

# **CIRCULAIRE n° 325 du 12 février 1990 relative aux modalités de mise en place des structures de gestion de l'information médicale dans les établissements hospitaliers publics et privés participant au service public.**

NOR : *SPSH9010071C* (non parue au *Journal officiel*)

Référence :

*Circulaire n° 303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du P.M.S.I. et l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics.*

Le ministre de la solidarité de la santé et de la protection sociale à Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales, pour mise en oeuvre) ; Madame et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales, pour mise en oeuvre et diffusion aux établissements concernés).

Cette circulaire complète et précise la circulaire n° 303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I.) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier (cette dernière mention, bien que figurant dans le corps du texte, a été omise dans l'intitulé de la circulaire n° 303).

Il importe que les services extérieurs prennent toute leur place dans le programme de médicalisation des systèmes d'information, désormais en cours de généralisation. Compte tenu notamment de l'importance inégale des établissements de court séjour dans chaque département, les D.R.A.S.S. se sont vu confier la gestion d'une enveloppe spécifique pour le financement des structures d'information médicale. Les D.D.A.S.S. seront associées à la définition de la politique, notamment à travers les collèges régionaux de directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales.

Sont abordés dans la présente circulaire :

- les modalités de gestion de l'enveloppe régionale P.M.S.I. (1);
- l'instruction des dossiers et le choix des priorités (2);
- les engagements que doivent prendre les établissements (3);
- les moyens en personnel médical à attribuer au titre de la création d'un département ou service d'information médicale (4).

## **1. La gestion de l'enveloppe régionale P.M.S.I.**

Ayant défini une politique (un P.M.S.I. adapté aux besoins des acteurs de terrain), une procédure (les engagements des hôpitaux) et une organisation (le D.I.M.), les pouvoirs publics mettent en oeuvre des moyens importants : le montant des enveloppes régionales pour 1990, tel qu'il figure dans la circulaire budgétaire, est rappelé en annexe. Pour la gestion de cette enveloppe, les D.R.A.S.S. se guideront sur les principes détaillés ci-après.

**1.1.** Les D.R.A.S.S. devront faire l'hypothèse qu'un effort financier de même ampleur pourra être reconduit dans le taux directeur pour 1991: il est nécessaire de partir de ce principe pour évaluer les moyens dont chaque établissement concerné pourra bénéficier à l'issue d'une

période de montée en charge estimée à trois ans (1990, 1991, 1992), avec un financement sur deux ans (1990 et 1991). Cette hypothèse devra bien entendu être confirmée dans la circulaire budgétaire de 1991.

**1.2.** Seuls sont concernés par cette enveloppe les établissements publics et privés participant au service public ayant une activité de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) et de taille suffisante. La constitution de départements ou services de l'information médicale (D.I.M. pour faire court) dans les hôpitaux les plus petits - de moins de 100 lits actifs par exemple n'est évidemment pas interdite, mais elle devra se faire dans le cadre de votre enveloppe. Il est également souhaitable que se créent des D I M. dans les centres hospitaliers spécialisés, mais le financement de telles opérations ne sera possible que pour un petit nombre d'établissements et dans le cadre d'une expérimentation nationale (hors enveloppe régionale). Des instructions complémentaires sont en préparation sur ce point.

**1.3.** Les moyens ainsi mis à la disposition des D.R.A.S.S. au titre du P.M.S.I. ne suffiraient pas à financer l'informatisation des unités de soins: celle-ci relève de procédures de financement plus classique et, en tout état de cause, ne saurait avoir le P.M.S.I. pour seule finalité (même s'il existe incontestablement des liens entre les deux démarches). En revanche, une partie des charges liées à l'équipement informatique du D.I.M. lui-même pourra le cas échéant être financée sur l'enveloppe régionale P. M..S. I.

**1.4.** A titre indicatif, il est admis qu'un D I M. ne saurait fonctionner avec moins d'un mi-temps médical et l'équivalent d'un plein temps de technicien(ne) de l'information médicale (en général une secrétaire médicale). Sans outil informatique d'aide au codage, et dans le cas d'un système de codage centralisé au D.I.M., une secrétaire médicale peut coder environ 8000 RSS par an; cependant le choix de solutions décentralisées dans les services, et l'acquisition de logiciels de transcodage ou d'aide au codage, sont évidemment possibles. D'autre part, les besoins ne sont pas proportionnels à l'activité de l'établissement même s'ils en dépendent partiellement. Il vous appartiendra donc de gérer vos enveloppes en conséquence, et d'estimer les moyens nécessaires tant en personnel qu'en matériel, en fonction de la taille de l'établissement, des ressources existantes, de l'organisation choisie et du calendrier de montée en charge prévu.

**1.5.** L'attribution des crédits de l'enveloppe régionale est conditionnée par un engagement de l'établissement. Une fois l'engagement acté, le représentant de l'État dans le département approuve le budget primitif ou la décision modificative en tant qu'ils résultent de cet engagement.

**1.6.** Cette procédure implique qu'il n'existe aucun « droit de tirage » sur l'enveloppe régionale P.M.S.I., ni pour un établissement ni pour un ensemble d'établissements; c'est au niveau régional qu'est déterminé l'ordre des priorités et que sont répartis les moyens à affecter, au titre du D.I.M., à chaque établissement.

## **2. L'instruction des dossiers et le choix des priorités**

**2.1.** Le dossier de demande de moyens relatifs à l'information médicale est déposé par l'établissement à la D.D.A.S.S. laquelle le transmet à la D.R.A.S.S. avec ses observations. Une cellule constituée par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales, et placée sous sa responsabilité, instruit le dossier.

La composition précise de cette cellule est laissée à l'appréciation du directeur régional. Cependant, en règle générale, il convient de s'appuyer sur le médecin inspecteur régional ou un médecin inspecteur de la santé désigné par lui, le statisticien régional et un représentant de la cellule régionale d'analyse de gestion. D'autres personnes peuvent s'adjoindre à cette cellule, notamment le responsable de l'informatique et de l'organisation, ou lui être associées à titre d'experts. Il ne faut pas hésiter en particulier à bénéficier de l'expérience acquise par des directeurs d'hôpital ou médecins responsables de D.I.M. dans la région. Il est suggéré que le médecin inspecteur de la santé désigné joue un rôle pilote dans l'instruction des dossiers. Il assure la coordination avec ses collègues dans les départements.

**2.2.** Les moyens seront attribués en priorité aux établissements les plus motivés, ayant les meilleures chances de succès et susceptibles de servir d'exemple. La qualité des dossiers sera notamment fonction :

- du degré d'implication du corps médical dans le projet; à cet égard il est préférable qu'il y ait un praticien hospitalier, présent dans l'établissement, qui soit désireux de prendre la responsabilité du D.I.M.;
- des ambitions de l'établissement en matière d'information médicale (les résumés de sortie standardisés et leur classement en groupes homogènes de malades ne constituent qu'un minimum dont l'enrichissement est souhaitable; en particulier le dossier devra présenter clairement quels avantages les médecins, le personnel soignant et la direction attendent de la mise en place du D.I.M.
- de l'état d'avancement des réflexions techniques sur le système d'information de l'hôpital, et notamment de l'existence d'un schéma directeur d'information; mais l'informatisation complète des unités de soins, ou *a fortiori* du dossier médical, ne doit pas constituer un préalable pour un établissement motivé ;
- de la présence de professionnels formés au P.M.S.I. dans l'établissement.

La précipitation et l'attentisme sont tous deux à éviter. La généralisation du P.M.S.I. implique que tous les établissements concernés soient fortement incités à mieux connaître leur activité médicale. A terme, l'action de planification des services extérieurs de l'Etat s'appuiera elle-même sur un système d'information médicalisé. Cependant dans l'immédiat *la médicalisation du système d'information est d'abord un service que l'établissement se rend à lui-même*. Les hôpitaux prêts à commencer doivent donc disposer de moyens sans délai et sans qu'il soit besoin d'avoir réuni un grand nombre de demandes ; les autres hôpitaux seront incités à affiner leur projet et disposent de trois ans pour le mettre en oeuvre.

### **3. Les engagements des établissements**

En contrepartie des moyens qui lui sont alloués, et qui, pour ce qui est des moyens permanents sont normalement inclus dans sa base budgétaire, l'établissement :

- présente son projet (motivations, nature et extension des informations à recueillir, mode de recueil, règles admises par les acteurs pour l'utilisation de l'information en gestion interne, mais aussi, éventuellement, suivi des coûts, couplage avec la gestion des dossiers médicaux, analyse des charges de travail en soins infirmiers...);

- indique le nom du médecin, praticien hospitalier et de préférence chef de service, qui prendra la responsabilité du D.I.M.; à défaut, il précise les modalités de recrutement envisagées ;
- précise le mode de fonctionnement prévu pour le D.I.M. (le règlement intérieur du D.I.M., notamment poura figurer en annexe de la lettre d engagement).

Il s engage également:

- sur un calendrier prévoyant la couverture par les résumés de sortie standardisés (R.S.S.) de la totalité du court séjour, des séances (chimiothérapie, dialyse...) et de l'hospitalisation de jour, ainsi que si l'établissement le souhaite, sur le suivi d'autres modalités de prise en charge ;
- sur la transmission des R.S.S. (anonymes) à une base nationale et ou régionale de données, étant entendu qu'en état actuel de la réglementation, ces informations ne sauraient donner lieu à publicité ou à exploitation sans l'accord de l'établissement ;
- sur le choix de procédures permettant d'assurer la confidentialité des données médicales nominatives, et sur la déclaration à effectuer auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés pour le traitement informatique de telles données ;
- sur une procédure permettant d'évaluer la qualité des données et le respect du calendrier de montée en charge.

Sauf difficultés graves et imprévisibles, la façon dont l'engagement aura été respecté devra intervenir dans l'appréciation des demandes ultérieures de moyens de l'établissement.

L'établissement fournira en outre :

- les données essentielles relatives à sa structure et à son activité extraites de la statistique H80 ou EHP ;
- le schéma directeur d'information s'il existe.

#### **4. Les moyens en personnel médical à attribuer aux établissements**

La circulaire du 24 juillet 1989 a énoncé sur ce point des recommandations mais une grande latitude d'appréciation est laissée aux hôpitaux et aux D.R.A.S.S. en ce qui concerne les moyens en personnel médical rendus nécessaires par la création d'un D.I.M. Il s'agit surtout d'asseoir la légitimité de cette nouvelle structure et d'en faire saisir toute l'importance dans une communauté hospitalière moderne. A cette occasion se crée une nouvelle profession à l'hôpital.

Le nombre de poste à créer sera doublement contraint par l'enveloppe régionale et par l'existence d'un seuil (un mi-temps de P.H.) qui favorise relativement les établissements plus petits.

Le poste de médecin responsable du D.I.M. peut être pourvu soit par un praticien hospitalier de l'établissement, soit par recrutement. Il s'agit soit d'un clinicien ou fondamentaliste qui s'intéresse à la gestion de l'information médicale, soit d'un spécialiste de santé publique.

Dans la majorité des cas, et surtout pour la première vague des D.I.M. à créer, c'est un médecin de l'établissement qui prendra la responsabilité du D.I.M., généralement à temps partagé avec son activité clinique. Praticien hospitalier, il est de préférence déjà chef de service (afin notamment qu'il siège de droit à la commission médicale d'établissement dans les centres hospitaliers non universitaires). La création d'un service de l'information médicale permet éventuellement de lui conférer ce titre, mais cette solution comporte des inconvénients (mandat de cinq ans, rigidités...). La formule du département est sans doute mieux adaptée à une activité à temps partagé; elle correspond bien à la vocation du D.I.M., structure transversale par laquelle des chefs de service mettent en commun des moyens (l'information médicale en l'occurrence).

En général, c'est donc au service clinique d'origine du responsable du D.I.M. qu'il convient d'affecter des moyens en personnel médical, à titre de compensation: vacances d'attaché, assistant, ou praticien hospitalier à temps partiel. Les solutions les plus souples doivent sans doute être préférées dans un premier temps.

Il sera parfois utile d'attribuer au D.I.M. des vacances supplémentaires afin de favoriser une assistance aux services qui débutent dans le recueil des informations.

Si, dans un centre hospitalier non universitaire aucun P.H. de l'établissement n'a la vocation, la compétence ou la disponibilité nécessaires, on peut envisager par exemple que le président de la C.M.E. prenne la responsabilité du D.I.M., et qu'un assistant de santé publique en soit l'animateur technique. Éventuellement, un assistant pourra animer ainsi les D.I.M. de deux établissements, géographiquement proches, qui le souhaiteraient.

Dans l'état actuelle de généralisation, le recrutement d'un P.H. à temps partiel ou à temps plein, par voie de concours dans la spécialité n° 6-01 (épidémiologie...) ne concernera vraisemblablement que les très grands établissements, pour lesquels des formules adaptées devront être trouvées, sans qu'elles nuisent à l'appropriation des nouvelles structures par le corps médical.

L'ensemble des instructions et recommandations de cette circulaire sera à préciser et à adapter en fonction des situations locales et de l'expérience acquise. La mission P.M.S.I. de la direction des hôpitaux se tient à votre disposition pour toute demande de conseil et de soutien. Vous lui transmettez une synthèse semestrielle de l'état d'avancement du programme ainsi que les lettres d'engagement les plus significatives, susceptibles de servir de modèles. Vous lui ferez part des difficultés rencontrées, à l'occasion de réunions trimestrielles nationales, où les D.R.A.S.S. enverront leurs représentants.

Une *lettre des systèmes d'information médicalisés* publiée trimestriellement, fera le point des expériences et des réflexions. Des documents relatifs, l'un à l'informatique et au P.M.S.I., l'autre aux problèmes pratiques de la constitution d'un D.I.M. sont en cours de rédaction et vous seront adressés. Un groupe travaille également sur les outils de la description médicale et du codage; ses travaux donneront lieu également à publication. Un *B.O.* spécial à paraître regroupe l'ensemble des arrêtés et circulaires relatifs au P.M.S.I.

Pour le ministre et par délégation :

*Le directeur des hôpitaux*

**G.VINCENT**