



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS et DE LA SANTÉ

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION  
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Bureau des études et synthèses financières  
relatives aux activités de soins et du PMSI (F1)

Personnes en charge du dossier :  
Dr Philippe MANET  
Téléphone: 01 40 56 43 89  
[Philippe.Manet@sante.gouv.fr](mailto:Philippe.Manet@sante.gouv.fr)

Paris, le 15 mars 2007 :

Edith Galloux  
Téléphone: 01 40 56 69 68  
[Edith.Galloux@sante.gouv.fr](mailto:Edith.Galloux@sante.gouv.fr)

La directrice de l'hospitalisation et de  
l'organisation des soins

La Mission de la Tarification à l'Activité

A

Personne en charge du dossier :  
Jean Pinson  
Téléphone: 01 40 56 53 83  
[Jean.Pinson@sante.gouv.fr](mailto:Jean.Pinson@sante.gouv.fr)

Mesdames et Messieurs les directeurs des  
Agences régionales de l'hospitalisation.

CIRCULAIRE N°DHOS/F1/2007/104 du 15 mars 2007 relative à l'avancement de la VAP.

Date d'application : immédiate

NOR :

Grille de classement :

Résumé : cadrage de la VAP, mise en place du RIM-P, formation, définition du correspondant régional VAP.

Mots clés : **Psychiatrie – PMSI – généralisation – RIM-P – correspondant VAP**

Textes de Références :

Arrêté du 29 juin 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie  
Note DREES-OSAM n°06/35 du 3 novembre 2006, relative à la mise en place du RIM-P, données socio-démographiques complémentaires  
Guide méthodologique de production du recueil d'information médicalisée en psychiatrie B.O. fascicule spécial n°2006-5bis

**Annexes :**

Annexe 1 : tableau des numéros régionaux des ARH et des adresses courriel des correspondants VAP

Annexe 2 : addendum de mise à jour du guide méthodologique de production du RIM-P

Dans le cadre de la réforme du financement des établissements de santé, l'élaboration d'un modèle pluraliste de financement est en cours de réflexion pour les établissements ayant des activités psychiatriques. Ce modèle, présenté par la DHOS, la MT2A et l'ATIH au cours de sessions inter-régionales organisées depuis le mois de novembre 2006<sup>1</sup>, s'articule sur 4 compartiments de financement : géo-populationnel, missions d'intérêt général (MIG), médicaments coûteux, et activité ; sa mise en œuvre implique toutefois que soit réalisé, dès à présent, un recueil fiable et exhaustif de l'activité.

C'est pourquoi, la présente circulaire a un double objet :

d'une part, faire un point général sur le projet de « valorisation des activités en psychiatrie » (VAP),

d'autre part, apporter des précisions complémentaires sur le RIM-P, recueil d'information médicalisé en psychiatrie.

### **OBJECTIFS ET CALENDRIER DE LA VAP**

La mise en place de la valorisation des activités en psychiatrie (VAP) vise à faire évoluer le financement des établissements ayant une autorisation en psychiatrie, tenant compte de leurs spécificités. Le projet en cours d'analyse se décompose en 4 compartiments :

Un compartiment « géo-populationnel » prenant en compte les facteurs géographiques, épidémiologiques et socio-démographiques (précarité, densité médicale...), sur les plans régional, territorial et sectoriel ;

Un compartiment « missions d'intérêt général », ajoutant aux missions d'intérêt général déjà répertoriées pour le domaine MCO, certains fonctionnements et prises en charge spécifiques à la psychiatrie ;

Un compartiment « tarification à l'activité », finançant les activités réalisées en hospitalisation ou en ambulatoire, identifiées par le recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) ;

Un compartiment « médicaments coûteux ».

La part de chaque compartiment n'est pas déterminée à ce jour et ne le sera qu'après définition complète du modèle, en concertation avec tous les acteurs concernés. Mais d'ores et déjà, des groupes d'experts ont été mis en place afin d'identifier les fonctionnements, de vérifier la capacité d'en rendre compte de manière homogène et systématique, d'en repérer les coûts ... L'ensemble de la démarche nécessite que la plus grande attention soit portée dès cette année à la qualité du retraitement comptable.

Ces travaux sont menés en concertation avec le Comité de Pilotage et régulièrement présentés au Comité Consultatif Associé (composé de représentants des organisations de psychiatres).

### **Le calendrier prévisionnel de restitution des travaux est le suivant :**

MIG et facteurs géo-populationnels : les facteurs à prendre en compte, en cours d'identification, devraient être précisés à partir de la fin de l'année 2007, notamment à partir des informations issues des retraitements comptables fournis par les établissements ;

Les médicaments coûteux devraient faire l'objet d'une enquête en 2008 ;

Le RIM-P, mis en place depuis le 1er janvier 2007 devrait permettre d'élaborer une méthodologie d'étude nationale de coûts (ENC) commune aux secteurs publics et privés et débiter son recueil pour disposer de données de coûts et construire les premiers tarifs.

Le concept global de la VAP nécessite la plus grande prudence quant à l'utilisation partielle des résultats de tel ou tel compartiment, avant la définition complète du dispositif. C'est

---

<sup>1</sup> Le diaporama présenté est accessible sur le site de l'ATIH

pourquoi de telles utilisations à visée d'allocation budgétaire ne pourraient avoir lieu qu'avec l'accord des acteurs.

### **Le remplacement de la fiche patient**

Certains items du RIM-P ont été établis en collaboration avec la DREES pour s'harmoniser avec les recueils prévus dans le cadre de la SAE et des rapports d'activité des secteurs et des établissements non sectorisés. La fiche par patient a été remplacée depuis le premier janvier 2007 par le recueil des données sociales organisé par la DREES, tel que défini dans la note du 3 novembre 2006.

## **LE RIM-P : UN OUTIL INDISPENSABLE, MAIS NON EXCLUSIF, POUR LA DÉFINITION DE LA VAP**

### **Les enjeux**

Le RIM-P a été rendu obligatoire et opposable à tous les établissements par l'arrêté du 29 juin 2006 ; pour des raisons pratiques, sa date de mise en œuvre, initialement fixée au premier juillet 2006, a été reportée au premier janvier 2007<sup>2</sup>.

Cette mise en œuvre initiale du RIM-P ne préjuge toutefois pas du poids du compartiment « activité » au regard des autres compartiments mais vise à permettre au ministère d'entreprendre le plus rapidement possible une première exploitation des données (contrôles de qualité, corrections, études techniques sur la classification) ; compte tenu des délais incompressibles entre le démarrage du RIM-P et l'élaboration des tarifs, tout retard dans la transmission des données se répercutera sur la mise en œuvre du modèle VAP.

### **Les mesures d'accompagnement prévues par le Ministère**

#### **Formations à la production du RIM-P**

En décembre 2006, des « formations de formateurs » régionaux ont été organisées par la DHOS et l'ATIH avec l'appui de l'ENSP. Les formateurs régionaux doivent désormais former des formateurs locaux, à charge pour ces derniers de former à leur tour les utilisateurs finaux.

Les formateurs pourront s'appuyer sur les documents pédagogiques mis à jour à la suite des sessions du mois de décembre et mis à leur disposition par le ministère, en les adaptant aux conditions locales des établissements.

Des précisions sont également apportées en annexe concernant certaines règles de gestion et certaines situations particulières. Le principe du recueil parallèle de prises en charges combinées est détaillé dans ses aspects pratiques.

A court terme, une foire aux questions sera installée sur le site de l'ATIH.

#### **Mobilisation des éditeurs de logiciels**

Des recommandations ont été adressées aux éditeurs de logiciels afin qu'ils accélèrent l'évolution des logiciels dans des délais courts, ces recommandations s'adressant plus particulièrement aux éditeurs qui ont pour clients les hôpitaux mixtes, psychiatrie et MCO.

#### **Un accompagnement financier, sous une double forme**

##### **Des crédits d'investissement**

Une 1<sup>ère</sup> tranche a été allouée par le FMESPP 2005 pour mettre en place les outils informatiques. Une 2<sup>ème</sup> tranche vous sera notifiée très prochainement.

##### **Des crédits d'exploitation**

Un financement sera attribué pour chaque fiche valide transmise aux ARH via la plateforme de télétransmission sécurisée e-PMSI à l'occasion de la transmission trimestrielle des résumés

<sup>2</sup> Les données transmises en 2006 seront toutefois utilisées par l'ATIH et des rattrapages seront possible pour les établissements qui n'auraient pu démarrer dès le 1<sup>er</sup> janvier.

anonymes. Il s'agit donc d'un financement dont le montant sera prochainement fixé. Cela nécessitera un avenant au CPOM des établissements.

### **Un outil de transposition des données de l'ancien PMSI conçu par l'ATIH**

Un utilitaire permettant la récupération des données de l'ancien « PMSI psy » expérimental et leur mise au format RIM-P a été réalisé par l'ATIH. Il permet notamment de retraiter les données recueillies en 2006 par les établissements expérimentateurs.

### **Mise à disposition des outils de télétransmission sécurisée :**

L'ATIH a développé sur la plateforme d'échanges « e-PMSI », la partie nécessaire pour permettre des échanges sécurisés et facilités entre les établissements et les ARH, pour l'activité psychiatrique. Tous les échanges doivent passer par cette voie et les établissements doivent s'y inscrire. Les outils d'anonymisation des données du RIM-P ont également été développés par l'ATIH et mis à disposition de tous les établissements par envoi de CD-ROM en décembre 2006.

## **LES CONTRÔLES À METTRE EN ŒUVRE AU NIVEAU DES ARH**

Pour assurer le succès du dispositif, il convient de vous assurer que les établissements de vos régions bénéficiant d'une autorisation en psychiatrie :

- ont désigné un médecin responsable de l'information médicale et/ou entrepris des actions de sensibilisation particulières auprès des DIM des établissements mixtes ;
- se sont dotés des outils informatiques nécessaires et ont effectué la déclaration CNIL requise pour la mise en place du RIM-P (cf arrêté du 29 juin 2006) ;
- sont inscrits sur la plate forme e-PMSI.

Il convient également :

- de vous assurer que les formations des établissements ont déjà commencé et n'excluent aucun site ;
- d'aider les formateurs qui rencontreraient des difficultés ;
- de recenser les difficultés informatiques et organisationnelles éventuelles et de les relayer à l'échelon national.

A cet effet, je vous remercie de désigner au niveau de chaque région un correspondant VAP.

### **Rôle du correspondant régional VAP :**

Afin de faciliter la circulation de l'information, le correspondant régional VAP devra utiliser une adresse électronique fonctionnelle normalisée sous la forme [vap.arh.xx@sante.gouv.fr](mailto:vap.arh.xx@sante.gouv.fr), dans lequel xx correspond à la numérotation des régions rappelée en annexe.

Il lui reviendra d'organiser **une commission régionale VAP**, associant les acteurs locaux et organisant la diffusion des informations et des expériences, l'objectif étant de réunir régulièrement au minimum 2 membres de chaque établissement. Il est possible, dans le cas de régions ne comportant que quelques établissements, de s'associer à une région voisine pour former une commission inter-régionale. Dans les régions de grande taille, des aménagements pourront être institués afin de garder au dispositif un caractère opérationnel. Des réunions nationales seront organisées pour des échanges sur les pratiques et les difficultés éventuelles.

Pour cette commission peuvent être sollicités notamment les directeurs, les RSIO, les directeurs financiers, les présidents de CME et les DIM. La collaboration avec le COTRIM sera encouragée, et un responsable du COTRIM sera désigné es-qualité dans cette commission VAP. La participation de tous les établissements, et notamment celle des établissements de

petite taille, sera encouragée, un des buts étant de s'assurer de l'exhaustivité de la montée en charge du RIM P.

La commission VAP s'attachera notamment, avec l'aide de l'ARH :

à organiser une réponse mutualisée aux difficultés rencontrées sur le terrain en terme d'organisation du recueil, de relation avec les SSII, et la circulation des solutions apportées par les acteurs locaux ;

à encourager la diffusion de bonnes pratiques, aussi bien en ce qui concerne le RIM-P que le retraitement comptable ;

à favoriser une bonne coopération entre les directions et le corps médical, et plus spécifiquement entre le DIM et la direction des affaires financière des établissements. Cette coopération est un facteur crucial du succès de la réforme ;

à faciliter la mise en commun des moyens, notamment en ce qui concerne les petits établissements.

Une première réunion nationale des correspondants VAP aura lieu dans les semaines qui viennent.

Je vous remercie d'assurer la plus large diffusion à cette circulaire, notamment auprès des directeurs d'établissements, de leurs adjoints chargés des affaires financières, des présidents de CME, des DIM et des RSIO.

La directrice de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins

Annie Podeur

## annexe 1

### **table des adresses fonctionnelles des correspondants régionaux VAP**

<b>Code Région</b>	<b>Région</b>	<b>adresses fonctionnelles</b>
01	GUADELOUPE	vap.arh.01@sante.gouv.fr
02	MARTINIQUE	vap.arh.02@sante.gouv.fr
03	GUYANE	vap.arh.03@sante.gouv.fr
04	REUNION	vap.arh.04@sante.gouv.fr
11	ILE DE FRANCE	vap.arh.11@sante.gouv.fr
21	CHAMPAGNE-ARDENNE	vap.arh.21@sante.gouv.fr
22	PICARDIE	vap.arh.22@sante.gouv.fr
23	HAUTE-NORMANDIE	vap.arh.23@sante.gouv.fr
24	CENTRE	vap.arh.24@sante.gouv.fr
25	BASSE-NORMANDIE	vap.arh.25@sante.gouv.fr
26	BOURGOGNE	vap.arh.26@sante.gouv.fr
31	NORD-PAS DE CALAIS	vap.arh.31@sante.gouv.fr
41	LORRAINE	vap.arh.41@sante.gouv.fr
42	ALSACE	vap.arh.42@sante.gouv.fr
43	FRANCHE-COMTE	vap.arh.43@sante.gouv.fr
52	PAYS DE LA LOIRE	vap.arh.52@sante.gouv.fr
53	BRETAGNE	vap.arh.53@sante.gouv.fr
54	POITOU-CHARENTES	vap.arh.54@sante.gouv.fr
72	AQUITAINE	vap.arh.72@sante.gouv.fr
73	MIDI-PYRENEES	vap.arh.73@sante.gouv.fr
74	LIMOUSIN	vap.arh.74@sante.gouv.fr
82	RHONE-ALPES	vap.arh.82@sante.gouv.fr
83	AUVERGNE	vap.arh.83@sante.gouv.fr
91	LANGUEDOC-ROUSSILLON	vap.arh.91@sante.gouv.fr
93	PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	vap.arh.93@sante.gouv.fr
94	CORSE	vap.arh.94@sante.gouv.fr

pour toute difficulté, s'adresser à

Dr Philippe MANET  
Téléphone: 01 40 56 43 89  
[Philippe.Manet@sante.gouv.fr](mailto:Philippe.Manet@sante.gouv.fr)

## Annexe 2 :

### addendum au guide méthodologique du recueil d'information médicalisée en Psychiatrie

*(les modifications apparaissent en gras dans le texte)*

#### Modifications de la page 4

Au 1.1.2 Natures de prise en charge et formes d'activité de soins

*On ajoute :*

**Il existe trois natures de prise en charge ;**

**Les prises en charge à temps complet ;**

**Les prises en charge à temps partiel ;**

**Les prises en charge ambulatoires.**

#### Modifications chapitre 1.2 et 1.3 Page 5-6

### *1.2 Le niveau de recueil*

#### *1.2.1 L'unité médicale*

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

**Les établissements doivent adapter leur découpage en unités dans leur fichier structure en fonction des formes d'activité pratiquées (7 formes d'activités pour le temps complet, 3 pour le temps partiel).**

*Par exemple :*

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

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

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

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

#### *1.2.2 Caractéristiques générales du recueil*

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

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

### *A Définition du séjour*

Le séjour débute le premier jour de la prise en charge (à temps complet ou à temps partiel) par une équipe soignante dans le champ d'activité de la psychiatrie et se termine le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante de psychiatrie.

Un séjour est propre à une nature de prise en charge

Il faut donc clore le séjour et renseigner la date de sortie quand :

- le patient sort de l'établissement au sens du 1.1.1, (sortie de l'entité juridique),
- le patient est muté dans un service d'un autre champ d'activité (MCO, SSR,...) de l'établissement (même entité juridique),
- il y a changement de nature de prise en charge (au sein de la même entité juridique).

Il n'y a pas lieu de clore le séjour quand le patient change de forme d'activité mais reste dans la même nature de prise en charge.

Exemple : le passage de l'hospitalisation temps plein à un placement familial thérapeutique induit un changement de séquence mais pas de changement de séjour puisqu'il s'agit toujours de temps complet.

### *B Définition de la séquence*

Une séquence de soins correspond à une période du séjour, dans un trimestre donné, bénéficiant d'une prise en charge homogène en termes de forme d'activité.

La première séquence de soins débute le premier jour de la prise en charge (à temps complet ou à temps partiel) pour une forme d'activité donnée. Ainsi à l'entrée du patient (dans l'entité juridique) le début de la 1ère séquence coïncide avec le début du séjour.

Une séquence de soins se termine quand :

- le patient change de mode légal de séjour pendant une prise en charge à temps plein,
- il y a changement de trimestre civil (par convention, clôture de toutes les séquences le dernier jour du trimestre),
- il y a sortie d'essai d'une durée supérieure à 48 heures,
- il y a début d'une forme d'activité « parallèle » ou « associée » (voir infra - 2.1.1.B-4),
- il y a un changement de forme d'activité, au sein d'une même nature de prise en charge. Ce changement correspond administrativement à une mutation d'une unité médicale à une autre (au sens du 1.2.1).
- le cas échéant, il y a un changement d'unité médicale sans changement de forme d'activité (cette création de séquence est facultative).

En cas de changement de forme d'activité, au sein d'une même nature de prise en charge, le séjour comporte alors des séquences consécutives avec un nouveau RPS (Résumé Par Séquence) à chaque changement de forme d'activité (toujours dans la même nature de prise en charge).

Le dernier jour d'une séquence donnée correspond au 1er jour de la séquence suivante. La dernière séquence se termine le jour de la clôture du séjour (voir supra).

Lorsqu'un patient pris en charge dans une forme d'activité bénéficie de la mise en œuvre d'une nouvelle forme d'activité en complément de la précédente (on parlera de combiné), on change de séquence. En cas de combinaisons de formes d'activité, il faut créer autant de séquences que de formes d'activité. Les séquences sont rattachées entre elles sur le mode « parallèle », s'il s'agit de TC et de TP ou « associé » s'il s'agit de 2 TP, par un indicateur de séquence (cf 2.1.1.B-4)

Si des formes d'activité relevant d'une même nature de prise en charge sont alternées dans le temps, on change systématiquement de séquence quand on change de forme d'activité (séquences successives).

### **C) Définition du relevé d'actes**

Le relevé d'actes (au sens de la grille EDGAR) s'applique uniquement aux activités réalisées dans le cadre de soins ambulatoires.

- Accueil et soins en CMP,
- Psychiatrie de liaison qu'il s'agisse de patients hospitalisés ou en consultations externes dans les autres champs d'activité d'un établissement sanitaire,
- Activité dans un établissement à caractère médico-social,
- Soins dispensés dans les services d'accueil des urgences du même établissement.



Il s'agit de relever les actes effectués :

- en présence du patient,
- en l'absence du patient mais qui contribuent au travail clinique ou thérapeutique au bénéfice du patient (**cas par exemple de D « démarche », R « réunion clinique »**).

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

Les établissements sous OQN relèvent d'une autre modalité, les soins ambulatoires sont alors considérés comme de l'activité dite « libérale » et ne sont pas concernés par le RIM-P.

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

L'unité de compte dépend de la nature de prise en charge.

#### ***1.3.1 Selon la nature de prise en charge***

##### **a) pour une prise en charge à temps complet :**

les journées de présence d'une séquence correspondent à la différence entre la date de sortie et celle de l'entrée, déduction faite des jours de permission et de sortie d'essai.

L'unité de compte est la journée au sens de la date calendaire.

##### **Remarques :**

- le séjour d'un patient comptera 1 jour de plus, si son entrée est enregistrée à 23 heures 59 le 9 février, plutôt qu'à 0 heure 01 le 10 février.
- Dans les prises en charge à temps complet, il n'y a pas de notion d'heure de présence sur le nyctémère pour scinder la journée.
- Les journées en chambre d'isolement sont décomptées selon le même principe.
- Lors d'un transfert d'un établissement à un autre c'est l'établissement de destination qui se verra attribuer le compte de la journée (on retient le jour d'entrée).

##### **b) pour une prise en charge à temps partiel :**

il convient de relever au cours d'une même séquence, alors même que la prise en charge peut être discontinuée, (par exemple le lundi et le jeudi de chaque semaine seulement) :

- des venues ou des demi-venues pour l'hospitalisation à temps partiel de jour ou en centre d'activité thérapeutique à temps partiel ou en atelier thérapeutique,
- des nuitées pour l'hospitalisation à temps partiel de nuit.

Pour les établissements privés sous Objectif Quantifié National il convient de remplacer les termes de demi-venue et venue par celui de séance en distinguant les séances d'une durée comprise entre 3 et 4 heures et les séances d'une durée comprise entre 6 et 8 heures.

Par séance, il faut entendre l'accueil et les soins d'un patient dans le cadre d'une prise en charge individuelle ou collective impliquant la participation d'un ou plusieurs intervenants.

##### **c) pour une prise en charge ambulatoire :**

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

#### ***1.3.2 Correspondance avec d'autres recueils***

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

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

### **Correction à la page 7**

Dans le 2.1.1, page 7 second paragraphe, il faut ajouter un alinéa.  
« Il y a création de séquence au sein d'un séjour : ... »

« - à chaque changement de forme d'activité au sein de la nature de pris en charge ».

#### Correction de la page 10

##### **7) Numéro de séjour**

Ce numéro a pour objectif de permettre d'établir un lien entre les résumés de séquence d'un même séjour ainsi qu'entre le résumé de séjour et le dossier administratif du patient correspondant. Il revient à chaque établissement de définir les principes d'attribution de ce numéro de séjour ; le nombre de caractères est donc propre à chaque établissement mais ne doit pas excéder 20 caractères.

**Si le numéro de séjour du RIM-P n'est pas celui enregistré par l'administration à l'admission, il importe que l'établissement puisse relier les 2 numéros (rôle du DIM).** Cette correspondance permet de respecter les conditions d'application du chaînage telles qu'elles sont prévues dans la circulaire DHOS-PMSI-2001 n° 106 du 22 février 2001 relative au chaînage des séjours en établissements de santé dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

**Le numéro de séjour change à chaque changement de nature de prise en charge.**

**Pour une prise en charge à temps complet, il change à chaque nouvelle admission, c'est également le cas après une sortie sans autorisation et une sortie dite temporaire, supérieure à 48 heures (voir infra 2.1.1.A.11).**

**En cas de prise en charge combinant temps plein et temps partiel en parallèle, le séjour est clos à l'arrêt du changement de nature de prise en charge temps complet « combiné » au temps partiel et un nouveau séjour est créé quand le temps partiel exclusif débute.**

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

##### **Exemple :**

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

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

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

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

#### **Complément PAGE 10 A.9) Date de sortie de séjour**

rajouter :

**Le jour d'une fugue ou d'une sortie sans permission tient lieu de date de sortie du séjour.**

#### **Complément PAGE 12 A.11) mode de sortie et destination**

rajouter :

**Les passages entre temps partiel et temps complet se codent habituellement comme une sortie à domicile (code 8) à partir du moment où le patient passe par son domicile. En cas de mutations directes et immédiates, il est toutefois possible de coder 6 ou 7 selon les cas.**

**Dans le cadre de prise en charge avec temps complet et temps partiel en parallèle, la fin du temps complet combiné correspond à une sortie de séjour de type « domicile » (code 8) et l'entrée du séjour temps partiel seul à une entrée de type « domicile » (code 8).**

## Complément PAGE 12 *B Les informations propres à chaque séquence*

Si le patient change de forme d'activité au cours d'un séjour, le principe est de créer une succession de séquences pour différencier chaque forme d'activité de ce séjour.

Par ailleurs, il est apparu nécessaire d'identifier les modes de prise en charge associant des formes d'activité de nature différente. Le passage d'une prise en charge simple à une prise en charge combinée nécessite un changement de séquence. Dans l'attente d'une évolution du RIM-P, il est proposé :

soit, pour les établissements qui le souhaitent et qui le peuvent, d'enregistrer des séquences combinées sous forme de RPS en utilisant un indicateur de séquence.

soit, si la constitution des séquences combinées (parallèle ou associée) n'est pas encore réalisable dans les systèmes d'informations actuels, de renseigner l'indicateur de séquence sur la séquence du temps complet (en cas d'association TC + TP) ou sur la séquence qui a débuté en premier (en cas d'association de deux temps partiels).

1) Le numéro d'unité médicale

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

....

### Correction PAGE 13 4) Indicateur de séquence

Afin d'avoir une vision suffisamment exhaustive de l'activité effectivement réalisée, un indicateur de séquence doit être saisi dans les cas suivants :

- pour des séquences en parallèle où une activité temps partiel a lieu pendant une période particulière d'une activité de temps complet, une séquence (par commodité ici, séquence 1) de Temps Complet isolé est d'abord recueillie ; quand débute la prise en charge à temps partiel, la séquence 1 est fermée et 2 séquences sont alors ouvertes le même jour : une, à temps complet, renseignant l'indicateur de séquence par la lettre « P » comme « parallèle » et une autre, à temps partiel, portant le même indicateur de séquence « P », comptabilisant les jours de prise en charge réelle à temps partiel .

- pour des séquences associant 2 formes d'activité à temps partiel simultanées pendant une période ; une séquence est ouverte pour une activité, et une autre pour l'autre activité : sur chacun des 2 résumés par séquence, l'indicateur de séquence est renseigné avec la lettre « A » pour signifier la prise en charge « associée » ; la forme d'activité isolée, en temps partiel, avant et/ou après cette période donne lieu à une séquence spécifique.

Il est cependant préférable, dans le cas de formes d'activité à temps partiel alternées, de faire des changements de séquences, pour bien individualiser ces différentes formes d'activité.

- pour une sortie d'essai d'une durée supérieure à 48 heures, il convient de clore la séquence qui précède cette sortie et d'ouvrir le jour de la sortie d'essai une nouvelle séquence, en renseignant l'indicateur de séquence par la lettre E.

Dans les autres cas, cet indicateur reste à blanc.

Dans ces 3 circonstances particulières de prise en charge, le numéro de séjour reste inchangé.