas au sein du service d'assistance sociale.
- Infirmiers généraux et autres infirmiers  
Il s'agit uniquement des infirmiers (hospitaliers) généraux A1 et A2 et des infirmiers pédiatriques.
- Autre personnel soignant  
Il s'agit de tous les autres membres du personnel qui dispensent des soins médicaux et infirmiers, p. ex. les aides-seniors, les aides sanitaires, les puéricultrices, mais aussi les kinésithérapeutes en soins médicaux.
- Corps médical - psychiatre
- Corps médical - interniste
- Corps médical - médecin généraliste
- Corps médical - autre spécialisation
- Corps médical - médecin spécialiste en formation (MSF)
- Personnel psychologue - master (psychologues)
- Personnel psychologue - bachelor, notamment les assistants en psychologie
- Personnel (ortho)pédagogue : master
- Personnel pédagogue : bachelor
- Personnel pédagogue ou éducateur : autre
- Personnel d'assistance sociale  
Travailleurs et infirmiers sociaux travaillant au sein du service d'assistance sociale
- Ergothérapeutes
- Kinésithérapeutes/thérapeutes en psychomotricité
- Musicothérapeutes
- Autre personnel resocialisant
- Pairs aidants : le pair aidant est collaborateur engagé par la structure SSM en raison de ses expériences antérieures en tant que patient et de sa contribution actuelle au sein de l'équipe, dans la perspective du client.
- Autres membres de l'équipe de traitement  
Exemples : accompagnateur spirituel, agent pastoral, infirmier travaillant comme musicothérapeute, ...

### **Nombre ETP**

Le « nombre ETP » correspond au nombre d'heures effectuées par les membres de l'équipe de soins conformément à leur contrat de travail (le nombre d'heures est divisé par un facteur donné pour parvenir au nombre ETP). Il s'agit du nombre ETP attribué à l'unité de soins en question par la structure SSM au 01/01. Le personnel reste affecté à l'unité de soins en cas de congé, de maladie de courte durée sans remplacement, ... Le personnel ne doit donc pas être présent au 01/01.

Les membres du personnel sont enregistrés conformément à la répartition en groupes professionnels décrite ci-dessus.

### **Explications**

1) Cela implique que, lorsqu'un ETP infirmier psychiatrique a été affecté à une unité de soins et que cette infirmière se trouve en congé de maternité au 01/01 et est seulement remplacée à mi-temps par un infirmier général, lorsque ce remplacement a eu lieu avant le 01/01, seul 0,5 ETP infirmier général

sera attribué à cette unité de soins au moment de la semaine d'échantillonnage. Ce raisonnement implique également que, lorsqu'un ETP infirmier psychiatrique est affecté à une unité de soins et que cet infirmier est accidentellement malade le 01/01, on attribuera 1 ETP infirmier psychiatrique selon la direction à cette unité de soins au 01/01 .

2) Il s'agit toujours de l'équipe qui a été affectée à l'unité de soins en fonction de l'aide aux patients/résidents. Pour certaines initiatives d'habitations protégées, on ne peut p. ex. pas tenir compte, dans le nombre ETP, du taux d'emploi consacré à la comptabilité, à la facturation ou à l'administration au niveau de la coordination et de la politique. Puisque les équipes des habitations protégées sont beaucoup plus petites que les équipes moyennes que l'on trouve au sein des unités de soins d'un hôpital psychiatrique, d'une SPHG ou d'une maison de soins psychiatriques, plusieurs items ne pourront pas être complétés. On remplira toujours « 00.00 ».

3) Personnel attaché à plusieurs unités de soins

Il est toujours recommandé d'informer la direction ou les responsables politiques de l'absence d'une répartition du travail. En effet, en l'absence d'une attribution aux unités de soins, il peut être demandé de faire cette attribution par exemple en fonction du nombre de lits ou d'autres paramètres. Il peut également être utile de demander au personnel de procéder lui-même à une répartition du travail. Pour ce faire, le nombre « moyen » d'heures consacrées aux patients des unités de soins en question peut servir de point de départ.

Lorsque le responsable de l'enregistrement est confronté à une équipe de soins qui, dans un même contexte de travail, s'occupe d'une unité de soins avec des patients T et d'une unité de soins avec des patients MSP, il est recommandé de calculer le nombre ETP en se basant sur le nombre ETP total et le nombre de patients. Nous attirons l'attention sur le fait qu'il s'agit de deux types de structures psychiatriques différentes, avec normalement des équipes distinctes.

### **Calcul**

Pour toutes les disciplines : 1 ETP = 38 heures. Le nombre ETP doit toujours être proportionnel aux 38 heures. Cela vaut tout autant pour les médecins (qui travaillent souvent avec un temps plein de 24 heures).

Le nombre ETP est arrondi à deux chiffres après la virgule.

Il s'agit uniquement des membres du personnel dont le contrat, qui fixe les conditions de travail, n'est pas suspendu. Cela implique que :

- les collaborateurs absents pour maladie pendant au moins 30 jours ne sont pas pris en compte ;
- les collaborateurs en interruption complète de carrière (y compris le repos de maternité, le congé parental, le congé palliatif, ...) ne sont pas pris en compte ;
- les collaborateurs en interruption partielle de carrière sont seulement pris en compte pour les heures qu'ils sont supposés prêter sur une base hebdomadaire ;
- il n'est pas tenu compte des dispenses de prestations de travail prises dans le cadre de la fin de carrière.

### **Remarque**

Pour un certain nombre de patients (p. ex. qui ont un statut d'indépendant), on fixe contractuellement un certain nombre de prestations à fournir.

**STU20**      Nombre ETP infirmiers psychiatriques  
**STU21**      Nombre ETP infirmiers sociaux

<b>STU22</b>	Nombre ETP infirmiers généraux et autres infirmiers
<b>STU23</b>	Nombre ETP autre personnel soignant
<b>STU24</b>	Nombre ETP corps médical – psychiatre
<b>STU25</b>	Nombre ETP corps médical – interniste
<b>STU26</b>	Nombre ETP corps médical - médecin généraliste
<b>STU27</b>	Nombre ETP corps médical – autre spécialisation
<b>STU28</b>	Nombre ETP corps médical – MSF
<b>STU29</b>	Nombre ETP personnel psychologue : master
<b>STU30</b>	Nombre ETP personnel psychologue : bachelor
<b>STU31</b>	Nombre ETP personnel (ortho)pédagogue : master
<b>STU32</b>	Nombre ETP personnel pédagogue : bachelor
<b>STU33</b>	Nombre ETP personnel pédagogue/éducateur : autre
<b>STU34</b>	Nombre ETP personnel d'assistance sociale
<b>STU35</b>	Nombre ETP personnel resocialisant
<b>STU35</b>	Nombre ETP ergothérapeutes
<b>STU36</b>	Nombre ETP kinésithérapeutes/thérapeutes en psychomotricité
<b>STU37</b>	Nombre ETP musicothérapeutes
<b>STU38</b>	Nombre ETP autre personnel resocialisant
<b>STU39</b>	Nombre ETP pairs aidants
<b>STU40</b>	Nombre ETP personnel administratif ou logistique attaché à l'unité de soins
<b>STU41</b>	Nombre ETP autres membres de l'unité de soins

### **PAR ITEM**

#### **Possibilités de choix**

#### **Nombre ETP par groupe**

Nombre entre 0 et 100.00, avec deux chiffres après la virgule

## 4.2. Tronc commun = pour tous les patients

### 4.2.1. Données d'identification du patient

## IP IDENTIFICATION DU PATIENT

La fiche IP reprend les données d'identification du patient. Cette fiche sera généralement actualisée par les services administratifs ou de facturation.

### IP01 NUMÉRO DE REGISTRE NATIONAL DU PATIENT

#### Définition

Il s'agit de l'identification unique du patient au moyen de son numéro de registre national.

Schématiquement parlant, cela donne :

- pour les patients belges : numéro de registre national
- pour les patients non belges qui se trouvent temporairement en Belgique : numéro de registre national bis
- pour les étrangers : numéro ID étranger
- pour les sans papiers : sur base de l'année de naissance

PI1	Type d'identification du patient <i>(un seul choix possible)</i>	PI2. Identification du patient
<input type="radio"/>	1. n° de registre national ➤	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/>	2. n° de registre national bis ➤	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/>	3. n° de passeport ➤	_____
<input type="radio"/>	4. date de naissance ➤	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Cf. Enregistrement TDI

### IP02 ANNÉE DE NAISSANCE

#### Définition

Il s'agit de l'année de naissance mentionnée sur la carte d'identité (ou tout autre document similaire) du patient.

#### Possibilités de choix

L'année de naissance est complétée en format aaaa.

### IP03 SEXE

(Cf. enregistrement RCM)

#### Définition

Le sexe est complété en fonction des données figurant sur la carte d'identité (ou tout autre document d'identification) du patient.

Le sexe du patient est enregistré au début de la période de soins.

### Possibilités de choix

- 0 Indéterminable  
(Ce code peut uniquement être employé lorsqu'à la naissance, il y a incertitude sur le sexe du nouveau-né).
- 1 Masculin
- 2 Féminin
- 3 Modifié  
La valeur « modifié » (code #3#) a été introduite afin de tenir compte des problèmes de maladies liées au sexe chez les patients qui ont changé de sexe sans que leur numéro de registre national n'ait déjà été modifié.

## IP04 COMMUNE DE DOMICILE

### Définition

Il s'agit de la commune mentionnée comme domicile sur la carte d'identité (ou tout autre document similaire) du patient. Il s'agit de la commune où le patient est domicilié.

L'enregistrement de cet item se fait au début de la période de soins dans un structure SSM.

### Possibilités de choix

(tirées du RHM)

Pour les résidents belges, on y introduit le code postal de la commune où le patient est domicilié. Pour les personnes **sans domicile fixe** pour raisons professionnelles, comme les commerçants forains et les bateliers, par exemple, il y a lieu d'indiquer le code postal de leur **commune de référence**.

Pour les **sans-abri** et **toutes les AUTRES personnes sans domicile fixe**, il faut introduire le code **#9999#**.

Pour les patients (belges et non belges) domiciliés **à l'étranger**, ce champ doit être complété par des zéros : **#0000#**.

## IP05 PAYS DU DOMICILE

Pour les personnes résidant en **Belgique** (Belges et non Belges), il faut inscrire le code pays « BE ».

Pour les patients (Belges et non Belges) domiciliés **à l'étranger**, on note un autre code pays. Vous pouvez en retrouver la liste dans le fichier de référence « *Code pays* ».

Pour les **sans-abri** et les autres patients **sans domicile fixe**, il faut indiquer le code pays « BE0 ».

« *Code pays pour le champ A2\_CODE\_COUNTRY (STAYHOSP)* », qui peut être consulté sur notre site web [www.health.fgov.be](http://www.health.fgov.be) (RHM / Listes de référence / Fichiers de référence RHM / Domaine 3 : données administratives).



## **IP06NATIONALITÉ**

(tirées du RHM)

« Code pays pour le champ *A2\_CODE\_COUNTRY (STAYHOSP)* », qui peut être consulté sur notre site web [www.health.fgov.be](http://www.health.fgov.be) (RHM / Listes de référence / Fichiers de référence RHM / Domaine 3 : données administratives).

Dans l'idéal, le code pays de la nationalité est tenu à jour dans le dossier patient informatisé. Afin de mieux respecter la vie privée du patient, les nationalités sont regroupées dans des fichiers d'exportation.

<b>CODE</b>	<b>DESCRIPTION</b>
<b>OO</b>	La nationalité du patient est inconnue.
<b>BE</b>	Le patient est de nationalité belge.
<b>DE</b>	Le patient est de nationalité allemande.
<b>FR</b>	Le patient est de nationalité française.
<b>UK</b>	Le patient est de nationalité britannique.
<b>LU</b>	Le patient est de nationalité luxembourgeoise.
<b>NL</b>	Le patient est de nationalité néerlandaise.
<b>EU</b>	Le patient n'est pas belge, ni ressortissant d'un de nos pays voisins, mais possède la nationalité d'un des autres pays de l'Union européenne.
<b>ER</b>	Le patient possède la nationalité d'un des pays d'Europe qui ne font pas partie de l'Union européenne.
<b>AF</b>	Le patient possède la nationalité d'un pays d'Afrique.
<b>AM</b>	Le patient possède la nationalité d'un pays d'Amérique.
<b>AZ</b>	Le patient possède la nationalité d'un pays d'Asie.
<b>OC</b>	Le patient possède la nationalité d'un pays de l'Océanie.

Cf. RHM

En cas de double nationalité dont la nationalité belge, on indique la nationalité belge. En cas de double nationalité dont une nationalité européenne, on indique la nationalité européenne.

#### 4.2.2. Données administratives

La période administrative correspond à la période au cours de laquelle les données administratives suivantes restent identiques pour le patient : caractéristique administrative de la période de soins, numéro ID de l'unité de soins, code titulaire, statut/mesure juridique, interruption temporaire.

Lorsqu'une de ces caractéristiques change, la période administrative prend fin et une nouvelle période administrative commence.

Par définition, la première période administrative au sein d'une même période de soins commence au début de cette période de soins.

Par définition, la dernière période administrative au sein d'une même période de soins se termine à la fin de cette période de soins.

Les données ci-après sont enregistrées au début de la période de soins et à chaque modification d'une des données suivantes :

- la caractéristique administrative des soins ;
- l'unité de soins qui dispense des soins au patient ;
- le statut/la mesure juridique qui est d'application ;
- le code titulaire ;
- l'absence temporaire.

À chaque modification d'au moins une des données reprises ci-dessus, on indique à nouveau l'entièreté des items.

Lorsque la modification concerne une seule donnée, les autres données administratives resteront identiques à l'exception des dates de début et de fin de la période administrative et de l'item en question.

RR-nummer pt	ID voorzieninge	datum begin zorgperiode	datum begin administratieve	datum einde administratieve	administratief kenmerk	zorgenheid	juridisch statuut	verzekerings code	administratief ontslag	opmerking
20130712 30512	214-V	12/07/2013	12/07/2013	14/07/2013	A	102	21	110		9 begin zorgperio
20130712 30512	214-V	12/07/2013	14/07/2013	22/08/2013	A	114	21	110		9 wijziging zorg
20130712 30513	214-V	12/07/2013	22/08/2013	15/09/2013	A	114	10	110		9 wijziging juridis
20130712 30514	214-V	12/07/2013	15/09/2013	27/10/2013	T	220	10	110		9 wijziging admin
20130712 30515	214-V	12/07/2013	27/10/2013	22/11/2013	T	220	10	111		9 wijziging verze
20130712 30516	214-V	12/07/2013	22/11/2013	25/11/2013	T	220	10	111		1 administratief c
20130712 30517	214-V	12/07/2013	25/11/2013	12/12/2013	T	220	10	111		9 administratieve

#### AP01. NUMÉRO ID DE LA STRUCTURE SSM (idem SI01)

##### Définition

Il s'agit du numéro unique de la structure SSM tel qu'il lui a été communément attribué par les autorités. Ou par une autre instance - à convenir au niveau interministériel

##### Remarques et points d'attention

On inscrit le numéro ID de l'hôpital général lorsqu'il s'agit du numéro ID d'une unité de soins en service A d'un hôpital général (SPHG). Une exception est faite lorsque cette SPHG s'est vue attribuer un numéro ID distinct.

## AP02 NUMÉRO DE REGISTRE NATIONAL DU PATIENT

Cf. Enregistrement TDI

### Définition

Il s'agit de l'identification unique du patient au moyen de son numéro de registre national.

Schématiquement parlant, cela donne :

- Pour les patients belges : numéro de registre national
- Pour les patients non belges qui se trouvent temporairement en Belgique : numéro de registre national bis
- Pour les étrangers : numéro ID étranger
- Pour les sans papiers : sur base de l'année de naissance

PI1	Type d'identification du patient <i>(un seul choix possible)</i>	PI2.	Identification du patient
	1. n° de registre national		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="radio"/> 2. n° de registre national bis		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="radio"/> 3. n° de passeport		_____
	<input type="radio"/> 4. date de naissance	➔	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## AP03 DATE DE DÉBUT DE LA PÉRIODE DE SOINS

### Définition

Il s'agit de la date de début de la période de soins.

La période de soins commence lorsqu'il a été décidé, après une phase diagnostique, de dispenser des soins au patient.

La période de soins commence lorsque le patient est effectivement pris en charge.

### Possibilités de choix

La date du début de la période de soins est complétée en format jj/mm/aaaa.

## AP04 DÉBUT DE LA PÉRIODE ADMINISTRATIVE

### Définition

Il s'agit de la date de début de la période administrative.

### Possibilités de choix

La date du début de la période administrative est complétée en format jj/mm/aaaa

Au début d'une période de soins, la date de début de la période administrative est toujours égale à la date de début de la période de soins.

La date de début d'une interruption temporaire des soins correspond à la date de début de la période administrative.

## **AP05 FIN DE LA PÉRIODE ADMINISTRATIVE**

### **Définition**

Il s'agit de la date de fin de la période administrative.

### **Possibilités de choix**

La date de fin de la période administrative est complétée en format jj/mm/aaaa.

La date de fin d'une période administrative est toujours égale à la date de début de la période administrative suivante lorsqu'il y a lieu de modifier au moins une donnée administrative pendant la période de soins.

La date de fin d'une interruption temporaire des soins correspond à la date de fin de la période administrative.

## **AP06 CARACTÉRISTIQUE ADMINISTRATIVE DE LA PÉRIODE DE SOINS**

### **Définition**

La caractéristique administrative se rapporte au statut administratif sous lequel le patient est traité, exprimé par un index ou un code.

Par « caractéristique administrative », nous entendons :

- pour les services hospitaliers, les entités décrites sous les index (A, T, K, ...) dans la loi sur les hôpitaux du 18 avril 1986 et les arrêtés successifs.
- pour les patients bénéficiant du statut « traitement de suivi en HP » : code Z.
- pour les initiatives d'habitations protégées : R1 pour les habitations groupées et R2 pour les habitations individuelles
- pour les MSP : code Q
- pour les centres de santé mentale : code V
- pour les conventions de revalidation : code W
- pour les équipes mobiles dans le cadre de l'article 107 (fonction 1, 2a, 2b et 3) : code Y

### **Procédure d'enregistrement**

La caractéristique administrative de la période de soins est enregistrée au début de la période de soins et ensuite à chaque modification d'une donnée administrative.

### **Possibilités de choix**

Il est possible d'enregistrer les index/codes de structures suivants : A, A1, A2, K, K1, K2, T, T1, T2, TFB, TFP, Sp, IB, Q, R1, R2, V, W, Y, Z.

- A : Service neuro-psychiatrique d'observation et de traitement
- A1 : Hospitalisation de jour en service A
- A2 : Hospitalisation de nuit en service A
- IB : Service de traitement intensif des patients psychiatriques
- K : Service de neuro-psychiatrie infantile
- K1 : Hospitalisation de jour en service K
- K2 : Hospitalisation de nuit en service K
- T : Service neuro-psychiatrique de traitement, lits Sp-psychogériatrie
- T1 : Hospitalisation de jour en service T
- T2 : Hospitalisation de nuit en service T
- TFB : Placement familial intra muros
- TFP : Placement familial
- Sp : Psychogériatrie
- Q1 : MSP permanente
- Q2 : MSP en extinction
- R1 : Habitation protégée individuelle

- R2 : Habitation protégée groupée
- V : Centre de santé mentale
- W : Convention de revalidation
- Y1 : Équipe mobile 2A dans le cadre de l'article 107
- Y2 : Équipe mobile 2B dans le cadre de l'article 107
- Z : Traitement de suivi en HP

### **Remarque**

Le passage d'un traitement en hospitalisation totale ou partielle au sein d'un hôpital psychiatrique à un traitement sous la forme d'un traitement de suivi (postcure) au sein de ce même hôpital psychiatrique est considéré comme une modification de la caractéristique administrative de la période de soins. Il n'est donc pas question ici de la fin d'une période de soins en hôpital psychiatrique ni d'une nouvelle période de soins au sein de ce même hôpital.

## **AP07. NUMÉRO ID DE LA PÉRIODE DE SOINS**

### **Définition**

Il s'agit du numéro d'identification unique que la structure SSM attribue elle-même à ses unités de soins et qui ne change pas au fil des années.

### **Possibilités de choix**

Un nombre de maximum trois chiffres allant de 001 à 998.

### **Remarques et points d'attention**

Le numéro de l'unité de soins est lié à l'équipe de soins, et non à un bâtiment ou à un étage. Cela implique que le numéro de l'unité de soins reste identique en cas de déménagement de l'unité de soins au sein du bâtiment de la structure SSM. Il y a changement de numéro des unités de soins lorsque les équipes de soins sont modifiées dans le cadre d'une réorganisation.

Le remplacement d'un membre de l'équipe n'entraîne aucune modification de l'équipe de soins.

## AP08 STATUT D'ASSURANCE DU PATIENT - CODE TITULAIRE

### Définition

Il s'agit des codes titulaires liés aux grands risques tels que connus dans le système de l'assurance maladie.

### Possibilités de choix

000 - aucun droit
100 - salarié - résident - sans droit sur intervention majorée
101 - salarié - résident - avec droit sur intervention majorée
110 - salarié - actif - sans droit sur intervention majorée
111 - salarié - actif - avec droit sur intervention majorée
120 - salarié - invalide ou handicapé - sans droit sur intervention majorée
121 - salarié - invalide ou handicapé - avec droit sur intervention majorée
130 - salarié - pensionné - sans droit sur intervention majorée
131 - salarié - pensionné - avec droit sur intervention majorée
140 - salarié - veuf/veuve - sans droit sur intervention majorée
141 - salarié - veuf/veuve - avec droit sur intervention majorée
150 - salarié - orphelin - sans droit sur intervention majorée
151 - salarié - orphelin - avec droit sur intervention majorée
180 - salarié - convention internationale - sans droit sur intervention majorée
181 - salarié - convention internationale - avec droit sur intervention majorée
410 - indépendant - actif - sans droit sur intervention majorée
411 - indépendant - actif - avec droit sur intervention majorée
420 - indépendant - invalide ou handicapé - sans droit sur intervention majorée
421 - indépendant - invalide ou handicapé - avec droit sur intervention majorée
430 - indépendant - pensionné - sans droit sur intervention majorée
431 - indépendant - pensionné - avec droit sur intervention majorée
440 - indépendant - veuf/veuve - sans droit sur intervention majorée
441 - indépendant - veuf/veuve - avec droit sur intervention majorée
450 - indépendant - orphelin - sans droit sur intervention majorée
451 - indépendant - orphelin - avec droit sur intervention majorée
470 - membre d'une communauté religieuse - sans droit sur intervention majorée
471 - membre d'une communauté religieuse - avec droit sur intervention majorée
480 - indépendant - convention internationale - sans droit sur intervention majorée
481 - indépendant - convention internationale - avec droit sur intervention majorée

### Remarques et points d'attention

#### Procédure d'enregistrement

Le code titulaire est enregistré au début de la période de soins et ensuite à chaque fois que la structure SSM prend connaissance d'une modification.

(= remarque : cet item est différent de l'enregistrement RHM dans lequel on inscrit l'union nationale)

## **AP09 – STATUT JURIDIQUE / MESURE JURIDIQUE**

### **Définition**

Le statut ou la mesure juridique traduit les dispositions légales qui s'appliquent au patient pendant la période de soins.

### **Procédure d'enregistrement**

Le statut ou la mesure juridique est enregistré(e) au début des soins, et ensuite à chaque modification de la mesure en vigueur. À chaque modification, on enregistrera la nouvelle mesure ainsi que la date du changement.

Seuls les statuts ou les mesures ayant un impact direct sur le traitement du patient doivent être enregistrés.

Par conséquent :

- les admissions forcées et les internements sont certainement enregistrés ;
- statuts/mesures dans le cadre d'une inculpation, d'une condamnation et d'une mise à disposition : uniquement quand le traitement fait partie intégrante de la mesure.

P. ex.

- le traitement d'une personne dépressive par un CSM dans les locaux du CSM : il est sans incidence que cette personne soit condamnée ou non à des travaux d'intérêt général, qu'elle soit placée ou non sous congé pénitentiaire ou sous surveillance électronique et qu'elle dispose ou non d'une permission de sortie pour son traitement ==> ne pas enregistrer
- dans le cas d'une personne sous libération conditionnelle :
  - o si le traitement fait partie des conditions : enregistrer
  - o si le traitement ne fait pas partie des conditions : ne pas enregistrer

### **Possibilités de choix**

#### **SANS CONDITIONS LÉGALES**

##### **11 Volontaire**

La décision de l'admission est acceptée par la personne concernée - ou dans le cas d'un patient mineur, par le tuteur légal - sans que l'admission ne soit une obligation légale.

##### **11 Assistance à personne en danger**

On y enregistre notamment les personnes incapables de prendre cette décision. Il peut arriver qu'un patient, pour des raisons psychiques ou physiques, ne soit pas en mesure de prendre lui-même une décision d'admission : il peut p. ex. s'agir d'un patient très confus ou sénile, d'un patient qui se trouve dans le coma lors de l'admission, d'un patient mutique, ...

#### **AVEC CONDITIONS LÉGALES**

##### **ADMISSION FORCÉE**

##### **21 Mise en observation - Décision du juge de paix**

Admission en application de la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux (26 juin 1990) ; rubrique « Observation ».

La décision de l'admission a été prise par le juge de paix.

##### **22 Mise en observation - Décision du Procureur du Roi**

Admission en application de la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux (26 juin 1990) ; rubrique « Observation ».

La décision de l'admission a été prise par le Procureur du Roi à la suite d'une procédure d'urgence.

- 23 Mise en observation - Confirmation de la décision du Procureur par le juge de paix
- 24 Mise en observation - Décision du juge de la jeunesse  
Admission à la suite d'une décision du juge de la jeunesse
- 25 Maintien du séjour forcé  
En application de la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux (26 juin 1990) ; rubrique « Maintien du séjour forcé »
- 26 Transfert  
Transfert du patient depuis une autre structure. En application de la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux (26 juin 1990) ; rubrique « Observation »
- 27 Postcure  
En application de la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux (26 juin 1990) ; rubrique « Postcure »
- 28 Soins en milieu familial  
En application de la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux (26 juin 1990, art. 23-29)

## **INTERNEMENT**

- 31 Internement - placement  
(article 14 de la loi de défense sociale du 1<sup>er</sup> juillet 1964)  
En application des lois de défense sociale. Il s'agit de l'exécution d'une décision de la chambre du conseil ou d'un tribunal qui déclare le patient irresponsable de faits délictueux après un examen psychiatrique ; le patient est alors admis p. ex. dans un hôpital psychiatrique sous le contrôle de la commission pour la défense sociale.
- 32 Internement - liberté limitée  
(article 15 de la loi de défense sociale du 1<sup>er</sup> juillet 1964)  
En application de la loi de défense sociale (1<sup>er</sup> juillet 1964), la Commission pour la défense sociale peut autoriser un système de liberté limitée à la personne internée sous certaines conditions et modalités.
- 33 Internement - liberté à l'essai  
(article 18 de la loi de défense sociale du 1<sup>er</sup> juillet 1964)  
En application des lois de défense sociale (1<sup>er</sup> juillet 1964). Il s'agit de l'exécution d'une décision de la chambre du conseil ou d'un tribunal qui déclare le patient irresponsable de faits délictueux après un examen psychiatrique et le place sous le contrôle de la commission pour la défense sociale. Cette commission décide de la libération à l'essai du patient.
- 34 Internement du condamné  
(article 21 de la loi de défense sociale du 1<sup>er</sup> juillet 1964)  
Il est possible qu'un détenu de prison présente/développe un problème psychiatrique ou un handicap mental, qui empêche le détenu de contrôler ses actes. L'internement du détenu peut dans ce cas être imposé en application de la loi de défense sociale (1<sup>er</sup> juillet 1964).
- 35 Internement - En détention  
Traitement des internés en prison, p. ex. par un CSM.
- 40 Mesures dans le cadre d'une inculpation / mise en accusation  
P. ex. Détention préventive, médiation pénale, probation



50 Mesures dans le cadre d'une condamnation

P. ex. : probation, détention, détention limitée, surveillance électronique, semi-liberté, libération conditionnelle (loi du 17 mai 2006 relative au statut juridique externe) ou libération provisoire (circulaire ministérielle 1771 du 17 janvier 2005).

60 Mise à la disposition d'un tribunal de l'application des peines

(après une peine principale effective, loi du 26 avril 2007 relative à la mise à disposition du tribunal de l'application des peines)

P. ex. : permission de sortie périodique, congé pénitentiaire, détention limitée, surveillance électronique, libération sous surveillance.

## **DROIT SANCTIONNEL DE LA JEUNESSE / LOI RELATIVE À LA PROTECTION DE LA JEUNESSE**

Loi du 13 juin 2006 modifiant la législation relative à la protection de la jeunesse et à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié d'infraction.

71 Fait qualifié d'infraction (FQI)

72 Situation d'éducation problématique (SEP)

## **AUTRE**

96 Autre non spécifié

Autre mesure juridique que celles mentionnées plus haut.

99 Inconnu

Le statut juridique n'est pas connu.

### **Remarques et points d'attention :**

S'il existe plusieurs possibilités de réponse sous la rubrique « AVEC CONDITIONS LÉGALES », il faut enregistrer la « mesure la plus contraignante ». Par exemple, dans le cas d'un internement et d'une mise en observation, on enregistrera l'internement.

## **AP10 Interruption temporaire des soins : motif**

### **Définition**

Cet item permet d'identifier la suspension temporaire des soins résidentiels.

Outre les dates de la suspension temporaire, enregistrées via les dates de début et de fin de la période administrative, cet item indique la raison de la sortie intermédiaire du patient.

### **Possibilités de choix**

1 Examen ou traitement de nature médico-somatique à un autre endroit

2 Examen ou traitement de nature médico-psychiatrique à un autre endroit

3 Motif juridique (p. ex. la personne retourne en prison après une libération conditionnelle)

4 Autre (personnel, familial, ...)

9 Pas d'application

99 Inconnu

Le code 9 « Pas d'application » est utilisé lorsqu'il ne s'agit pas d'une interruption temporaire des soins, p. ex. lorsque la période administrative concerne une modification de l'unité de soins.

#### 4.2.3. Données sur le début des soins

##### MA01. NUMÉRO ID DE LA STRUCTURE SSM (idem SI01)

###### Définition

Il s'agit du numéro unique de la structure SSM tel qu'il lui a été communément attribué par les autorités. Ou par une autre instance - à convenir au niveau interministériel

###### Remarques et points d'attention

On inscrit le numéro ID de l'hôpital général lorsqu'il s'agit du numéro ID d'une unité de soins en service A d'un hôpital général (SPHG). Une exception est faite lorsque cette SPHG s'est vue attribuer un numéro ID distinct.

##### MA02 NUMÉRO DE REGISTRE NATIONAL DU PATIENT (= idem IP01)

Cf. Enregistrement TDI

###### Définition

Il s'agit de l'identification unique du patient via son numéro de registre national.

Schématiquement parlant, cela donne :

- Pour les patients belges : numéro de registre national
- Pour les patients non belges qui se trouvent temporairement en Belgique : numéro de registre national bis
- Pour les étrangers : numéro ID étranger
- Pour les sans papiers : sur base de l'année de naissance

PI1. Type d'identification du patient <i>(un seul choix possible)</i>	PI2. Identification du patient
<input type="radio"/> n° de registre national ➤	□□□□□□.□□□.□□
<input type="radio"/> n° de registre national bis ➤	□□□□□□.□□□.□□
<input type="radio"/> n° de passeport ➤	_____
<input type="radio"/> Date de naissance ➤	□□.□□.□□□□

Cf. Enregistrement TDI

##### MA03 DATE DU DÉBUT DE LA PÉRIODE DE SOINS

###### Définition

Il s'agit de la date de début de la période de soins.

La période de soins commence lorsqu'il a été décidé, après une phase diagnostique, de dispenser des soins au patient.

La période de soins commence lorsque le patient est effectivement pris en charge.

###### Possibilités de choix

La date du début de la période de soins est complétée en format jj/mm/aaaa.

## MA04 INSTANCE QUI ENVOIE LE PATIENT (RÉFÉRENT)

### Définition

Il s'agit de la personne/structure/instance externe qui a fait venir le patient pour recevoir des soins.

### Possibilités de choix

#### 10 INITIATIVE PERSONNELLE

##### ENTOURAGE

Initiative de la famille ou de l'entourage (travail, école, connaissance, ...)

20 Famille

21 Amis/connaissances/personnes non professionnelles

#### SERVICES

Intervention d'une instance qui intervient dans la situation à titre professionnel, mais pas à des fins thérapeutiques.

22 Instance juridique

Instance prenant une décision juridique : juge de paix, juge de la jeunesse, Procureur, ...

23 Forces de l'ordre (police, ...)

Instance exécutant une décision juridique, ou sauvegardant l'ordre public (non compris les gardiens privés).

24 Acteurs du secteur de l'emploi/de l'enseignement

VDAB-FOREM-ACTIRIS, centres d'encadrement des élèves

25 Acteurs du secteur du logement

26 Acteurs du secteur des soins aux personnes présentant un handicap

27 Acteurs du secteur du bien-être

P. ex. Centres d'aide sociale générale, CPAS

28 Autres personnes professionnelles sans objectif thérapeutique

Autres personnes ou instances, sans objectif thérapeutique, qui ne sont pas repris ci-dessus. P. ex. Renvoi du patient par un avocat

#### TRAITEMENT AMBULATOIRE

Personne ou instance intervenant dans le cadre de l'exercice d'une profession de soins ou d'aide à des fins thérapeutiques et sous forme ambulatoire. Il peut tout aussi bien s'agir ici d'une intervention active ou téléphonique, lorsqu'il a été décidé que des soins seraient dispensés par la structure SSM.

30 Équipe mobile dans le cadre de l'article 107 (fonction 1, 2A, 2B et 3)

Si fonction 3 = autre qu'un centre de revalidation agréé, p. ex. un centre d'activités de jour

31 Médecin généraliste

Renvoi du patient par un médecin généraliste après une consultation ou une visite à domicile.

32 Autre spécialiste d'une discipline non psychiatrique dans son cabinet privé

Consultation d'un autre spécialiste d'une discipline non psychiatrique dans son cabinet privé.

- 32 Consultation privée chez un psychiatre de la même institution  
 Consultation d'un psychiatre de la même institution mais dans le cadre d'une pratique privée.
- 33 Consultation privée chez un psychiatre non attaché à l'institution  
 Consultation d'un psychiatre non attaché à l'institution dans le cadre d'une pratique privée.
- 34 Centre de santé mentale
- 35 Consultation polyclinique de la même institution ou du même hôpital général  
 Consultation d'un intervenant de l'institution où le patient est actuellement admis, et cette consultation a eu lieu dans l'institution même ou dans l'hôpital général dont fait partie la SPHG.
- 36 Consultation polyclinique d'une autre institution  
 Consultation d'un intervenant dans un autre service de consultation que celui de l'institution où le patient est admis actuellement.
- 37 Centre de revalidation - ambulatoire
- 38 Aide aux toxicomanes / Traitement des assuétudes  
 P. ex. centre d'intervention de crise, communauté thérapeutique, centre de jour d'aide aux toxicomanes, maison d'accueil socio-sanitaire, ...
- 39 Autres instances professionnelles à visée thérapeutique  
 Personne ou instance intervenant dans le cadre de l'exercice d'une profession de soins ou d'aide à des fins thérapeutiques et sous forme ambulatoire, qui n'est pas reprise ci-dessus. P. ex. télé-accueil, centre de planning familial et d'éducation sexuelle, Centre de planning et de consultation familiale et conjugale, centre polyvalent de santé, ...

#### INSTITUTIONNEL

- 40 Même institution ou même hôpital général  
 Il s'agit de l'institution où le patient est actuellement admis, c'est-à-dire votre institution, ou de l'hôpital général dont fait partie la SPHG.
- 41 Hôpital psychiatrique
- 42 SPHG
- 43 Maison de soins psychiatriques - MSP
- 44 Habitation protégée
- 45 Hôpital général
- 46 Accueil résidentiel psychiatrique alternatif  
 P. ex. Centre de revalidation psychosociale (INAMI), structures de soins aux toxicomanes, ...
- 47 Maison de repos / Maison de repos et de soins / Centre de services, de soins et de logement
- 48 Autre institution (non SSM)  
 P. ex. les centres d'accueil de sans-abri, les refuges pour femmes, les structures de soins aux personnes handicapées, les institutions d'aide à la jeunesse.

99 Inconnu

La personne/structure/instance qui renvoie le patient n'est pas connue ou il n'y a pas suffisamment de données disponibles.

## **MA05 LIEU DE VIE EN COMMUN AVANT LE DÉBUT DE LA PÉRIODE DE SOINS**

Cf. enregistrement TDI

Le lieu de vie en commun avant le début de la période de soins correspond au lieu de vie en commun dans lequel vivait le patient au cours des 30 derniers jours précédant le début actuel de la période de soins.

10 Dans un domicile fixe

20 Dans des logements variables

30 Dans la rue

### **STRUCTURE D'HABITATION COLLECTIVE**

61 Structure d'aide à la jeunesse

P. ex. établissement d'assistance spéciale à la jeunesse (maison de guidance, foyer familial, centre d'accueil, d'orientation ou d'observation).

62 Structure de soins aux personnes handicapées

P. ex. home occupationnel, home de nursing, institut médico-pédagogique (IMP)

63 Structure d'accueil de personnes âgées

Maison de repos / maison de repos et de soins, centre de court séjour, séniorie, ...

64 Prison / établissement dépendant de la justice

65 Centre d'accueil

P. ex. sans-abri, centre d'accueil de femmes.

66 Couvent - communauté religieuse

### **MILIEU THÉRAPEUTIQUE**

71 Communauté thérapeutique (aide aux toxicomanes)

72 Habitation protégée

73 Hôpital psychiatrique

74 SPHG

75 Maison de soins psychiatriques

76 Placement en milieu familial

Uniquement à Lierneux et Geel.

77 Accueil psychiatrique alternatif

P. ex. Centre de revalidation psychosociale (INAMI), structures de soins aux toxicomanes (subventionnées par la Communauté), ...

78 Hôpital général

79 Autre milieu thérapeutique

AUTRE

91 Autre milieu non spécifié

92 Sans domicile fixe

### **Remarques et points d'attention**

Pour les patients en traitement de jour, on considère le domicile du patient comme étant son milieu de vie actuel. Pour les patients en traitement de nuit, on considère l'hôpital psychiatrique comme étant son milieu de vie actuel.

### **MA06 FORME DE VIE EN COMMUN AVANT LE DÉBUT DE LA PÉRIODE DE SOINS**

Cf. Enregistrement TDI

#### **Définition**

La forme de vie en commun avant le début de la période de soins correspond à la forme de vie en commun dans laquelle vivait généralement le patient au cours des 30 derniers jours précédant le début actuel de la période de soins.

#### **Possibilités de choix**

---

**MA06A - Au cours de ces 30 derniers jours, avec qui viviez-vous la plupart du temps, à l'exception de vos enfants à charge ?**

*(un seul choix possible)*

- 10 Seul
- 20 En couple
- 30 Avec un/mes parent(s)
- 40 Avec d'autres membres de ma famille
- 50 Avec des amis ou d'autres personnes (sans lien de parenté)
- 98 Autre
- 99 Inconnu

Les patients séjournant dans une structure d'habitation collective, sont enregistrés sous le code 50 « Avec des amis ou d'autres personnes (sans lien de parenté) ».

Une personne âgée vivant « seule » dans un « service flat » ou un complexe résidentiel proposant des services, est enregistrée sous le code 10. Les personnes âgées qui habitent avec leur partenaire dans ce genre de structure sont enregistrées sous le code 20.

L'étudiant qui habite dans un kot ou dans une chambre d'étudiant pendant la semaine, mais reste chez ses parents pendant le weekend et les vacances, est enregistré sous le code 30.

**MA06B- Au cours de ces 30 derniers jours, avez-vous vécu avec des enfants de moins de 18 ans dont vous aviez la responsabilité ?**

*(Qu'il s'agisse de vos propres enfants ou ceux de votre conjoint – Un seul choix possible)*

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Inconnu

**MA06C PRÉSENCE DE FIGURES DE SOUTIEN SOCIAL**

*Cet item a récemment été ajouté au contenu (22/11/2013) et doit encore être développé.*

**MA07. NIVEAU D'INSTRUCTION**

Cf. Enregistrement TDI

**Définition**

Il est de règle générale d'enregistrer le plus haut niveau d'enseignement que le patient a terminé avec succès.

Les étudiants constituent une exception à cette règle (MA14 « statut professionnel à l'admission » = 32 « Écolier/étudiant »). Pour eux, la règle à suivre est d'enregistrer le niveau d'enseignement qu'ils suivent actuellement.

**Possibilités de choix**

10 Aucun enseignement suivi

20 Enseignement primaire

30 Enseignement secondaire

40 Enseignement supérieur / université

96 Autre enseignement non spécifié

On peut seulement choisir cette possibilité de réponse si le niveau d'enseignement donné ne correspond pas du tout aux possibilités de réponse reprises plus haut. Quelques exemples :

- une formation à l'étranger, non comparable avec un niveau de formation belge.
- un contrat d'apprentissage ou un programme scolaire incomplet (enseignement pour adultes)
- Enseignement artistique à temps partiel et enseignement pour adultes à temps partiel

99 Inconnu

Le niveau d'enseignement suivi par le patient est inconnu.

**Remarques et points d'attention**

Les formations complémentaires, p. ex. les formations VDAB, les cours de formation spécifiques, ... ne sont pas enregistrés ici.



## MA08 SITUATION PROFESSIONNELLE

(Cf. TDI)

### Définition

La situation professionnelle avant le début de la période de soins correspond à la situation dans laquelle se trouvait principalement le patient au cours des 30 derniers jours précédant le début actuel de la période de soins.

### Possibilités de choix

*(un seul choix possible)*

- 1 Emploi régulier
- 2 Emploi occasionnel
- 3 Au chômage
- 4 Écolier / Étudiant / En formation
- 5 En incapacité de travail
- 6 Homme / femme au foyer
- 7 Pensionné / prépensionné
- 88 Autre
- 99 Inconnu

### Remarques

#### Emploi

Emploi régulier = travail à temps plein ou travail à temps partiel qui occupe moins de 30,4 heures par semaine mais qui s'étale sur une durée prolongée ou qui est fixe. Emploi irrégulier/occasionnel = quand le client travaille, mais pas selon un horaire fixe (p. ex. le travail intérimaire occasionnel). Dans ce cas-ci, il peut s'agir aussi de travail au noir.

(Nombre de) journées de **travail** :

Il s'agit du travail, peu importe que le client soit payé ou non (en d'autres termes, le bénévolat est pris en compte). Tenir un ménage (homme ou femme au foyer) n'est pas enregistré comme un emploi (cf. catégorie particulière « homme/ femme au foyer »). Les fonctions et/ou les responsabilités dans le cadre d'une peine de prison ou d'un séjour en prison, ou dans le cadre d'un traitement hospitalier ou d'un traitement au sein d'une communauté thérapeutique ne sont pas non plus enregistrés, même s'ils sont payés (cf. catégorie « Autre »).

Le trafic, la prostitution, le vol, ... ne sont pas pris en compte (cf. catégorie « Autre »). Le travail au noir est pris en compte.

Les journées de maladie et les congés annuels payés doivent être considérés comme un emploi régulier s'ils s'inscrivent dans le cadre d'un emploi. Les journées d'invalidité, par contre, ne sont pas considérées comme du travail : elles sont enregistrées dans la catégorie « En incapacité de travail ».

## MD09 SOURCE PRINCIPALE DE REVENUS

Cf. TDI

### Définition

La source principale de revenus correspond à la source qui était principalement à l'origine des moyens financiers du patient au cours des 30 jours précédant le début actuel de la période de soins.

Lorsqu'un patient peut prétendre à plusieurs sources de revenus, il est de règle générale d'enregistrer le code correspondant à la source de revenus la plus importante.

### Possibilités de choix

(un seul choix possible)

- 1 Salaire / Revenus du travail
- 2 Allocations de chômage
- 3 Pension de retraite ou de survie
- 4 Indemnité pour maladie ou invalidité
- 5 Revenu minimum ou support du CPAS
- 6 Allocations familiales (liées aux enfants)
- 7 Bourse d'études
- 9 Aucun revenu propre
- 88 Autre
- 99 Inconnu

## MA10 – DIAGNOSTIC DSM-V AU DÉBUT DE LA PÉRIODE DE SOINS

### Définition

Ce bloc d'informations, allant de MA10.01 à MA10.07, se rapporte au diagnostic du patient conformément à la codification du DSM-V (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th edition).

Les maladies somatiques sont reprises dans les items MA14.11 à MA14.20 conformément à la codification ICD-10.

### Possibilités de choix pour les items :

- MA10.01 Premier diagnostic selon DSM-V
  - MA10.02 Deuxième diagnostic selon DSM-V
  - MA10.03 Troisième diagnostic selon DSM-V
  - MA10.04 Quatrième diagnostic selon DSM-V
  - MA10.05 Cinquième diagnostic selon DSM-V
  - MA10.06 Sixième diagnostic selon DSM-V
  - MA10.07 Septième diagnostic selon DSM-V
- Code DSM-V autorisé

### MALADIES SOMATIQUES

### Possibilités de choix pour les items :

- MA10.11 Diagnostic somatique selon ICD-10
- MA10.12 Diagnostic somatique selon ICD-10
- MA10.13 Diagnostic somatique selon ICD-10
- MA10.14 Diagnostic somatique selon ICD-10
- MA10.15 Diagnostic somatique selon ICD-10
- MA10.16 Diagnostic somatique selon ICD-10
- MA10.17 Diagnostic somatique selon ICD-10
- MA10.18 Diagnostic somatique selon ICD-10
- MA10.19 Diagnostic somatique selon ICD-10
- MA10.20 Diagnostic somatique selon ICD-10

Codification ICD-10 valide

Remarque : lors de la saisie des diagnostics, il faut également tenir compte des conditions supplémentaires figurant dans les codes Z de l'ICD-10.

### Remarque

Dans le cadre de l'exportation liée à l'objectif « Données épidémiologiques », on exporte tous les diagnostics au niveau du détail. Dans le cadre des autres exportations, les codes de diagnostics sont d'abord transposés en catégories principales avant d'être exportés.

- 10 Troubles du développement neurologique
- 11 Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
- 12 Troubles bipolaires et associés
- 13 Troubles dépressifs
- 14 Troubles de l'anxiété
- 15 Troubles obsessionnels-compulsifs
- 16 Troubles liés aux traumatismes et au stress
- 17 Troubles dissociatifs
- 18 Symptômes somatiques et troubles associés
- 19 Troubles de l'alimentation
- 20 Troubles de l'excrétion
- 21 Troubles de l'éveil et du sommeil
- 22 Dysfonctions sexuelles
- 23 Problèmes de genre
- 24 Troubles disruptifs, troubles du contrôle des impulsions et troubles du comportement
- 25 Troubles liés à des substances et troubles de dépendance
- 26 Troubles neurocognitifs
- 27 Troubles de la personnalité
- 28 Troubles paraphiliques
- 29 Autres troubles mentaux
- 30 Troubles de la mobilité induits par des médicaments et autres effets secondaires de médicaments
- 40 Autres conditions faisant l'objet d'un traitement clinique
- (50-80 : à ajouter : classes principales de l'ICD-10 pour les diagnostics somatiques)
- 99 Aucun diagnostic

## MA15 ESTIMATION DES BESOINS EN SOINS au début de la période de soins

L'échelle CANSAS (*Camberwell Assessment of Needs*), validée au niveau international, doit être **obligatoirement enregistrée pour tous les patients se trouvant en soins/accompagnement dans les structures suivantes :**

- équipe mobile 2b et 3 ;
- équipe de soins psychiatriques à domicile ;
- activation en maison protégée ou dans le cadre d'une collaboration entre plusieurs acteurs SSM ;
- initiative d'habitation protégée ;
- maison de soins psychiatriques ;
- centre de revalidation SSM (revalidation psychosociale de patients psychiatriques adultes (7.72), toxicomanes (7.73), revalidation psychosociale pour enfants et adolescents atteints d'affections psychiques graves (7.74), revalidation pour les troubles précoces des interactions parents-enfants (7.745)) ;

à condition que le patient :

- ait été pris en charge pendant au moins 7 jours dans une structure résidentielle ;
- ait suivi au moins 3 sessions dans une structure ambulatoire.

L'enregistrement de l'échelle CANSAS est facultatif dans les autres structures SSM.

L'enregistrement de CANSAS est tout autant facultatif lorsque le patient a été pris en charge pour une durée plus courte que la durée mentionnée plus haut.

### MA15.00 DATE DE LA PRISE DE MESURE AVEC CANSAS

#### **Définition**

Il s'agit de la date à laquelle la mesure de l'échelle CANSAS a été prise.

Dans l'idéal, la prise de mesure a lieu au cours de la première semaine de prise en charge en structure résidentielle ou au cours des deux premières sessions en structure ambulatoire.

#### **Possibilités de choix**

jj/mm/aaaa

MA15.01 CANSAS item 1 : Logement

MA15.02 CANSAS item 2 : Alimentation

MA15.03 CANSAS item 3 : Ménage

MA15.04 CANSAS item 4 : Prendre soin de soi

MA15.05 CANSAS item 5 : Occupations quotidiennes

MA15.06 CANSAS item 6 : Santé physique

MA15.07 CANSAS item 7 : Symptômes psychotiques

MA15.08 CANSAS item 8 : Informations à propos de l'état et du traitement

MA15.09 CANSAS item 9 : Détresse psychologique

MA15.10 CANSAS item 10 : Sécurité personnelle

MA15.11 CANSAS item 11 : Sécurité d'autrui

MA15.12 CANSAS item 12 : Alcool

MA15.13 CANSAS item 13 : Drogues

MA15.14 CANSAS item 14 : Fréquentations

MA15.15 CANSAS item 15 : Relations intimes

- MA15.16 CANSAS item 16 : Pratique de la sexualité
- MA15.17 CANSAS item 17 : Soins dispensés aux enfants
- MA15.18 CANSAS item 18 : Enseignement fondamental/éducation
- MA15.19 CANSAS item 19 : Téléphone
- MA15.20 CANSAS item 20 : Transport
- MA15.21 CANSAS item 21 : Argent
- MA15.22 CANSAS item 22 : Indemnités

Il est possible d'enregistrer trois choix à chaque item. Le premier choix est obligatoire.

Il est fortement recommandé d'enregistrer les deuxième et troisième choix.

Choix 1 (obligatoire)

**Y a-t-il un problème/besoin d'aide ?**

**NB : on met l'accent sur le fait que l'on a un problème pour lequel on a besoin d'aide !**

**Possibilités de choix :**

- 0      Aucun problème / aucun besoin en soins (*no need*)
- 1      Aucun problème / problème limité du fait d'une intervention en cours (*met need*)
- 2      Problème grave (également malgré une intervention) (*unmet need*)

**Algorithme :**

- il est question d'un problème grave --> 2

(malgré que le patient reçoive de l'aide / le patient ne reçoit aucune aide)

ou

- il n'y a pas de problème grave

---> parce que le patient reçoit de l'aide ----> 1

---> et le patient ne reçoit aucune aide ----> 0

Choix 2 (fortement recommandé)

À QUEL POINT LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE SES AMIS OU DE SA FAMILLE EN CE QUI CONCERNE ...

- 0    - Ne reçoit aucune aide
- 1    - Reçoit peu d'aide
- 2    - Reçoit une aide modérée
- 3    - Reçoit beaucoup d'aide
- 9    - Inconnu

Choix 3 (fortement recommandé)

À QUEL POINT LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN D'AIDE DE LA PART DE L'INSTITUTION DE SOINS EN CE QUI CONCERNE ...

- 0      - N'a pas besoin d'aide
- 1      - A besoin d'un peu d'aide
- 2      - A besoin d'une aide modérée
- 3      - A besoin de beaucoup d'aide
- 9      - Inconnu

Vous trouverez le manuel complet de l'échelle CANSAS en annexe 2.

## **MA16 HONOS - Estimation de la gravité des symptômes au début de la période de soins**

L'échelle HONOS (*Health of the Nations Outcome Scale*), validée au niveau international, doit être **obligatoirement enregistrée pour tous les patients se trouvant en soins/accompagnement dans les structures suivantes :**

- équipe mobile 2a ;
- centre de santé mentale ;
- section psychiatrique d'un hôpital général ;
- hôpital psychiatrique ;

à condition que le patient :

- ait été pris en charge pendant au moins 3 jours dans une structure résidentielle (HG et HP) ;
- ait suivi au moins 3 sessions dans une structure ambulatoire (CSM et 2a).

L'enregistrement de l'échelle HONOS est facultatif dans les autres structures SSM.

L'enregistrement HONOS est tout autant facultatif lorsque le patient a été pris en charge pour une durée plus courte que la durée mentionnée plus haut.

### **MA16.00 DATE DE LA PRISE DE MESURE AVEC HONOS**

#### **Définition**

Il s'agit de la date à laquelle la mesure de l'échelle HONOS a été prise.

Dans l'idéal, la prise de mesure a lieu au cours des trois premiers jours de prise en charge en structure résidentielle ou au cours des deux premières sessions en structure ambulatoire.

#### **Possibilités de choix**

jj/mm/aaaa

MA16.01 Version du HONOS :

1 = HONOSCA (enfants et adolescents)

2 = HONOS (adultes)

3 = HONOS 65+ (personnes âgées)

MA17.01 HONOS item 1

MA17.02 HONOS item 2

MA17.03 HONOS item 3

MA17.04 HONOS item 4

MA17.05 HONOS item 5

MA17.06 HONOS item 6

MA17.07 HONOS item 7

MA17.08 HONOS item 8

MA17.09 HONOS item 9

MA17.10 HONOS item 10

MA17.11 HONOS item 11

MA17.12 HONOS item 12

(seulement dans le cas du HONOSCA)

MA17.13 HONOS item 13

MA17.14 HONOS item 14  
MA17.15 HONOS item 15

Possibilités de choix :

- 0      Aucun problème
- 1      Problème secondaire - ne nécessite aucune action
- 2      Problème léger mais clairement présent
- 3      Problème modéré à grave
- 4      Problème grave à très grave
- 9      Inconnu

Vous trouverez le manuel complet de l'échelle HONOS en annexe 3.

## **LISTES D'ATTENTE**

Les données reprises ci-dessous sont à compléter uniquement pour les patients ayant déjà eu un premier contact face-to-face avec un collaborateur de la structure SSM, à la suite duquel il est décidé ou non de soigner le patient.

Les données reprises ci-dessous NE doivent par conséquent PAS être enregistrées pour les patients :

- qui se présentent simplement ou qui sont renvoyés par un tiers (réfèrent) SANS qu'un premier rendez-vous ait été pris, p. ex. parce qu'il s'avérait déjà au téléphone qu'il s'agissait plutôt d'un simple questionnement ou parce qu'il s'avérait déjà qu'il était préférable que la personne se présente (d'abord) ailleurs.
- qui se présentent simplement ou qui sont renvoyés par un tiers (réfèrent) avec prise d'un premier rendez-vous, lequel n'a jamais eu lieu, p. ex. parce que le patient ne s'est pas présenté à ce premier rendez-vous.

### **MW01 DATE DE L'INSCRIPTION**

#### Définition

On parle d'inscription lorsqu'un rendez-vous est pris pour le patient au sein de la structure de soins. On parle de « premier contact » lorsqu'il s'agit d'un nouveau patient ou de « reprise de contact » lorsque le patient a déjà été soigné par le passé au sein de cette structure et que la période de soins en question est terminée.

L'inscription peut se faire aussi bien par le patient que par un référent.

#### Possibilités de choix

La date de l'inscription est complétée en format jj/mm/aaaa.

#### Remarque

- Il s'agit de la date à laquelle le premier rendez-vous est pris, et NON de la date du premier rendez-vous (= item MA05)
- Sachant que le bloc « Listes d'attente » ne doit être enregistré que pour les patients ayant déjà eu un premier rendez-vous face-to-face, il est possible de devoir demander rétroactivement les informations.

### **MW02 DATE DU PREMIER RENDEZ-VOUS (face-to-face)**

#### Définition

Il s'agit de la date du premier rendez-vous, au cours duquel la problématique du patient est en grande partie explorée, avant qu'il soit décidé de soigner ou non le patient concerné au sein de la structure SSM.

#### Possibilités de choix

Il s'agit de la date du premier rendez-vous au cours duquel un entretien a effectivement eu lieu, et NON de la date à laquelle on a fixé le premier rendez-vous (= item MW01).

Remarque :



Il s'agit du premier rendez-vous/entretien effectif avec un collaborateur de la structure SSM.

Dans le cas des SPHG, il s'agit du rendez-vous avec la perspective d'une admission au sein de la SPHG (entretien d'admission).

Dans le cadre de cet enregistrement commun, il ne faut par conséquent pas enregistrer les délais d'attente au sein des services d'urgence de l'hôpital général ou au sein de la polyclinique de l'hôpital lorsque le patient n'est pas admis en SPHG.

En d'autres termes, l'objectif n'est aucunement d'enregistrer chaque consultation de liaison psychiatrique comme une inscription en SPHG.

Il en va de même pour chaque consultation psychiatrique polyclinique en hôpital général ou psychiatrique. Ces consultations sont comparables aux consultations au sein du cabinet privé du psychiatre, lequel ne relève pas du tout du champ d'application de cet enregistrement commun.

En fonction de la décision de la structure SSM de prendre ou non le patient en charge, il faut soit compléter l'item MW03 « raison de la non prise en charge », soit l'item MW04 « date du début de la période de soins ».

### **MW03 RAISON DE LA NON PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU SEIN DE LA STRUCTURE**

(À remplir uniquement lorsque le patient n'est pas pris en charge au sein de la structure).

#### Possibilités de choix

- 1 Le service est complet  
Le patient répond aux critères d'inclusion mais ne peut pas être pris en charge au sein du service car les listes d'attente sont (trop) longues.
- 2 Ne fait pas partie des missions du centre  
Le patient s'est présenté avec une problématique : la demande de soins ne correspond pas aux missions de la structure SSM.
- 3 La structure SSM ne dispose pas de cette spécialisation en interne  
Le patient s'est présenté avec une problématique : la structure SSM ne dispose pas ou ne dispose pas suffisamment de cette spécialisation en interne pour pouvoir répondre à la demande de soins.
- 4 Une consultation/information a suffi  
Lors du premier contact face-to-face entre le prestataire de soins et le patient, il s'est avéré que ce premier entretien (information, consultation) était suffisant pour le patient et que la demande de soins SSM n'était plus d'actualité.
- 5 Ne relève pas du champ d'application  
Le patient ne peut pas être pris en charge par la structure SSM car le patient ne relève pas de son champ d'application.
- 6 N'a pas repris contact  
Après le premier contact face-to-face, le patient ne s'est plus présenté aux autres rendez-vous.
- 8 Autre raison

#### **MW04 DATE DU DÉBUT DE LA PÉRIODE DE SOINS**

À remplir uniquement lorsque le patient, après un premier contact face-to-face, est effectivement pris en charge au sein de la structure SSM.

##### **Définition**

Il s'agit de la date de début de la période de soins.

La période de soins commence lorsqu'il a été décidé, après une phase diagnostique, de dispenser des soins au patient.

La période de soins commence lorsque le patient est effectivement pris en charge.

##### **Possibilités de choix**

La date du début de la période de soins est complétée en format jj/mm/aaaa.

#### **MW05 Diagnostic provisoire**

##### **Définition**

Il s'agit du diagnostic provisoire du patient conformément à la codification DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*).

Les affections somatiques sont enregistrées conformément à la codification ICD-10.

##### **Possibilités de choix pour les items :**

MW05.01 Premier diagnostic selon DSM-V

MW05.02 Deuxième diagnostic selon DSM-V

##### **Remarque**

Lors de l'exportation, les codes de diagnostics sont d'abord transposés en catégories principales avant d'être exportés.

- 10 Troubles du développement neurologique
- 11 Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
- 12 Troubles bipolaires et associés
- 13 Troubles dépressifs
- 14 Troubles de l'angoisse
- 15 Troubles obsessionnels-compulsifs
- 16 Troubles liés aux traumatismes et au stress
- 17 Troubles dissociatifs
- 18 Symptômes somatiques et troubles associés
- 19 Troubles de l'alimentation
- 20 Troubles de l'excrétion
- 21 Troubles de l'éveil et du sommeil
- 22 Dysfonctions sexuelles
- 23 Problèmes de genre
- 24 Troubles disruptifs, troubles du contrôle des impulsions et troubles du comportement
- 25 Troubles liés à des substances et troubles de dépendance
- 26 Troubles neurocognitifs
- 27 Troubles de la personnalité
- 28 Troubles paraphiliques
- 29 Autres troubles mentaux

- 30 Troubles de la mobilité induits par des médicaments et autres effets secondaires de médicaments
- 40 Autres conditions faisant l'objet d'un traitement clinique
- (50-80 : à ajouter : classes principales de l'ICD-10 pour les diagnostics somatiques)
- 99 Aucun diagnostic

## MW06 ANNÉE DE NAISSANCE

### Définition

Il s'agit de l'année de naissance mentionnée sur la carte d'identité (ou tout autre document similaire) du patient.

### Possibilités de choix

L'année de naissance est complétée en format aaaa.

## MW07 SEXE

(Cf. enregistrement RCM)

### Définition

Le sexe est complété en fonction des données figurant sur la carte d'identité (ou tout autre document d'identification) du patient.

Le sexe du patient est enregistré au début de la période de soins.

### Possibilités de choix

- 0 Indéterminable  
(Ce code peut uniquement être employé lorsqu'à la naissance, il y a incertitude sur le sexe du nouveau-né).
- 1 Masculin
- 2 Féminin
- 3 Modifié  
La valeur « modifié » (code #3#) a été introduite afin de tenir compte des problèmes de maladies liées au sexe chez les patients qui ont changé de sexe sans que leur numéro de registre national n'ait déjà été modifié.

#### 4.2.4. Données sur la fin des soins

##### MD01. NUMÉRO ID DE LA STRUCTURE SSM (idem SI01)

###### Définition

Il s'agit du numéro unique de la structure SSM tel qu'il lui a été communément attribué par les autorités. Ou par une autre instance - à convenir au niveau interministériel

###### Remarques et points d'attention

On inscrit le numéro ID de l'hôpital général lorsqu'il s'agit du numéro ID d'une unité de soins en service A d'un hôpital général (SPHG). Une exception est faite lorsque cette SPHG s'est vue attribuer un numéro ID distinct.

##### MD02 NUMÉRO DE REGISTRE NATIONAL DU PATIENT (= idem IP01)

###### Définition

Il s'agit de l'identification unique du patient via son numéro de registre national.

Schématiquement parlant, cela donne :

- Pour les patients belges : numéro de registre national
- Pour les patients non belges qui se trouvent temporairement en Belgique : numéro de registre national bis
- Pour les étrangers : numéro ID étranger
- Pour les sans papiers : sur base de l'année de naissance

PI1. Type d'identification du patient <i>(un seul choix possible)</i>	PI2. Identification du patient
<input type="radio"/> <sub>1</sub> n° de registre national ➤	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> <sub>2</sub> n° de registre national bis ➤	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> <sub>3</sub> n° de passeport ➤	_____
<input type="radio"/> <sub>4</sub> Date de naissance ➤	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Cf. Enregistrement TDI

##### MD03 DATE DU DÉBUT DE LA PÉRIODE DE SOINS

###### Définition

Il s'agit de la date de début de la période de soins.

###### Possibilités de choix

La date du début de la période de soins est complétée en format jj/mm/aaaa.

## **MD04 DATE DE FIN DE LA PÉRIODE DE SOINS**

### **Définition**

Il s'agit de la date de fin de la période de soins.

Cette date correspond à la date du dernier jour de l'admission en structure résidentielle ou de la dernière session en structure ambulatoire.

Lorsqu'un patient ne se présente plus pour recevoir ses soins, la période de soins prend officiellement fin après une absence de 30 jours en structure résidentielle ou de 183 jours (= 6 mois) en structure ambulatoire. La date du dernier jour de l'admission ou de la session est alors remplie rétroactivement.

### **Possibilités de choix**

La date de fin de la période de soins est complétée en format jj/mm/aaaa.

## **MD05 MODE DE SORTIE DE LA PÉRIODE DE SOINS**

### **Définition**

Le mode de sortie de la période de soins permet notamment de vérifier si la période de soins s'est clôturée ou non en concertation avec le patient et l'équipe de soins.

### **Possibilités de choix**

#### 10 De commun accord

L'équipe de soins et le patient sont d'accord sur la décision de sortie, sans qu'il y ait des mesures légales.

Si on ne parvient pas à négocier clairement avec le patient à cause de son état clinique, on peut considérer que la sortie est de commun accord s'il n'y a pas de refus clair et net.

#### 11 Avec mesure légale

La sortie est régie par des mesures légales. L'item AP09 (statut/mesure juridique) permet de préciser cette mesure.

### **SORTIE EXIGÉE**

L'équipe de soins et le patient ne parviennent pas à se mettre d'accord sur la décision de sortie, sans que des mesures légales ne soient toutefois en cause.

#### 16 Exigée par l'intéressé ou par une autre personne sans l'accord de l'équipe

L'équipe de soins n'est pas d'accord avec la décision de sortie prise par le patient. Ce code peut également être utilisé quand le système de patients exige la sortie.

#### 17 Exigée par l'équipe sans l'accord de la personne concernée

Le patient n'est pas d'accord avec la décision de sortie prise par l'équipe de soins ou le patient est incapable de donner son accord (p. ex. un patient dans le coma).

### **SORTIE NON NÉGOCIÉE**

La sortie n'a pas été négociée entre l'équipe de soins et le patient. La sortie a été décidée unilatéralement par le patient. Elle n'a pas pu être programmée.

#### 21 Fugue

Le patient a quitté l'institution sans concertation avec l'équipe de soins ; il n'y a aucune obligation légale de reprendre obligatoirement le patient en charge au sein de l'institution.

#### 22 N'est pas revenu ou ne s'est plus présenté

Le patient n'est pas revenu après avoir quitté la structure SSM avec l'approbation de l'équipe de soins ; ou bien le patient ne s'est plus présenté au rendez-vous suivant et il n'y a aucune obligation légale de reprendre le patient en charge au sein de l'institution.

### 23 Évasion

Le patient s'est échappé de la structure SSM sans concertation et sans l'approbation de l'équipe de soins. Il existe une obligation légale de garder le patient au sein de l'institution. Cette absence sera considérée dans de nombreux cas comme une sortie intermédiaire, à moins que le patient ne revienne pas p. ex. dans les 30 jours.

On enregistrera également ce code p. ex. lorsque la structure est tenue de prévenir la police quand un patient, admis sous dispositions légales, ne revient pas de son congé.

### DÉCÈS

La période de soins prend fin en raison du décès du patient. Le décès peut avoir lieu au sein ou en dehors de l'institution, le jour de la fin de la période de soins ou par après. (Cela signifie que, dans le cas où le patient décède pendant la sortie intermédiaire, celle-ci sera convertie en fin de période de soins et on enregistrera le code « DÉCÈS »).

(Cf. modèle IIIC, volet C, certificat de décès)

### **Décès pendant le séjour en structure SSM résidentielle**

#### 30 Mort naturelle

Le décès du patient est dû à une cause naturelle.

#### 31 Accident de la route

Le décès du patient est dû à un accident de la route.

#### 32 Autre accident

Le décès du patient est dû à un accident, autre qu'un accident de la route.

#### 33 Suicide

L'origine du décès est un suicide ; le patient avait l'intention de se blesser ou de se donner la mort par les actes qu'il a effectués, et/ou les situations qu'il a recherchées, qui ont précédé à son décès.

#### 34 Homicide

L'origine du décès se trouve dans un homicide, c'est-à-dire des actes hétéro-agressifs de la part d'un tiers.

#### 35 On recherche toujours la cause du décès

#### 36 La cause du décès n'a pas pu être déterminée

### **Décès pendant une absence temporaire d'une structure SSM résidentielle ou pendant une période de soins en structure ambulatoire**

#### 40 Mort naturelle

Le décès du patient est dû à une cause naturelle.

#### 41 Accident de la route

Le décès du patient est dû à un accident de la route.

#### 42 Autre accident

Le décès du patient est dû à un accident, autre qu'un accident de la route.

#### 43 Suicide

L'origine du décès est un suicide ; le patient avait l'intention de se blesser ou de se donner la mort par les actes qu'il a effectués, et/ou les situations qu'il a recherchées, qui ont précédé à son décès.

44 Homicide

L'origine du décès se trouve dans un homicide, c'est-à-dire des actes hétéro-agressifs de la part d'un tiers.

45 On recherche toujours la cause du décès

46 La cause du décès ne peut pas être déterminée

99 Mode de sortie : inconnu

## **MD06 INTERVENTION D'UN MÉDIATEUR - CULTURE**

### **Définition**

Il est fait référence ici à l'intervention d'un médiateur interculturel pendant la période de soins. L'intervention prise en compte dans cet item se rapporte aux aspects culturels.

### **Procédure**

On y enregistre s'il y a eu au moins une intervention au cours de la période de soins écoulée.

### **Possibilités de choix**

1. Aucun aspect culturel n'a posé problème
2. Certains aspects culturels ont posé problème, et on a essayé de les résoudre par le biais de l'intervention d'un membre du personnel ou d'un membre de la famille du patient
3. L'intervention d'un médiateur interculturel était souhaitée mais n'a pas eu lieu (en raison de la non-disponibilité d'un médiateur ou pour d'autres raisons)
4. Un médiateur interculturel est intervenu

## **MD07 INTERVENTION D'UN MÉDIATEUR - LANGUE**

### **Définition**

Il est fait référence ici à l'intervention d'un médiateur interculturel, d'un traducteur ou d'un interprète pendant la période de soins. L'intervention prise en compte dans cet item se rapporte aux aspects linguistiques.

### **Procédure**

On y enregistre s'il y a eu au moins une intervention au cours de la période de soins écoulée.

### **Possibilités de choix**

1. Aucun aspect linguistique n'a posé problème
2. Certains aspects linguistiques ont posé problème, et on a essayé de les résoudre par le biais de l'intervention d'un membre du personnel ou d'un membre de la famille du patient

3. L'intervention d'un médiateur interculturel, d'un traducteur ou d'un interprète était souhaitée pour des raisons linguistiques mais n'a pas eu lieu (en raison de la non-disponibilité ou pour d'autres raisons)
4. Un médiateur interculturel, un traducteur ou un interprète est intervenu pour des raisons linguistiques

## **MD08 DESTINATION**

### **Définition**

La destination rend compte du cadre de vie dans lequel le patient se retrouve à la fin de sa période de soins. Cet item renvoie au lieu de vie en commun.

= idem que l'item MA05

### **Possibilités de choix**

Étudiants en kot = domicile

- 10 Dans un domicile fixe
- 20 Dans des logements variables/dans la rue
- 30 Dans un autre type d'endroit

## **HABITATION COLLECTIVE**

### 61 Structure d'aide à la jeunesse

P. ex. établissement d'assistance spéciale à la jeunesse (maison de guidance, foyer familial, centre d'accueil, d'orientation ou d'observation).

### 62 Structure de soins aux personnes handicapées

P. ex. home occupationnel, home de nursing, institut médico-pédagogique (IMP)

### 63 Structure d'accueil de personnes âgées

Maison de repos / maison de repos et de soins, centre de court séjour, séniorie, ...

### 64 Prison / établissement dépendant de la justice

### 65 Centre d'accueil

P. ex. sans-abri, centre d'accueil de femmes.

## **MILIEU THÉRAPEUTIQUE**

### 71 Communauté thérapeutique (aide aux toxicomanes)

### 72 Habitation protégée

### 73 Hôpital psychiatrique

### 74 SPHG

### 75 Maison de soins psychiatriques



- 76 Placement en milieu familial  
Uniquement à Lierneux et Geel.
- 77 Accueil psychiatrique alternatif  
P. ex. Centre de revalidation psychosociale (INAMI), structures de soins aux toxicomanes (subventionnées par la Communauté), ...
- 78 Hôpital général
- 79 Autre milieu thérapeutique
- AUTRE
- 91 Autre milieu non spécifié
- 92 Sans domicile fixe

### **Remarques et points d'attention**

Pour les patients en traitement de jour, on considère le domicile du patient comme étant son milieu de vie actuel. Pour les patients en traitement de nuit, on considère l'hôpital psychiatrique comme étant son milieu de vie actuel.

### **MD09 NOMBRE DE JOURS DE CONTACT DURANT LA PÉRIODE DE SOINS**

#### **Définition**

Il s'agit du nombre de jours où il y a eu un contact face-to-face de minimum 15 minutes entre un prestataire de soins de la structure SSM et le patient.

#### **Possibilités de choix**

Nombre entre 1 et 99999

### **MD10 DIAGNOSTIC DSM-V À LA FIN DE LA PÉRIODE DE SOINS**

#### **Définition**

Ce bloc d'informations, allant de MD10.01 à MD10.07, se rapporte au diagnostic du patient conformément à la codification du DSM-V (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition*).

Les maladies somatiques sont reprises dans les items MD10.11 à MD10.20 conformément à la codification ICD-10.

#### **Possibilités de choix pour les items :**

- |         |                                  |
|---------|----------------------------------|
| MD10.01 | Premier diagnostic selon DSM-V   |
| MD10.02 | Deuxième diagnostic selon DSM-V  |
| MD10.03 | Troisième diagnostic selon DSM-V |
| MD10.04 | Quatrième diagnostic selon DSM-V |
| MD10.05 | Cinquième diagnostic selon DSM-V |
| MD10.06 | Sixième diagnostic selon DSM-V   |
| MD10.07 | Septième diagnostic selon DSM-V  |
- Code DSM-V autorisé

#### **MALADIES SOMATIQUES**

#### **Possibilités de choix pour les items :**

MD10.11	Diagnostic somatique selon ICD-10
MD10.12	Diagnostic somatique selon ICD-10
MD10.13	Diagnostic somatique selon ICD-10
MD10.14	Diagnostic somatique selon ICD-10
MD10.15	Diagnostic somatique selon ICD-10
MD10.16	Diagnostic somatique selon ICD-10
MD10.17	Diagnostic somatique selon ICD-10
MD10.18	Diagnostic somatique selon ICD-10
MD10.19	Diagnostic somatique selon ICD-10
MD10.20	Diagnostic somatique selon ICD-10

Codification ICD-10 valide

Remarque :

Lors de la saisie des diagnostics, il faut également tenir compte des conditions supplémentaires figurant dans les codes Z de l'ICD-10.

### Remarque

Dans le cadre de l'exportation destinée aux différents fichiers de données en fonction des objectifs, les codes de diagnostics sont d'abord transposés en catégories principales avant d'être exportés.

- 10 Troubles du développement neurologique
- 11 Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
- 12 Troubles bipolaires et associés
- 13 Troubles dépressifs
- 14 Troubles de l'anxiété
- 15 Troubles obsessionnels-compulsifs
- 16 Troubles liés aux traumatismes et au stress
- 17 Troubles dissociatifs
- 18 Symptômes somatiques et troubles associés
- 19 Troubles de l'alimentation
- 20 Troubles de l'excrétion
- 21 Troubles de l'éveil et du sommeil
- 22 Dysfonctions sexuelles
- 23 Problèmes de genre
- 24 Troubles disruptifs, troubles du contrôle des impulsions et troubles du comportement
- 25 Troubles liés à des substances et troubles de dépendance
- 26 Troubles neurocognitifs
- 27 Troubles de la personnalité
- 28 Troubles paraphiliques
- 29 Autres troubles mentaux
- 30 Troubles de la mobilité induits par des médicaments et autres effets secondaires de médicaments
- 40 Autres conditions faisant l'objet d'un traitement clinique
- (50-80 : à ajouter : classes principales de l'ICD-10 pour les diagnostics somatiques)
- 99 Aucun diagnostic

## **MD11 ESTIMATION DES BESOINS EN SOINS à la fin de la période de soins**

L'échelle CANSAS (*Camberwell Assessment of Needs*), validée au niveau international, doit être **obligatoirement enregistrée pour tous les patients se trouvant en soins/accompagnement dans les structures suivantes** :

- équipe mobile 2b et 3 ;
- équipe de soins psychiatriques à domicile ;
- activation en maison protégée ou dans le cadre d'une collaboration entre plusieurs acteurs SSM ;
- initiative d'habitation protégée ;
- maison de soins psychiatriques ;
- centre de revalidation SSM (revalidation psychosociale de patients psychiatriques adultes (7.72), toxicomanes (7.73), revalidation psychosociale pour enfants et adolescents atteints d'affections psychiques graves (7.74), revalidation pour les troubles précoces des interactions parents-enfants (7.745)) ;

à condition que le patient :

- ait été pris en charge pendant au moins 14 jours dans une structure résidentielle ;
- ait suivi au moins 7 sessions dans une structure ambulatoire.

L'enregistrement de l'échelle CANSAS est facultatif dans les autres structures SSM.

L'enregistrement de CANSAS est tout autant facultatif lorsque le patient a été pris en charge pour une durée plus courte que la durée mentionnée plus haut.

MD11.00 date de la prise de mesure avec CANSAS

### **Définition**

Il s'agit de la date à laquelle la mesure de l'échelle CANSAS a été prise.

### **Possibilités de choix**

jj/mm/aaaa

MD11.01 CANSAS item 1 : Logement

MD11.02 CANSAS item 2 : Alimentation

MD11.03 CANSAS item 3 : Ménage

MD11.04 CANSAS item 4 : Prendre soin de soi

MD11.05 CANSAS item 5 : Occupations quotidiennes

MD11.06 CANSAS item 6 : Santé physique?

MD11.07 CANSAS item 7 : Symptômes psychotiques

MD11.08 CANSAS item 8 : Informations à propos de l'état et du traitement

MD11.09 CANSAS item 9 : Détresse psychologique

MD11.10 CANSAS item 10 : Sécurité personnelle

MD11.11 CANSAS item 11 : Sécurité d'autrui

MD11.12 CANSAS item 12 : Alcool

MD11.13 CANSAS item 13 : Drogues

MD11.14 CANSAS item 14 : Fréquentations

MD11.15 CANSAS item 15 : Relations intimes

MD11.16 CANSAS item 16 : Pratique de la sexualité

MD11.17 CANSAS item 17 : Soins dispensés aux enfants

MD11.18 CANSAS item 18 : Enseignement fondamental/éducation

MD11.19 CANSAS item 19 : Téléphone  
MD11.20 CANSAS item 20 : Transport  
MD11.21 CANSAS item 21 : Argent  
MD11.22 CANSAS item 22 : Indemnités

Il est possible d'enregistrer trois choix à chaque item. Le premier choix est obligatoire.  
Il est fortement recommandé d'enregistrer les deuxième et troisième choix.

Choix 1 (obligatoire)

**Y a-t-il un problème/besoin d'aide ?**

**NB : on met l'accent sur le fait que l'on a un problème pour lequel on a besoin d'aide !**

**Possibilités de choix :**

- 0      Aucun problème / aucun besoin en soins (*no need*)
- 1      Aucun problème / problème limité du fait d'une intervention en cours (*met need*)
- 2      Problème grave (également malgré une intervention) (*unmet need*)

**Algorithme :**

- Il est question d'un problème grave --> 2  
(malgré que le patient reçoive de l'aide / le patient ne reçoit aucune aide)
- ou
- Il n'y a pas de problème grave  
---> parce que le patient reçoit de l'aide ----> 1  
---> le patient ne reçoit aucune aide ----> 0

Choix 2 (fortement recommandé)

À QUEL POINT LA PERSONNE REÇOIT-ELLE DE L'AIDE DE SES AMIS OU DE SA FAMILLE EN CE QUI CONCERNE ...

- 4 - Ne reçoit aucune aide
- 5 - Reçoit peu d'aide
- 6 - Reçoit une aide modérée
- 7 - Reçoit beaucoup d'aide
- 9 - Inconnu

Choix 3 (fortement recommandé)

À QUEL POINT LA PERSONNE A-T-ELLE BESOIN D'AIDE DE LA PART DE L'INSTITUTION DE SOINS EN CE QUI CONCERNE ...

- 0 - N'a pas besoin d'aide
- 1 - A besoin d'un peu d'aide
- 2 - A besoin d'une aide modérée
- 3 - A besoin de beaucoup d'aide
- 9 - Inconnu

Vous trouverez le manuel complet de l'échelle CANSAS en annexe 2.

## **MD12 HONOS - Estimation de la gravité des symptômes au début de la période de soins**

L'échelle HONOS (*Health of the Nations Outcome Scale*), validée au niveau international, doit être **obligatoirement enregistrée pour tous les patients se trouvant en soins/accompagnement dans les structures suivantes :**

- équipe mobile 2A ;
- centre de santé mentale ;
- section psychiatrique d'un hôpital général ;
- hôpital psychiatrique ;

à condition que le patient :

- ait été pris en charge pendant au moins 14 jours dans une structure résidentielle (HG et HP) ;
- ait suivi au moins 7 sessions dans une structure ambulatoire (CSM et 2a).

L'enregistrement de l'échelle HONOS est facultatif dans les autres structures SSM.

L'enregistrement HONOS est tout autant facultatif lorsque le patient a été pris en charge pour une durée plus courte que la durée susmentionnée.

MD12.00 Date de la prise de mesure avec HONOS

### **Définition**

Il s'agit de la date à laquelle la mesure de l'échelle HONOS a été prise.

Dans l'idéal, la prise de mesure a lieu au cours des trois premiers jours de prise en charge en structure résidentielle ou au cours des deux premières sessions en structure ambulatoire.

### **Possibilités de choix**

jj/mm/aaaa

MD12.01 Version du HONOS :

1 = HONOSCA (enfants et adolescents)

2 = HONOS (adultes)

3 = HONOS65+ (personnes âgées)

MD13.01 HONOS item 1

MD13.02 HONOS item 2

MD13.03 HONOS item 3

MD13.04 HONOS item 4

MD13.05 HONOS item 5

MD13.06 HONOS item 6

MD13.07 HONOS item 7

MD13.08 HONOS item 8

MD13.09 HONOS item 9

MD13.10 HONOS item 10

MD13.11 HONOS item 11

MD13.12 HONOS item 12

(seulement dans le cas du HONOSCA)

MD13.13 HONOS item 13

MD13.14 HONOS item 14

MD13.15 HONOS item 15

Possibilités de choix :

- 5      Aucun problème
- 6      Problème secondaire - ne nécessite aucune action
- 7      Problème léger mais clairement présent
- 8      Problème modéré à grave
- 9      Problème grave à très grave
- 9      Inconnu

Vous trouverez le manuel complet de l'échelle HONOS en annexe 3.

### 4.3. Séries de données supplémentaires pour certains groupes cibles spécifiques

#### 4.3.1. Pour les personnes présentant un problème lié aux substances

Conformément à l'enregistrement européen du *Treatment Demand Indicator*.

Une série d'items de l'enregistrement TDI se retrouvent dans le set de données générales remplies pour tous les patients dans l'enregistrement commun :

- **Numéro ID de la structure SSM (idem SI01)**
- **Numéro de registre national du patient (= idem IP01)**
- **Date du début de la période de soins**
- **Lieu de vie en commun**
- **Forme de vie en commun**
- **Niveau d'instruction**
- **Situation professionnelle**
- **Source principale de revenus**

**TD1.** À quelle date avez-vous débuté cet épisode de traitement-ci ?  
(réponse obligatoire – DD.MM.JJJJ)

**TD2.** Avez-vous déjà suivi auparavant un traitement pour des problèmes liés à des substances psychoactives ?  
(un seul choix possible)

- 1 Oui
- 2 Non
- 99 Inconnu

**TD3.** Quelle est la personne ou l'institution qui vous a orienté pour suivre ce traitement-ci ?  
(un seul choix possible)

- 1 Moi-même
- 2 Quelqu'un de ma famille
- 3 Un ami
- 4 Un médecin généraliste
- 5 Un centre pour toxicomanes (ambulant ou résidentiel)
- 6 Un hôpital (général ou psychiatrique)
- 7 Un autre service médical ou psychosocial
- 8 La justice / la police/ le tribunal d'application des peines
- 88 Autre : (à spécifier)
- 99 Inconnu

**TD4.** Au cours de votre vie, avez-vous déjà reçu un traitement de substitution ?  
(un seul choix possible)

- 1 Oui (uniquement si TD2 = 1)
- 2 Non
- 99 Inconnu

**TD5.** Quels types de traitement de substitution avez-vous déjà reçus ?  
(plusieurs choix possibles – uniquement si TD4 = 1)

- 1 À la méthadone
- 2 À la buprénorphine
- 3 À d'autres opiacés
- 88 D'autres types de traitement de substitution : (à spécifier)
- 99 Inconnu

**TD6.** À quel âge avez-vous reçu votre premier traitement de substitution ?  
(si inconnu, ne rien indiquer – uniquement si TD4 = 1)  
Xx ans

### **DESCRIPTION DU PROFIL D'ADDICTION [AP]**

**AP1.** Actuellement, quelles sont les substances psychoactives qui vous causent des problèmes ?  
(plusieurs choix possibles, et si la substance précise n'est pas connue, la catégorie peut être choisie)

- 1 Opiacé (catégorie)
- 2 Héroïne
- 3 Méthadone
- 4 Buprénorphine
- 5 Fentanyl
- 6 Autre opiacé : (à spécifier)
- 7 Cocaïne (catégorie)
- 8 Cocaïne en poudre
- 9 Crack
- 10 Autre cocaïne : (à spécifier)
- 11 Stimulant autre que cocaïne (catégorie)
- 12 Amphétamine
- 13 Méthamphétamine
- 14 MDMA ou dérivés
- 15 Méphédron
- 16 Autre stimulant : \_\_\_\_\_ (à spécifier)
- 17 Hypnotique ou sédatif (catégorie)
- 18 Barbiturique
- 19 Benzodiazépine
- 20 GHB/GBL
- 21 Autre hypnotique : (à spécifier)
- 22 Hallucinogène (catégorie)
- 23 LSD
- 24 Kétamine
- 25 Autre hallucinogène : (à spécifier)
- 26 Inhalant volatil
- 27 Cannabis (catégorie)
- 28 Marijuana (herbe)
- 29 Haschisch (résine)
- 30 Autre cannabis : (à spécifier)
- 31 Alcool
- 88 Autre :

**AP2.** Parmi ces substances, quelle est la principale qui vous a amené à débiter ce traitement-ci ?  
(uniquement si plusieurs substances sont choisies en AP1)

- 1 Substance principale :
- 2 Polyconsommateur de drogues : impossible d'identifier une substance principale
- 99 Inconnu

**AP3.** De quelle manière consommez-vous d'habitude cette substance principale ?  
(un seul choix possible – uniquement si AP2 = 1)

- 1 Injection
- 2 Fumer / inhaler
- 3 Manger / Boire
- 4 Sniffer



- 88 Autre : (à spécifier)  
99 Inconnu

**AP4.** Au cours de ces 30 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous consommé d'habitude cette substance principale ?

*(un seul choix possible – uniquement si AP2 = 1)*

- 1 Je ne l'ai pas consommée le mois précédent  
2 1 jour par semaine ou moins  
3 2 à 3 jours par semaine  
4 4 à 6 jours par semaine  
5 Tous les jours  
99 Inconnu

**AP5.** À quel âge avez-vous consommé cette substance principale pour la première fois ?

*(si inconnu, ne rien indiquer – uniquement si AP2 = 1)*

Xx ans

**AP6.** Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une substance psychoactive par injection (quelle que soit la substance) ?

*(un seul choix possible)*

- 1 Oui  
2 Non  
99 Inconnu

**AP7.** À quel âge avez-vous consommé pour la première fois une substance psychoactive par injection ?

*(si inconnu, ne rien indiquer – uniquement si AP6=1)*

Xx ans

**AP8.** Quand avez-vous pour la dernière fois consommé une substance psychoactive par injection ?

*(un seul choix possible – uniquement AP6=1)*

- 1 Les 30 derniers jours  
2 L'année dernière  
3 Il y a plus d'un an  
99 Inconnu

**AP9.** Au cours de votre vie, avez-vous déjà partagé des aiguilles ou des seringues ?

*(un seul choix possible – uniquement AP6=1)*

- 1 Oui  
2 Non  
99 Inconnu

**AP10.** Quand avez-vous partagé une aiguille ou une seringue pour la dernière fois ?

*(un seul choix possible – uniquement si AP9 = 1)*

- 1 Les 30 derniers jours  
2 L'année dernière  
3 Il y a plus d'un an  
99 Inconnu

#### 4.3.2. Pour les personnes se trouvant sous mesure ou statut juridique

##### 4.3.2.1. Pour **toutes** les personnes se trouvant sous mesure ou statut juridique

### **JG01. NUMÉRO ID DE LA STRUCTURE SSM (idem SI01)**

#### **Définition**

Il s'agit du numéro unique de la structure SSM tel qu'il lui a été communément attribué par les autorités. Ou par une autre instance - à convenir au niveau interministériel

#### **Remarques et points d'attention**

On inscrit le numéro ID de l'hôpital général lorsqu'il s'agit du numéro ID d'une unité de soins en service A d'un hôpital général (SPHG). Une exception est faite lorsque cette SPHG s'est vue attribuer un numéro ID distinct.

### **JG02 NUMÉRO DE REGISTRE NATIONAL DU PATIENT (= idem IP01)**

#### **Définition**

Il s'agit de l'identification unique du patient via son numéro de registre national.

Schématiquement parlant, cela donne :

- Pour les patients belges : numéro de registre national
- Pour les patients non belges qui se trouvent temporairement en Belgique : numéro de registre national bis
- Pour les étrangers : numéro ID étranger
- Pour les sans papiers : sur base de l'année de naissance

PI1. Type d'identification du patient (un seul choix possible)		PI2. Identification du patient
<input type="radio"/> <sub>1</sub> n° de registre national	➤	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> <sub>2</sub> n° de registre national bis	➤	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> <sub>3</sub> n° de passeport	➤	_____
<input type="radio"/> <sub>4</sub> date de naissance	➤	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Cf. Enregistrement TDI

### **JG03 DATE DU DÉBUT DE LA PÉRIODE DE SOINS**

#### **Définition**

Il s'agit de la date de début de la période de soins.

#### **Possibilités de choix**

La date du début de la période de soins est complétée en format jj/mm/aaaa.

### **JG04 SCORE aux différents items de l'échelle HONOS SECURE**

**JG04.01 HONOS SECURE item 1: Risque de nuire aux adultes et aux enfants**  
Cotez l'échelle dans l'ordre de 0 à 4 pour évaluer le « risque de nuire aux adultes et aux enfants ».

Possibilités de choix

- 0 Risque non présent
- 1 Risque faible - p. ex. dispute, délit sexuel sans contact, causer des dégâts à des objets, mettre le feu à des déchets
- 2 Risque modéré - blessure, incendie volontaire, violence sexuelle
- 3 Risque grave - blessure, incendie volontaire pouvant causer la mort, viol, infliger des blessures permanentes
- 4 Risque très grave - homicide, blessures presque fatales, traumatisme sévère

**JG04.02 HONOS SECURE item 2 : Risque d'automutilation**

Cotez l'échelle dans l'ordre de 0 à 4 pour évaluer le « risque d'automutilation » (volontaire ou accidentel)

Possibilités de choix

- 0 Risque non présent
- 1 Risque faible - automutilation/overdose minime, négligence de l'hygiène, sous-alimentation
- 2 Risque modéré - blessure ou défiguration, admission pour overdose, brûlures, fait de s'affamer, ...
- 3 Risque grave - handicap à la suite d'une automutilation
- 4 Risque très grave - tentative de suicide ; sauter depuis des objets hauts

**JG04.03 HONOS SECURE item 3 : Besoin d'une protection pour prévenir toute rechute**

Cotez l'échelle dans l'ordre de 0 à 4 pour évaluer le « besoin d'une protection pour prévenir toute rechute ».

Possibilités de choix

- 0 Logement ouvert dans le quartier/village
- 1 Logement ouvert sur le terrain d'un établissement psychiatrique
- 2 Protection minimale - liberté de mouvement limitée par des mesures de sécurité, dépendance élevée
- 3 Protection modérée - bâtiment et environnement sous protection
- 4 Protection sévère - la protection correspond à celle d'une prison ou d'une clinique TBS

**JG04.04 HONOS SECURE item 4 : Besoin d'une surveillance dans le milieu de vie**

Cotez l'échelle dans l'ordre de 0 à 4 pour évaluer le « besoin de surveillance dans le milieu de vie ».

Possibilités de choix

- 0 Aucun besoin - un logement sans personnel est suffisant

- 1 Traitement de jour, traitement à domicile, admission ou soins ininterrompus, mais liberté de mouvement dans le village ou la ville
- 2 Admission ou soins ininterrompus, doit toujours être accompagné en dehors de l'institution
- 3 Mesure d'observation approfondie/permanente/spéciale
- 4 Doit de temps en temps/souvent aller en cellule d'isolement, implication permanente de plus d'un membre du personnel

**JG04.05 HONOS SECURE item 5 : Besoin d'un accompagnement lors de la mise en liberté conditionnelle**

Cotez l'échelle dans l'ordre de 0 à 4 pour évaluer le « besoin d'un accompagnement lors de la mise en liberté conditionnelle » (ne pas inclure les autres besoins, comme un chauffeur de taxi).

Possibilités de choix

- 0 Aucune indication de fuite ; informer quelqu'un est suffisant ; se comporte convenablement
- 1 Avec un accompagnateur - le patient peut se perdre, revenir trop tard, être piétiné, ne pas se comporter convenablement
- 2 Avec maximum deux accompagnateurs pour maîtriser son comportement ou empêcher toute fuite
- 2 Avec maximum trois accompagnateurs pour maîtriser le comportement ou empêcher toute fuite
- 4 Une approche spéciale est nécessaire : quatre accompagnateurs, véhicule spécial, assistance de la police

**JG04.06 HONOS SECURE item 6 : Risque pour le patient par autrui**

Cotez l'échelle dans l'ordre de 0 à 4 pour évaluer le « risque pour le patient par autrui ».

Possibilités de choix

- 0 Risque non présent
- 1 Intimidation, dépendance, attention indésirable, nuisance
- 2 Abus, violence, escroquerie, harcèlement/maltraitance grave, prostitution
- 3 Torture ou blessure sévère, viol, menace sévère via les médias
- 4 Mort, handicap sévère, blessure/traumatisme sévère

**JG04.07 HONOS SECURE item 7 : Besoin de procédures de gestion des risques**

Cotez l'échelle dans l'ordre de 0 à 4 pour évaluer le « besoin de procédures de gestion des risques ».

Possibilités de choix

- 0 Besoin nul ou procédure standard, p. ex. le plan de traitement
- 1 Procédure plus approfondie, p. ex. une évaluation des risques standard au sein d'une équipe

- 2 Gestion spécialisée des risques cliniques ; prévention de toute rechute ou autre thérapie spécialisée
- 3 Contrôle forcé requis, p. ex. contrôle de la détention ou de la consommation de drogues, contrôle de la détention d'armes, contrôle des visites, des e-mails ou du téléphone
- 4 Contrôles/examens/tests invasifs ou intensifs ou mesures restrictives équivalentes

Vous trouverez le manuel complet de l'échelle HONOS secure en annexe 4.

4.3.2.2. Données supplémentaires pour **certains groupes spécifiques** de personnes sous mesure juridique

4.3.2.2.1. Admissions forcées en Flandre

### JG01. NUMÉRO ID DE LA STRUCTURE SSM (idem SI01)

#### Définition

Il s'agit du numéro unique de la structure SSM tel qu'il lui a été communément attribué par les autorités. Ou par une autre instance - à convenir au niveau interministériel

#### Remarques et points d'attention

On inscrit le numéro ID de l'hôpital général lorsqu'il s'agit du numéro ID d'une unité de soins en service A d'un hôpital général (SPHG). Une exception est faite lorsque cette SPHG s'est vue attribuer un numéro ID distinct.

### JG02 NUMÉRO DE REGISTRE NATIONAL DU PATIENT (= idem IP01)

#### Définition

Il s'agit de l'identification unique du patient via son numéro de registre national.

Schématiquement parlant, cela donne :

- Pour les patients belges : numéro de registre national
- Pour les patients non belges qui se trouvent temporairement en Belgique : numéro de registre national bis
- Pour les étrangers : numéro ID étranger
- Pour les sans papiers : sur base de l'année de naissance

PI1. Type d'identification du patient <i>(un seul choix possible)</i>	PI2. Identification du patient
<input type="radio"/> <sub>1</sub> n° de registre national	➤ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> <sub>2</sub> n° de registre national bis	➤ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> <sub>3</sub> n° de passeport	➤ _____
<input type="radio"/> <sub>4</sub> date de naissance	➤ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Cf. Enregistrement TDI

### JG03 DATE DU DÉBUT DE LA PÉRIODE DE SOINS

#### Définition

Il s'agit de la date de début de la période de soins.

#### Possibilités de choix

La date du début de la période de soins est complétée en format jj/mm/aaaa.

Date de fin de la procédure	jjmmaaaa	(valeur)
49	88888888 99999999	Inconnu Pas d'application
50 Motif de fin de la procédure	1 2 3 4 8 9	Décision médicale Décision juridique Décès par mort volontaire Décès pour une autre raison Inconnu Pas d'application
51 Phase de la procédure au 31/08	1 2 3 4 5 6 7	Admis avec procédure d'urgence, mais pas encore confirmé En observation Admis en maintien En postcure sous mesure de maintien Transféré dans un autre HP au cours de la procédure Procédure terminée Réadmis en maintien (depuis la postcure)
52 Phase dans laquelle la procédure s'est terminée	10  11 08 13 14  15  16 17	PENDANT OU À LA FIN DE LA PÉRIODE D'OBSERVATION  Aucune confirmation par le juge ( <i>procédure d'urgence - fin de la procédure dans les dix jours (+/-)</i> ) Entre la confirmation et la fin de l'observation ( <i>procédure d'urgence - après la confirmation par le juge et avant la décision de maintien</i> ) Avant la fin de l'observation ( <i>procédure habituelle</i> ) À la fin de l'observation ( <i>40 jours d'admission, aucune décision de maintien</i> )  Arrêt anticipé de la procédure par le médecin pendant l'observation  À la fin de l'observation ( <i>moins de 40 jours d'admission, aucune décision de maintien</i> ) Entre le début et la confirmation de l'observation ( <i>procédure d'urgence</i> )

- 19 AUTRE - pendant ou à la fin de la période d'observation
- 20 PENDANT OU À LA FIN DU MAINTIEN (*la procédure a été prolongée à la fin de la période d'observation*)
  - 21 Arrêt anticipé de la procédure par le médecin pendant l'hospitalisation
  - 22 Arrêt anticipé de la procédure par le médecin pendant la postcure
  - 23 La période de « maintien » s'est terminée pendant l'hospitalisation (*aucune décision de prolongation*)
  - 24 La période de « maintien » s'est terminée pendant la postcure (*aucune décision de prolongation*)
- 25 La période de « maintien » a été interrompue prématurément pendant l'hospitalisation
- 26 La période de « maintien » a été interrompue prématurément pendant la postcure
- 29 AUTRE - pendant ou à la fin du maintien
- 30 AUTRE



4.3.2.2.2. Patients admis dans un service « medium risk » en HP

À développer cf. contrat B4

4.3.2.2.3. Patients admis dans une offre de traitement spécifique aux délinquants sexuels en HP

À développer cf. contrat B4

Autre ????

#### **4.4. Enregistrement par échantillonnage**

**Provisoirement non rempli.**

**Annexe 1 : aperçu des items en fonction des objectifs**

**Annexe 2 : manuel CANSAS**

**Annexe 3 : manuel HONOS**

**Annexe 4 : manuel HONOS secure**

