

Note Technique

Introduction à l'utilisation des données des hospitalisations psychiatriques du RIM-P

Auteur : Anke Neumann **1^{ère} version :** 31/12/2015 **Dernière version :**

Mots clés PMSI, psychiatrie, hospitalisation

Notions à connaître PMSI, DCIR, SNIIRAM

Contexte Le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P) a été instauré en 2006. Aujourd'hui, le SNIIRAM contient ces données, avec un historique remontant à 2007.

Objectif Fournir une introduction à l'utilisation des données des hospitalisations psychiatriques du RIM-P dans le SNIIRAM et aider ainsi le lecteur à juger de la pertinence de ces données pour son étude et à réaliser ces propres exploitations de données

Plan

1. Introduction
2. Les notions de séjour et de séquence
3. L'identification du patient
4. Les tables du RIM-P dans le SNIIRAM, les jointures entre elles et leurs variables
5. Effectifs clé et éléments de la qualité de chaînage
6. Quelques éléments pour la programmation sous SAS
 - Dénombrement des séjours et des journées
 - Calcul des dates de début et de fin des séquences
 - Reconstitution des séjours à cheval sur plusieurs années
7. Points divers
 - La notion de sortie d'essai
 - Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel : hospitalisation à temps partiel (avant 2013) ==> ambulatoire
 - Les soins sans consentement
 - L'isolement thérapeutique
 - La sectorisation psychiatrique

1. Introduction

Le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P) a été instauré en 2006. Ce recueil comporte deux supports :

- le résumé par séquence (RPS), pour les patients admis en hospitalisation, avec ou sans hébergement, commun à tous les établissements publics et privés ;
- le résumé d'activité ambulatoire (RAA) pour les consultations et soins externes (établissements publics).

L'anonymisation du RPS est à l'origine du résumé par séquence anonyme (RPSA) ; l'anonymisation du RAA est à l'origine du résumé d'activité ambulatoire anonyme (R3A).

Ce document porte principalement sur le volet hospitalisation du RIM-P, car ces données peuvent être chaînées avec DCIR grâce à l'identifiant patient. Par contre, pour l'activité ambulatoire un chaînage n'est possible que partiellement, (pour les patients qui ont été également hospitalisé et ceci dans l'établissement de leur prise en charge ambulatoire ; cf. « L'identification du patient »). Le document couvre les années 2007 à 2014.

2. Les notions de séjour et de séquence

Dans le RIM-P, les informations sur les hospitalisations psychiatriques sont enregistrées par séjour, avec une sous-division en une ou en plusieurs séquences. Avant de préciser ces deux notions, d'autres notions propres aux RIM-P doivent être présentées.

- Nature de prise en charge : pour les prises en charge hospitalières, on distingue deux natures de prise en charge
 - Prise en charge à temps complet
 - Prise en charge à temps partiel
- Forme d'activité (avant 2012, nommée « *Forme de prise en charge* ») : les natures de prise en charge sont divisées en formes d'activité :
 - Prise en charge à temps complet :
 - 01 - Hospitalisation à temps plein
 - 02 - Séjour thérapeutique
 - 03 - Hospitalisation à domicile

- 04 - Placement familial thérapeutique
- 05 - Appartement thérapeutique
- 06 - Centre de postcure psychiatrique
- 07 - Centre de crise (incluant centre d'accueil permanent et centre d'accueil et de crise)

○ Prise en charge à temps partiel :

- 20 - Hospitalisation à temps partiel de jour
- 21 - Hospitalisation à temps partiel de nuit
- 22 - Prise en charge en centre d'activité thérapeutique à temps partiel et en atelier thérapeutique
(code supprimé en 2013)
- 23 - Prise en charge en atelier thérapeutique (code créé en 2013)

- Activité combinée : « Lorsqu'un patient pris en charge dans une forme d'activité bénéficie de la mise en œuvre d'une autre forme d'activité en complément de la précédente, on parle de formes d'activité combinées. Le passage d'une forme d'activité à deux formes combinées impose un changement de séquence. En cas de combinaisons de formes d'activité, il faut créer autant de séquences que de formes d'activité. Les séquences sont liées entre elles :

- selon un mode « parallèle », s'il s'agit de prises en charge à temps complet et à temps partiel ;
- selon un mode « associé » s'il s'agit de la combinaison de deux prises en charge à temps partiel. »

(extrait du Guide méthodologique 2014 [1])

- Mode légal de soins (avant 2012 : « Mode légal du séjour ») : dans le RIM-P, le mode légal est codé de la manière suivante (libellés simplifiés ; cf. « Points divers ==> Soins sans consentement ») :

- 1 - Soins psychiatriques libres
- 2 - Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (code supprimé en 2012)
- 3 - Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État
- 4 - Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables
- 5 - Soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement (OPP)
- 6 - Soins psychiatriques aux détenus
- 7 - Soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence
(code créé en 2012)
- 8 - Soins psychiatriques pour péril imminent (code créé en 2012)

« La clôture d'un séjour est commandée par :

- la sortie de l'établissement ..., y compris une sortie temporaire ou une sortie sans autorisation ;
- un changement de nature de la prise en charge ;
- une mutation du patient dans une unité d'hospitalisation MCO, SSR, ... [du même établissement].

D'autres circonstances n'engendrent pas la clôture du séjour :

- une permission (article R. 1112-56 du code de la santé publique, CSP) ;
- une absence de courte durée n'excédant pas 12 heures (article L. 3211-11-1 du CSP) ;
- le changement d'année civile.

... Lorsque [un séjour] comporte plusieurs [séquences], les séquences sont consécutives, telles que le dernier jour de l'une est égal au premier jour de la suivante.

Il y a changement de séquence au sein d'un séjour :

- à chaque changement de forme d'activité au sein d'une même nature de prise en charge ... ;
- lorsque le mode légal de soins change ;
- en cas de changement de trimestre civil ;
- au début et à la fin d'une forme d'activité combinée ... » (extrait du Guide méthodologique 2014 [1])

Ainsi les informations d'un séjour débutant par exemple en septembre 2013 et se terminant en août 2014 sont réparties sur (au moins) deux RPS du RIM-P 2013 et (au moins) trois RPS du RIM-P 2014, ces derniers comportant la date d'entrée en 2013. En revanche, les RPS du RIM-P 2013 ont une date de sortie manquante, car elle est inconnue au moment de la remontée des données du RIM-P 2013.

Les consignes de codage en matière d'activité parallèle (prises en charge à temps complet et à temps partiel) nous semblent ambiguës : d'une part, un changement de séquence est demandé en début de l'activité parallèle (sans qu'un changement de séjour soit explicitement indiqué), d'autre part, un changement de séjour pourrait également être envisagé (car il y a bien changement de nature de prise en charge). Effectivement, une analyse des données montre que certains établissements codent selon la première variante et d'autres selon la deuxième. Par ailleurs, il n'est pas rare que la présence d'une activité parallèle est codée pour une séquence sans qu'on puisse retrouver la séquence parallèle, c'est-

à-dire simultanée. Dans la foire aux questions de l'ATIH (AGORA), on lit à ce sujet dans la contribution #96144 d'Anis Ellini (ATIH) du 26 mars 2014 : « ... il a été constaté une grande diversité de description des activités combinées entre les établissements et une difficulté due notamment à des contraintes des systèmes d'information PMSI et administratif. La révision de ce dispositif fait partie du programme de travail du comité technique de psychiatrie. » (cf. [3])

3. L'identification du patient

Comme les autres champs du PMSI, le volet hospitalisation du RIM-P contient une variable « N° anonyme » (variable nommée NIR_ANO_17 dans les tables PMSI dans le SNIIRAM) qui permet la reconstitution des trajectoires hospitalières ainsi que le chaînage avec DCIR. Cet identifiant correspond à la variable « Identifiant anonyme du patient dans le SNIIRAM » de DCIR (BEN_NIR_PSA). Dans les documents de l'ATIH, cet identifiant est aussi appelé « clé PMSI » ou « clé de chaînage ». Dans ce document, il sera appelé simplement « identifiant patient ». Pour rappel, cet identifiant patient est construit à partir a) du numéro de sécurité sociale de l'assuré (éventuellement une personne autre que le patient), b) du sexe du patient et c) de la date de naissance du patient. Les limites de cet identifiant patient sont discutées ailleurs, par exemple dans [5].

En outre, le RIM-P permet, au sein d'un établissement donné, l'identification des patients à l'aide de l'identifiant permanent du patient (IPP). L'IPP est valable à la fois pour les hospitalisations et pour l'activité ambulatoire. « C'est un numéro créé dans le système d'information de [l'établissement], permettant de référencer sous un identifiant unique et permanent l'ensemble des informations relatives à un patient quelle que soit la nature de la prise en charge. ... L'IPP est conservé, et utilisé à chaque nouvelle prise en charge du patient, indépendamment du numéro de séjour, quel qu'en soit le lieu au sein de l'entité juridique. Celle-ci doit se donner les moyens de s'assurer de la fiabilité de l'IPP. » (extrait du Guide méthodologique 2014 [1]). Dans les RPSA et R3A, l'IPP est remplacée par la variable « Cryptage irréversible de l'IPP ».



Lors de l'anonymisation des résumés d'activité ambulatoire, la date de prise en charge est supprimée et remplacée par l'année et le mois, y compris dans les fichiers à destination du SNIIRAM. La reconstitution des trajectoires de soins entre l'hospitalisation et l'ambulatoire au sein d'un même établissement est toutefois possible à l'aide de la variable « Identifiant de séjour ». Cette variable correspond au nombre de jours entre a) la date d'entrée du séjour ou la date de réalisation de l'acte pour l'ambulatoire et b) une date de référence fictive résultant d'un algorithme complexe sur la variable « Cryptage irréversible de l'IPP ». Cette variable « Identifiant de séjour » permet de calculer, pour un même couple « N° FINESS e-PMSI » + « Cryptage irréversible de l'IPP », des délais entre les hospitalisations ou bien entre les différents actes en ambulatoire, mais également de suivre, ses trajectoires de soins entre l'hospitalisation et l'ambulatoire. D'ailleurs, cette variable « Identifiant de séjour » est calculée par le même algorithme que la variable « Numéro de séjour » sauf que là, c'est grâce à la variable « Cryptage irréversible de l'IPP » et non à la variable « N° anonyme ». Toutefois, même si on peut ainsi connaître les délais en jours entre les différentes prises en charge psychiatriques au sein d'un même établissement, on ignore toujours les délais en jours par rapport aux prestations disponibles dans le DCIR.

4. Les tables du RIM-P dans le SNIIRAM, les jointures entre elles et leurs variables

Les tables du RIM-P dans le SNIIRAM sont les suivantes :

- T_RIP<année>RSA : Partie fixe des RPSA (c'est-à-dire toutes les informations hormis les diagnostics et facteurs associés)
- T_RIP<année>RSAD : Diagnostics et facteurs associés des RPSA
- T_RIP<année>C : Table de chaînage
- T_RIP<année>F<A,B,C,H,I,L,M,P> : Facturation des établissements privés (*depuis 2011 ; FL depuis 2012*)
- T_RIP<année>STC : Facturation des établissements publics (*depuis 2011*)
- T_RIP<année>E : Informations sur les établissements

Clé de séjour : (ETA_NUM_EPMSI, RIP_NUM)

Clé de séquence : (ETA_NUM_EPMSI, RIP_NUM, SEQ_SEQ_NUM)

La table T_RIP<année>RSA contient une ligne par séquence.

La jointure entre T_RIP<année>RSA et T_RIP<année>RSAD se fait par la clé de séquence. La table T_RIP<année>RSAD peut contenir aucune, une ou plusieurs lignes par séquence.

La jointure entre T_RIP<année>RSA et T_RIP<année>C se fait par la clé de séjour. La table T_RIP<année>C contient une ligne par séjour.

La table T_RIP<année>FA peut contenir une ou plusieurs lignes par séjour. Les tables T_RIP<année>F<B/C/H/I/L/M/P > peuvent contenir aucune, une ou plusieurs lignes par séjour. La jointure entre T_RIP<année>RSA et T_RIP<année>F<A/B/C/H/I/L/M/P> se fait par la clé de séjour.

La table T_RIP<année>STC contient une ligne par séjour. La jointure entre T_RIP<année>RSA et T_RIP<année>F<A/B/C/H/I/L/M/P> se fait par la clé de séjour.

La table T_RIP<année>E contient une ligne par établissement, la variable « N° FINESS » est ici nommée ETA_NUM et non pas ETA_NUM_EPMSI (attention lors des jointures).

Pour chacune de ces tables, l'ensemble des variables disponibles est listées dans [4].

Voici une sélection de variables importantes :

- T_RIP<année>RSA :
 - ETA_NUM_EPMSI « N° FINESS e-PMSI »
 - RIP_NUM « N° séquentiel de séjour »
 - SEQ_SEQ_NUM « N° séquentiel de séquence au sein du séjour »
 - AGE_ANN « Age du patient en années » (*avant 2014 : au début du séjour ; 2014 : au début de la séquence*)
 - COD_SEX « Sexe du patient » (1-Homme, 2-Femme)
 - BDI_COD « Code géographique de résidence » (certains profils : accès restreint à BDI_DEP [deux premiers caractères de BDI_COD])
 - FOR_ACT « Forme d'activité » (*avant 2012 : NAT_PEC ; modalités listées plus haut*)
 - MOD_SOI « Mode légal de soins » (*avant 2012 : SEJ_LEG ; modalités listées plus haut ; cf. « Points divers »*)
 - SEC_NUM « N° de secteur ou de dispositif intersectoriel » (cf. « Points divers ==> Sectorisation »)
 - SEQ_IND « Indicateur de séquence » ('E'-Sortie d'essai, 'P'-Activités parallèles, 'A'-Activités associées)
 - DEL_DAT « Délai entre la date de début de la séquence et la date d'entrée du séjour »
 - SEQ<PRE/DER>_IND « Indicateur de première/dernière séquence du séjour »
 - SEQ_COU_NBJ « Nombre de jours couverts par la séquence »
 - PRE<JOU/DEM_JOU>_NB « Nombre de jours / demi-journées de présence »
 - THE_ISO_NBJ « Nombre de jours d'isolement thérapeutique » (cf. « Points divers ==> Isolement »)
 - SCO_DEP<HAB/DPL/ALI/CON/CPT/COM> « Scores pour la dépendance pour l'habillement / le déplacement-la locomotion / l'alimentation / la continence / le comportement / la communication (AVQ - activités de la vie quotidienne) »
 - DGN_PAL « Diagnostic principal ou motif de prise en charge principale »
 - IPP_IRR_CRY « Cryptage irréversible de l'IPP » (cf. « L'identification du patient »)
 - SEJ_IDT « Identifiant séjour » (cf. « L'identification du patient »)
- T_RIP<année>RSAD :
 - ETA_NUM_EPMSI « N° FINESS e-PMSI »
 - RIP_NUM « N° séquentiel de séjour »
 - SEQ_SEQ_NUM « N° séquentiel de séquence au sein du séjour »
 - ASS_DGN « Diagnostics et facteurs associés »
- T_RIP<année>C :
 - ETA_NUM_EPMSI « N° FINESS e-PMSI »
 - RIP_NUM « N° séquentiel de séjour »
 - <ENT/SOR>_DAT « Date d'entrée / de sortie » (certains profils : accès restreint à EXE_SOI_AM<D/F> [dates en année-mois])
 - NIR_ANO_17 « N° anonyme »
 - <NIR/NAI/SEX/SEJ/FHO/PMS/DAT>_RET « Codes retour contrôles pour la variable 'N° anonyme' » (cf. [5])
 - Attention : SOR<ANN/MOI> correspond à «<Année/mois> de la date d'entrée du séjour » (avant 2010).
- T_RIP<année>E :
 - ETA_NUM « N° FINESS »
 - SOC_RAI « Raison sociale » ; REG_ETA « Région »
 - STA_ETA « Statut de l'établissement » ('DGF'-public, 'OQN'-privé)

A noter que pour certaines variables importantes la part des valeurs manquantes n'est pas négligeable (% pour 2014) :

- FOR_ACT : valeur manquante ou 'xx' pour 0,50% des séquences (impossible d'attribuer la séquence à une des deux natures de prise en charge)
- MOD_SOI : valeur manquante ou 'x' pour 0,53% des séquences ; parmi les séquences de temps complet, 0,40% des séquences
- DGN_PAL : valeur manquante pour 5,7% des séquences (pour comparaison : 6,6% en 2010) ; parmi les séquences de temps complet, 5,1% des séquences

5. Effectifs clé et éléments de la qualité de chaînage

Le tableau suivant montre pour chaque année le nombre de séjours, la part des séjours avec une anomalie de l'identifiant patient signalée ainsi que la part des séjours avec identifiant patient retrouvé parmi les consommateurs dans DCIR. Il illustre la montée en charge du RIM-P et l'amélioration constante de la qualité de chaînage. Ces éléments peuvent aider les utilisateurs à choisir les années à étudier en fonction des exigences de leur étude en termes d'exhaustivité et de qualité du chaînage.

Année	Nb séjours		Part des séjours avec anomalie de l'identifiant patient (signalée dans la table de chaînage par les 7 codes retour)		Parmi les séjours sans anomalie de l'identifiant patient, part des séjours avec identifiant patient retrouvé parmi les consommateurs dans DCIR (de l'année)	Part des séjours avec anomalie de l'identifiant patient après correction via l'IPP	
	Ensemble	Temps complet	Ensemble	Temps complet	Ensemble	Ensemble	Temps complet
2014	888 412	672 929	4,2%	3,4%	97,3%	2,9%	2,7%
2013	885 057	668 655	4,5%	3,8%	97,0%	3,4%	3,1%
2012	986 338	664 344	8,5%	5,0%	96,6%	6,7%	4,3%
2011	966 325	652 998	8,3%	4,4%	94,5%	6,4%	3,6%
2010	956 918	637 841	10,9%	7,7%	92,7%	9,2%	7,0%
2009	909 548	612 978	11,1%	6,6%	89,4%	8,8%	5,5%
2008	903 321	580 820	24,6%	11,2%	RSI et MSA absents de DCIR	21,4%	10,1%
2007	612 258	434 448	36,0%	26,4%		31,7%	23,9%

Autre élément relatif à l'exhaustivité : « En 2011, 95 % des établissements de santé (soit 552) ont remonté leurs données à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). En termes de journées, venues ou actes, l'exhaustivité du recueil est de 98 % pour les journées d'hospitalisation temps plein et les venues en temps partiel, et de 80 % pour l'activité ambulatoire en Centre médico-psychologique (CMP), lorsque l'on compare les données du Rim-P à celles de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). » (extrait de [8])

Le tableau indique aussi les résultats d'une amélioration du chaînage via l'IPP. L'idée en est la suivante : pour les séjours avec une anomalie signalée concernant l'identifiant patient, on cherche d'autres séjours du même IPP. Parmi les identifiants patients de ces séjours, on sélectionne ceux qui n'ont pas d'anomalie signalée et on les utilise pour les séjours du départ correspondants. Là aussi, les utilisateurs devraient décider de recourir ou non à cette manipulation supplémentaire en fonction des exigences en termes de qualité du chaînage.

Bien que la part globale des séjours avec une anomalie de l'identifiant patient signalée soit relativement faible, cette part varie assez fortement en fonction des établissements et des régions (chiffres pour 2014) :

Région	Nb séjours	Part des séjours avec anomalie de l'identifiant patient (signalée dans la table de chaînage par les 7 codes retour)
ALSACE	22 354	1,0%
AQUITAINE	45 390	2,2%
AUVERGNE	24 379	1,5%
BASSE-NORMANDIE	16 346	10,1%
BOURGOGNE	22 742	3,8%
BRETAGNE	59 147	0,5%
CENTRE	30 018	3,3%
CHAMPAGNE-ARDENNE	12 959	20,1%
CORSE	3 326	10,9%
FRANCHE-COMTE	16 691	1,8%

GUADELOUPE	2 817	5,0%
HAUTE-NORMANDIE	18 427	0,2%
ILE DE FRANCE	142 389	8,7%
LA REUNION	8 572	7,8%
LANGUEDOC-ROUSSILLON	49 916	3,1%
LIMOUSIN	13 562	0,5%
LORRAINE	27 274	0,3%
MARTINIQUE	2 642	12,3%
MIDI-PYRENEES	58 662	2,7%
NORD PAS-DE-CALAIS	50 258	1,6%
PAYS DE LOIRE	48 070	2,4%
PICARDIE	18 320	1,9%
POITOU-CHARENTES	34 918	10,5%
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	69 420	5,2%
RHONE-ALPES	82 013	1,7%
SERVICE DE SANTE DES ARMEES	7 800	5,3%
TOUTES	888 412	4,2%

6. Quelques éléments pour la programmation sous SAS

Dénombrement des séjours et des journées. Les nombres de séjours du tableau d'effectifs ont été calculés selon le code SAS suivant qui fournit également le nombre de journées (ici pour l'année 2014).

```
proc sql ;
%connectora;
drop table sortie;
create table sortie as select * from connection to Oracle
(select case when (for_act in ('01','02','03','04','05','06','07')) then 'Temps complet'
              when (for_act in ('20','21','22','23')) then 'Temps partiel'
              else 'ND'
end as type,
sum(nvl(pre_jou_nbj,0))+0.5*sum(nvl(pre_dem_jou_nbj,0)) as nb_jours_type,
count (*) as nb_rpsa_type,
count (distinct eta_num_epmsi||rip_num) as nb_sej_type
from t_ripl4rsa
group by case when (for_act in ('01','02','03','04','05','06','07')) then 'Temps complet'
              when (for_act in ('20','21','22','23')) then 'Temps partiel'
              else 'ND'
end
);
disconnect from oracle ;
quit;
```

Pour l'hospitalisation à temps complet, le nombre de journées correspond au nombre de nuitées (donc 0 si le patient sort le jour de l'entrée), alors que pour l'hospitalisation à temps partiel il correspond au « vrai » nombre de journées de présence. A noter que pour les prises en charge en activité combinée les nombres de journées des deux séquences sont additionnés, bien qu'elles portent sur le même période.

Par ailleurs, le nombre de séjours obtenu avec ce code SAS dans le SNIIRAM correspond exactement au nombre indiqué dans les tableaux MAPSY calculés par l'ATIH [6], ce qui témoigne à la fois de la qualité de la restitution des données dans le SNIIRAM et de la justesse de règle de calcul. Par ailleurs, le Guide de lecture des tableaux MAPsy peut aussi être lu comme une aide à l'utilisation des données du RIM-P [6].

Une observation : pour 53 575 (10,3%) des 521 727 séquences de temps partiel (chiffres pour 2014), le nombre de journées de présence (somme de PRE_JOU_NBJ et PRE_DEM_JOU_NBJ) était égal à 0. Parmi eux, 19 489 (36,4%) avait la variable « Indicateur de séquence » était égale à 'A' ou 'P' (activité combinée). Renseignements pris auprès de l'ATIH, il s'agit très probablement de patients qui ne sont pas revenus en hôpital de jour (ou autre prise en charge à temps partiel) et dont le séjour n'a pas été clos (les séquences se suivent automatiquement jusqu'au jour qu'on s'en aperçoit et décide de les fermer).

Calcul des dates de début et de fin des séquences. Les dates de début et de fin des séquences peuvent être calculées à partir des variables ENT_DAT « Date d'entrée », DEL_DAT « Délai entre la date de début de la séquence et la date d'entrée du séjour » et SEQ_COU_NBJ « Nombre de jours couverts par la séquence » :

```
format ent_dat2 ddmmyy10. debut_sequence ddmmyy10. fin_sequence ddmmyy10.;  
ent_dat2=input(ent_dat, ddmmyy8.);  
debut_sequence=ent_dat2+del_dat;  
fin_sequence=debut_sequence+seq_cou_nbj;
```

La fin de séquence ainsi calculée correspond au début de la séquence suivante, s'il y en a une. Par ailleurs, pour les séjours à cheval entre 2014 et 2015 (actuellement les données du RIM-P 2015 ne sont pas encore disponibles dans le SNIIRAM), il peut parfois être utile d'utiliser, en absence de la date de fin du séjour, la date de fin de la dernière séquence en 2014.

Reconstitution des séjours à cheval sur plusieurs années. La reconstitution des séjours nécessite de rassembler l'ensemble de ses séquences et d'établir leur ordre chronologique. Pour les séjours entièrement décrits par le RIM-P d'une seule année, le séjour est identifié par la clé de séjour (ETA_NUM_ EPMSI, RIP_NUM) et la variable SEQ_SEQ_NUM indique leur ordre chronologique. Par contre, pour les séjours sur plusieurs années, il faut utiliser les variables NIR_ANO_17 « N° anonyme » (identifiant patient) et ENT_DAT « Date d'entrée » pour l'ensemble des séquences du séjour. Les variables SEQ_<PRE/DER>_IND « Indicateur de première/dernière séquence du séjour » peuvent également être utiles.

A noter que pour beaucoup d'études la restitution des séjours n'est pas nécessaire et l'exploitation au niveau des séquences est suffisante.

Points divers

La notion de sortie d'essai (variable SEQ_IND : modalité 'E'). Jusqu'en 2011, une sortie d'essai n'interrompait pas le séjour, mais donnait lieu à la création d'une nouvelle séquence pour laquelle la variable « Indicateur de séquence » était égale à 'E', indiquant ainsi la sortie d'essai. Au retour de la sortie d'essai, il y avait de nouveau un changement de séquence. Ainsi en 2011, 67 101 séquences, appartenant à 22 368 séjours, ont été codées en « sortie d'essai ». A noter que, pour un patient donné, les séquences de « sortie d'essai » d'une année peuvent couvrir une période longue, voire toute l'année. En 2012, cette notion de sortie d'essai était supprimée dans le RIM-P, un départ en sortie d'essai marquant dès lors la fin du séjour. Toutefois, certains établissements continuent de coder des séquences de « sortie d'essai » : en 2014, on en compte 2 763, appartenant à 795 séjours. Certaines études peuvent nécessiter une gestion particulière des sorties d'essai, car durant ces sorties d'essai les patients n'ont pas réellement hospitalisés.

L'activité des Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) (variable FOR_ACT [avant 2012 : NAT_PEC]). A partir de 2013, cette activité n'est plus décrite par les RPS (dédiés aux hospitalisations), mais par les RAA (dédiés à l'activité ambulatoire). Pour certaines analyses, notamment dans les analyses de l'évolution d'activité, il convient de tenir compte de cette modification à l'aide de la variable « Forme d'activité » (cf. baisse d'effectifs en 2013 indiquée dans le tableau d'effectifs).

Les soins sans consentement (variable MOD_SOI [avant 2012 : SEJ_LEG] : modalités 2 à 8). « La contrainte aux soins constitue une exception psychiatrique, le consentement aux soins étant une condition indispensable à toute prise en charge thérapeutique ... Dès lors que la conscience du trouble ou du besoin de soins peut être altérée, le recours aux soins sans consentement en psychiatrie est indiqué quand il y a un trouble psychiatrique sévère, un danger pour la personne ou pour autrui et un besoin de traitement ... » (extrait de [9])

« Jusqu'à 2011 inclus, les soins sans consentement n'étaient autorisés que pour les patients hospitalisés à temps plein. A partir de 2012, ces mêmes soins sont possibles quelle que soit la modalité de prise en charge (hors placement familial thérapeutique), y compris en soins ambulatoire. Près de 16% des journées d'hospitalisation en psychiatrie sont réalisées sans le consentement du patient et concernent plus de 75 000 patients. » (extrait de [7], pour 2014)

L'isolement thérapeutique (variable THE_ISO_NBJ). « Certains patients hospitalisés à temps plein sont pris en charge en isolement thérapeutique. En 2014, près de 25 000 patients ont eu au moins une journée en isolement thérapeutique. La durée de prise en charge en isolement thérapeutique est stable : autour de 15 jours par patient. Ce type de soins représente 2% des journées à temps plein de psychiatrie ... » (extrait de [7], pour 2014)

La sectorisation psychiatrique (variable SEC_NUM). « Comparée à d'autres pays, l'offre de soins française en psychiatrie peut être considérée comme quantitativement importante, notamment en termes d'équipement et de ressources humaines ... Elle peut également être qualifiée d'innovante, comme en témoigne l'organisation pionnière, en réseau, de son offre hospitalière publique sur la base d'une sectorisation géographique originale : le 'secteur psychiatrique'. Ce dernier, mis en place par la circulaire de mars 1960 ... constitue l'unité de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique. Il dispense et coordonne, pour une aire géo-démographique de proximité, l'ensemble des soins et services nécessaires à la couverture globale des besoins : prévention, soins, postcure et réadaptation. ... Contrairement à d'autres pays, la politique de secteur ne s'est pas prononcée contre l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie mais pour son 'dépassement' ..., les hospitalisations et leurs alternatives faisant partie d'un système de prise en charge unifié et complémentaire... » (extrait Coldefy M et coll. (2009). Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. Irdes, Questions d'économie de la santé n° 145)

Dans le RIM-P, la variable « N° de secteur ou de dispositif intersectoriel » est composée de 5 caractères :

- Numéro du département (sur 2 caractères) ;
- Type de secteur ou de dispositif intersectoriel : G (psychiatrie générale), I (psychiatrie infantojuvénile), P (pénitentiaire), Z (dispositif intersectoriel formalisé)
- Numéro du secteur ou du dispositif intersectoriel au sein de l'établissement (sur 2 caractères).

Pour les unités pour malades difficiles (UMD) à vocation interrégionale, est indiqué : le code du département d'implantation suivi de la lettre 'D' et de '00'.

Perspectives	Pour l'évolution future du RIM-P, différents travaux préparatoires sont menés [3].
Sujets d'application	Les usages que l'on peut faire des données du RIM-P sont potentiellement très nombreux : analyse des pratiques de soins psychiatrique et du parcours des patients, la régulation de la prise en charge psychiatrique, la surveillance des effets des médicaments, la recherche épidémiologique ...
Tables, variables, accès	Tables : tables préfixées T_RIP (années 2007-2014). Accès : tout profil utilisateur (accès restreint pour certaines variables)
Code SAS	Cf. texte.
Bibliographie	<p>Le contenu du RIM-P : guide méthodologique, formats, travaux en cours sur l'évolution future</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P) : http://www.atih.sante.fr/psy/documentation?secteur=Psy#Guides méthodologiques 2. Manuel des logiciels PIVOINE et PIVOINE-OQN (logiciel de production des RPSA à partir des RPS par les établissements publics et privés, respectivement ; contient les formats des fichiers) : http://www.atih.sante.fr/plateformes-de-transmission-et-logiciels/logiciels-espace-de-telechargement 3. Comité technique « Psychiatrie », documents relatifs aux différentes réunions : http://www.atih.sante.fr/psy/comite-technique-psychiatrie?secteur=Psy <p>Les tables du RIM-P dans le SNIIRAM</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Portail SNIIRAM ==> Tableaux et requêtes ==> Liste de documents ==> Dossiers publics ==> SNIIRAM ==> _Documentation SNIIRAM ==> PMSI ==> PMSI PSY <p>Aides à l'utilisation des données du RIM-P</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Document ATIH « Aide à l'utilisation des informations de chaînage » : http://www.atih.sante.fr/aide-lutilisation-des-informations-de-chainage 6. Tableaux MAPsy (accès avec identifiant) : http://www.scansante.fr/applications/validation-pmsi?secteur=Psy (s'y trouvent également, en accès libre, des statistiques par forme d'activité et diagnostic ainsi qu'une cartographie de l'activité psychiatrique) Guide de lecture : http://www.scansante.fr/guide-de-lecture-des-tableaux-mapsy-0 <p>Exemples d'utilisation des données du RIM-P</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Document ATIH annuel « Analyse de l'activité hospitalière » : http://www.atih.sante.fr/panorama-national-de-l-activite-hospitaliere 8. Coldefy M, Nestrigue C (2015). La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011. Irdes, Questions d'économie de la santé n°

	<p>206.</p> <p>9. Coldefy M, Tartour T (2015). De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011. Irdes, Questions d'économie de la santé n° 205.</p> <p>10. Coldefy M, Nestrigue C (2014). L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. Irdes, Questions d'économie de la santé n° 202.</p> <p>11. Coldefy M, Nestrigue C (2013). La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. Irdes, Questions d'économie de la santé n° 191.</p> <p>Documents accessibles pour les collaborateurs CNAMTS/DSES (\\srv_stat\ressource\Depp\Documentation Référentiels\Systèmes d'information\PMSI\FAQ)</p> <p>12. PMSI PSY <année> sous le portail SNIIRAM en pratique.docx</p> <p>13. PMSI PSY 2010 sous le portail SNIIRAM illustre par un exemple concret.xls</p> <p>14. Identifiant patient anormal RIPxxC 2010 a 2014.xls</p> <p>15. Amelioration chainage via l IPP.xlsx (avec code SAS)</p>
--	--