

<p style="text-align: center;">INTEGRATION D'ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES DE RECUEIL DANS LE GUIDE MÉTHODOLOGIQUE N°2006/5 bis</p>

(pages 4, 5 et 6, page 7, pages 10, 12 et 13)

ATTENTION CECI EST UN COMPLÉMENT ET N'EST PAS UNE 2^{ème} VERSION CAR TOUS LES FONDAMENTAUX SONT CONSERVÉS. Il convient de substituer les paragraphes qui sont réécrits avec des détails et des exemples supplémentaires et complétés pour la variable « indicateur de séquence ».

Les correctifs parus le 15 janvier 2007 sur le site de l'ATIH sont intégrés.

Modifications de la page 4 du guide méthodologique (BO fascicule spécial 2006-5bis)

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 du guide méthodologique (BO fascicule spécial 2006-5bis)

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, du guide méthodologique (BO fascicule spécial 2006-5bis)

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 du guide méthodologique (BO fascicule spécial 2006-5bis)

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.