

**CIRCULAIRE DH/P.M.S.I. 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**

NOR : SPSH8910309C

**(Non parue au *Journal officiel*)**

***Références :***

- Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière ;
- Loi n° 89-470 du 10 juillet 1989 approuvant le X<sup>e</sup> Plan (1989-1992) ;
- Décret n° 83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements publics et privés participant au service public hospitalier ;
- Décret n° 84-1042 du 28 novembre 1984 relatif à l'exercice du contrôle médical de la sécurité sociale dans les établissements, services et institutions sanitaires et médico-sociaux recevant des bénéficiaires des différents régimes obligatoires d'assurance maladie ;
- Arrêté du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, du 3 octobre 1985, autorisant l'informatisation des résumés de sortie standardisés dans les établissements publics et privés participant au service public hospitalier ;
- Circulaire n° 119 du 4 octobre 1985 relative à la mise en place dans les établissements hospitaliers des résumés de sortie standardisés (R.S.S.) ;
- Circulaire n° 160 du 5 août 1986 relative à la diffusion de la classification des groupes homogènes de malades (G.H.M.) ;
- Circulaire n° 178 du 11 mars 1987 relative à la collecte et à l'exploitation des R.S.S
- Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des 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 information]) ; Madame et Messieurs  
les préfets de département (directions départementales des affaires  
sanitaires et sociales [pour diffusion]) ; Mesdames et Messieurs les  
chefs d'établissement***

L'édification de l'hôpital de demain s'inscrit au nombre des grands objectifs de la politique de santé.

Pour répondre à une demande en constante progression et aux exigences nouvelles des malades, pour assurer la prise en charge optimale du patient, le système hospitalier doit relever des défis économiques et techniques qui ne sont pas propres à la France. Dans cette démarche, la France occupe une place de choix et sa position d'avant-garde est reconnue dans plusieurs domaines. Devant les évolutions très rapides, les efforts pour maintenir cette position sont quotidiens.

Une action commune de tous les intervenants de la santé est nécessaire. Elle suppose un dialogue entre les différentes professions et fonctions, la reconnaissance du rôle de chacun, des échanges dans les domaines techniques et financiers.

La mise en place d'un système d'information aux règles simples et admises par tous offrira la possibilité, à partir d'objectifs déterminés et de moyens alloués, de suivre les réalisations, d'analyser les écarts constatés et de tendre vers la meilleure adéquation des moyens aux missions.

Autour de données communes, chaque acteur du système hospitalier disposera des informations utiles à ses pratiques professionnelles.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I.), expérimenté depuis 1983, constitue une étape essentielle pour le recueil et la mise en commun des informations :

- il permettra la production par les hôpitaux d'informations relatives à leurs activités afin d'améliorer le fonctionnement interne, les évaluations d'activités et les prévisions pluri-annuelles ;
- il sera un support pour nourrir un dialogue constructif entre les hôpitaux, les tutelles et l'ensemble des partenaires du système hospitalier.

La présente circulaire :

- présente les enjeux et les finalités du nouveau système d'information (I) ;
- indique les modalités de constitution des nouvelles structures de gestion de l'information médicale (II) ;
- annonce les moyens à attribuer pour la mise en place de ces structures (III),

### **I. - Enjeux et finalités**

Le chantier de la médicalisation du système d'information comporte à l'évidence plusieurs étapes. Les établissements conservent donc, autour d'un noyau minimum d'information, la liberté d'améliorer le processus de regroupement des patients traités et de calcul des coûts.

La méthode s'inscrit dans un système plus ambitieux d'information médicale que chaque établissement pourra développer en fonction des besoins exprimés par les médecins et les gestionnaires, en vue de mieux connaître son activité, et de contribuer à une évaluation de la qualité des soins. Par exemple, le R.S.S. pourra être enrichi de données de soins infirmiers.

Le recueil et le traitement des résumés de sortie standardisés (R.S.S.) tels qu'ils sont définis par l'arrêté et les circulaires cités en référence constituent un progrès majeur dans la connaissance des activités et des besoins de l'hôpital.

L'exploitation des R.S.S. :

- favorise la création et l'enrichissement de bases de données médicales ;
- permet, notamment, la répartition des séjours hospitaliers en groupes homogènes de malades (G.H.M.), tels qu'ils sont définis dans la circulaire citée en référence ;
- participe ainsi à la réalisation d'une meilleure adéquation des moyens aux missions.

Dans le courant des années 1989 à 1991, le recueil des résumés de sortie standardisés (R.S.S.) sera généralisé dans les hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier. De plus, les établissements volontaires pourront entreprendre de recueillir les données économiques et financières nécessaires au calcul des coûts. Cette méthode de calcul pourra être ensuite généralisée à l'ensemble des hôpitaux.

La précision ainsi obtenue, malgré des imperfections certaines, représente un enrichissement considérable par rapport à l'existant : les indicateurs d'activité actuels ne permettent pas de distinguer clairement les priorités. Leur insuffisance conduit à des choix discutables que relèvent, à juste titre, les professionnels et les usagers. Seule l'introduction de données médicales dans le système d'information des hôpitaux permettra de connaître la nature et le volume de l'activité, d'assouplir les méthodes de financement des budgets et d'orienter les procédures vers un contrôle *a posteriori*.

Ainsi et dès l'exercice budgétaire 1991, les demandes de moyens supplémentaires que pourraient présenter les hôpitaux seront utilement étayées à partir des premières observations faites sur les R.S.S., qui pourront servir de références dans les discussions entre les hôpitaux, les tutelles et les autres partenaires du système hospitalier.

Les indications fournies par les R.S.S. ne sauraient donner lieu à une lecture mécaniste : leur validité et leur interprétation seront discutées et appréciées au sein des commissions médicales d'établissement (C.M.E.) ainsi qu'au niveau régional dans des comités régionaux définis après consultations des institutions représentatives. Ces comités auront un rôle de conseil et pourront à ce titre susciter des travaux d'experts concernant des approfondissements souhaitables dans certains domaines.

Une expérimentation nationale sera entreprise dès 1990 avec les établissements volontaires les plus avancés dans le recueil des R.S.S. Elle portera, en priorité, sur une méthode pour arriver à une meilleure adéquation des moyens aux missions dans le cadre du budget global. De plus, à l'intérieur du système d'information et de gestion du ministère, elle permettra de préciser le contenu, les circuits de recueil, les traitements et les échanges d'informations dans lesquels s'inscriront en particulier les données du P.M.S.I. Cette expérimentation s'étendra sur trois ans.

Seule l'activité de court séjour et l'hospitalisation de jour sont saisies dans les R.S.S. L'extension du même type d'analyse aux autres activités de l'hôpital sera étudiée. Il sera tenu compte des particularités de l'établissement et des servitudes de service public (recherche, enseignement, urgences notamment).

Le rôle de la direction des hôpitaux sera de mettre à la disposition la force de conseil et de formation suffisantes, ainsi que les moyens nécessaires négociés suivant les modalités prévues ci-dessous (III). De plus, l'interprétation de l'éventail des cas d'un établissement pose notamment des problèmes de qualité de l'information, de complexité des pathologies, de diversité des pratiques médicales, de variété des structures et des modes d'organisation : un guide méthodologique sera fourni.

Lorsque les liaisons entre les bases de données médicales et celles des données économiques et financières seront opérationnelles et constitueront un historique suffisant, le P.M.S.I. pourra servir d'aide à la planification et à la répartition budgétaire interétablissement dans le cadre du système d'échange du ministère.

## **II. - L'organisation de l'information médicale**

Les expérimentations en cours depuis 1983 ainsi que la réflexion du conseil scientifique du P.M.S.I. ont permis de conclure à la nécessité dans chaque établissement hospitalier d'une structure d'information médicale.

La circulaire du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics indiquait dans ses grandes lignes le rôle d'une telle structure, laissait sa constitution à l'initiative des établissements et recommandait qu'elle prît la forme d'un département dans les hôpitaux de plus de 200 lits actifs.

Bien entendu la création d'un département ou d'un service suit les procédures régulières (prévues à l'art. 20 de la loi du 31 décembre 1970 modifiée). Cependant le choix d'une organisation en département paraît offrir davantage de souplesse, et correspond mieux à la vocation transversale de cette activité.

Les indications qui suivent ne font que détailler ce qui semble souhaitable ou envisageable aujourd'hui, à ce titre, elles constituent des recommandations :

- quant aux fonctions de cette structure (1) ;
- quant à son organisation (2).

### 1. *Fonctions du département ou service d'information médicale*

Le D.I.M. a la vocation d'être un lieu privilégié de l'information hospitalière. Avec ses outils informatiques et ses compétences, il est au service de tous les acteurs hospitaliers, pour ce qui concerne notamment :

- la connaissance des activités cliniques ;
- la liaison entre les données économiques et médicales ;
- le suivi des soins infirmiers.

La présente circulaire envisage ces fonctions sous l'angle de ce qui peut être fait dès aujourd'hui ou à bref délai dans l'ensemble des établissements concernés. L'énumération qui suit n'est pas limitative.

#### 1.1. Les résumés de sortie : rôle du D.I.M.

Le D.I.M. :

- aide les services médicaux à produire et à transmettre les résumés de sortie ;
- s'assure, auprès des médecins responsables, de la qualité des données, de leur cohérence avec le dossier médical du patient, de leur vraisemblance et de leur exhaustivité ;
- veille à la confidentialité des données concernant le malade, conformément aux recommandations de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ;
- code les informations dans le cas d'un système de codage centralisé, impulse et contrôle la mise en place des outils d'aide au codage ;
- procède ou fait procéder à la classification en G.H.M. pour l'ensemble de l'établissement, ainsi que, le cas échéant, à toute autre classification spécifique aux services ;
- analyse l'information ainsi traitée à l'usage des services producteurs, de la C.M.E. et de la direction ;
- fournit aux responsables de service et de département les données médicales qui serviront de base au rapport relatif à l'évaluation des soins dispensés dans l'établissement (prévu à l'art. 24 de la loi hospitalière de 1970 modifiée).

#### 1.2. Formation :

Le D.I.M. coordonne la formation de l'ensemble des personnels concernés à la production et à l'utilisation de l'information médicale. Il informe la communauté hospitalière des services qu'il peut lui rendre.

### 1.3. Gestion des dossiers médicaux :

Il est souhaitable que le D.I.M. puisse assurer une gestion et une conservation centralisée des dossiers médicaux, dans le respect des règles de confidentialité, en s'assurant que ces dossiers, constamment mis à jour, sont en cas de besoin immédiatement mis à la disposition des seuls médecins que la loi et les principes déontologiques autorisent à y accéder.

L'archivage n'est pas une activité passive : il inclut des fonctions de conception et d'amélioration du dossier médical.

L'existence d'archives centrales faciliterait grandement l'accès à l'information médicale et son traitement.

### 1.4. Conseil et expertise :

Le D.I.M. participe à la conception du système d'information médicale intégré au système d'information de l'établissement. Il est associé à la conception du schéma directeur informatique de l'établissement.

Il assiste les médecins dans leur réflexion sur la qualité des soins, notamment par l'accès aux bases de données médicales qu'il constitue.

Pour ce qui le concerne, il expertise les conclusions tirées de l'information médicale quant aux performances, aux budgets et à la planification.

### 1.5. Transparence et confidentialité :

Le D.I.M. joue le rôle d'un prestataire de services à l'intérieur de l'établissement. Les médecins, notamment, doivent être clairement informés de la nature des informations que le D.I.M. reçoit, traite, restitue et transmet.

Les règles relatives à la confidentialité des informations médicales nominatives, ainsi qu'à la propriété intellectuelle des médecins sur leurs travaux de recherche, sont inscrites dans le règlement intérieur du D.I.M., lequel est intégré dans le règlement intérieur de l'établissement.

Le médecin responsable du D.I.M. est garant du respect de ces règles, comme de celles du code de déontologie.

## 2. Organisation du D.I.M.

Département ou service, le D.I.M. est une structure transversale, ouverte sur la réalité de l'hôpital et sur laquelle les médecins exercent un contrôle au travers de la C.M.E.

### 2.1. Le médecin responsable du D.I.M. :

Le médecin responsable du D.I.M. est un praticien hospitalier. Il est nommé sur proposition de la C.M.E. après avis du conseil d'administration. Il paraît souhaitable que ce médecin continue d'exercer une activité clinique à temps partiel lorsque la taille de l'établissement le permet. Il est en outre difficilement concevable qu'il ne consacre pas toute son activité à l'établissement.

Compte tenu de son rôle clé dans l'établissement, il est recommandé que le responsable du D.I.M. ait rang de chef de service.

Le médecin désigné peut bénéficier d'une formation, notamment auprès de l'E.N.S.P. Il a – ou acquiert – une compétence en documentation médicale, en sciences de l'information (statistique, informatique, épidémiologie), en économie de la santé, en organisation.

## 2.2. Le personnel du D.I.M. :

Un cadre de direction et un cadre infirmier peuvent assister le responsable médical du D.I.M.

Le D.I.M. bénéficie en tant que de besoin des conseils du responsable du système d'information et d'organisation (R.S.I.O.), de l'assistance d'informaticiens et d'agents formés à l'organisation, et du service d'informatique médicale, lorsqu'il existe.

Le responsable du D.I.M. est assisté d'un secrétariat médical (au minimum un plein temps ou un équivalent plein temps, mais il est nécessaire qu'au moins deux personnes soient formées et entraînées au codage des R.S.S. de façon à assurer la continuité du travail).

Dans les établissements les plus importants, C.H.R. notamment, le personnel du D.I.M. sera évidemment plus nombreux et plus spécialisé. D'autres médecins, spécialistes de l'information médicale, pourront y travailler. Il pourra exister des antennes ou correspondants du D.I.M. par site ou par service, sous la responsabilité d'un médecin.

## 2.3. Collège médical et correspondants médicaux du D.I.M. :

Il est suggéré que, dans chaque service, ensemble de services ou département, ayant une activité clinique ou médicotechnique, le responsable désigne un médecin qui est le correspondant du D.I.M. dans ce service, qui veille à la qualité de l'information médicale, qui collabore effectivement pour ce qui le concerne à l'activité du D.I.M.

La C.M.E. désigne les médecins qui composent le collège médical du D.I.M. Leur nombre est déterminé par le règlement intérieur. Ce collège exerce un contrôle sur l'activité du D.I.M. Il élabore le règlement intérieur du D.I.M. avant sa présentation aux instances compétentes de l'établissement. Il se prononce sur les projets du D.I.M. susceptibles d'affecter le schéma directeur d'informatisation de l'établissement. En sont membres de droit :

- le directeur de l'établissement ou son représentant ;
- le président de la C.M.E. ou son représentant ;
- l'infirmier général ou l'infirmière générale ou un représentant du corps infirmier.

L'association du R.S.I.O. aux réunions du collège est particulièrement recommandée.

### **III. - Moyens à attribuer aux établissements pour la gestion de l'information médicale**

Des moyens supplémentaires seront attribués, sur leur demande, aux établissements concernés. Ils seront adaptés à la situation particulière de chaque établissement : les besoins croissent avec la taille et l'activité, mais de manière dégressive et dépendent des ressources existantes.

Le nombre de postes nécessaires sera créé soit, au minimum :

- l'équivalent d'un mi-temps de praticien hospitalier ;
- un équivalent plein temps de secrétariat médical.

Le système d'information médicale va s'informatiser peu à peu, mais la production de R.S.S., sous-produit du dossier médical, est aujourd'hui relativement indépendante de l'équipement informatique de l'hôpital. En particulier, elle n'exige en préalable ni l'informatisation complète des services de soins ni celle du dossier médical. Il va de soi que le D.I.M. doit disposer de moyens informatiques de saisie

et de traitement de ces données, et notamment avoir à terme un accès direct aux données de gestion administrative des malades. Dans un premier temps, cette information pourra prendre la forme de bordereaux préenregistrés.

L'équipement informatique de base ainsi défini (logiciels de saisie, de groupage des résumés de sortie et de calcul des coûts) se compose de logiciels pour l'achat desquels les crédits correspondants seront ouverts. Le matériel et les actions d'accompagnement pourront être également financés.

Il doit s'intégrer dans la politique informatique de l'établissement et son système d'information en respectant deux règles principales :

- l'utilisation en interne : outil non redondant, informations produites qui contribuent à l'alimentation d'une base de données locales ou en sont issues ;
- communication externe avec les autorités de tutelle permettant d'extraire les données alimentant les différentes « bases de données » de celles-ci.

Les dossiers établis par les établissements, précisant tous ces aspects ainsi que celui des moyens en personnel, l'organisation prévue et les objectifs poursuivis, seront adressés à la D.D.A.S.S. Celle-ci, avec ses observations, le transmettra à la D.R.A.S.S. qui gèrera une enveloppe régionale spécifique calculée en fonction de l'importance relative des activités de court séjour dans chaque département et région. Le dossier accepté se traduira par un contrat d'objectifs entre l'établissement et la tutelle. Pour les établissements expérimentateurs des démarches particulières citées précédemment, des contrats spécifiques seront passés avec le ministère.

Par ailleurs, une aide pourra être allouée, sur présentation d'un dossier adressé à la tutelle départementale, pour une étude du système d'information.

Celle-ci comprend les aspects suivants :

- liaisons entre les systèmes d'information opérationnels des services d'hospitalisation et les données P.M.S.I. ;
- liaisons entre les systèmes d'information de gestion et les données économiques et financières du P.M.S.I. ;
- modalités d'agrégation des séjours ;
- modalités d'agrégation et de calculs des coûts.

Vous voudrez bien communiquer ces instructions aux établissements concernés.

Dans chacun de ces établissements, l'ensemble des recommandations de cette circulaire devra être communiqué au corps médical.

**CLAUDE ÉVIN**

## **ANNEXE I**

### **CONDITIONS GÉNÉRALES D'ATTRIBUTION DES MOYENS RELATIFS AU DÉPARTEMENT D'INFORMATION MÉDICALE**

L'établissement indique notamment dans sa demande :

- le nom du responsable du D.I.M. ou du médecin pressenti par la C.M.E. pour le devenir ;
- les noms des personnes à former (médecins et secrétaires médicales) ;
- les dates des stages de formation pour lesquelles les candidats de rétablissement ont été acceptés (prévues de façon à faire coïncider la formation du médecin et celle des secrétaires médicales), si ces stages sont nécessaires ;
- le calendrier de montée en charge du recueil des R.S.S. et de leur transmission à la base nationale de données.

Ce calendrier engage l'établissement.



## ANNEXE II

P.M.S.I.

### LISTE DES DOCUMENTS UTILES

INFORMATIONS HOSPITALIÈRES. Actes du colloque P.M.S.I., 28 février 1986. Médicaliser le système d'information hospitalier. Numéro spécial, mai-juin 1986.

N° 16. Décembre 1987 à janvier 1988. Systèmes d'information médicalisés : LE POINT DE L'EXPERIENCE.

- |   |  |
|---|--|
| <b>Circulaire n° 79 du 14 février 1985</b><br>relative à la mise en place dans les établissements hospitaliers publics de la comptabilité analytique dans le cadre de la réforme de la gestion et du financement des hôpitaux (application des art. 13-4, 19 et 26 à 28 du décret no 83-744 du 11 août 1983). | Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, secrétariat d'État chargé de la santé (parue au <i>B.O.</i> S.N.S. n° 85-38). |
| <b>Arrêté du 3 octobre 1985</b> autorisant l'informatisation des résumés de sorties standardisés dans les établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier.   | Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, fascicule spécial <i>B.O.</i> n° 85-24 <i>bis</i> .                           |
| <b>Circulaire n° 119 du 4 octobre 1985</b> relative à la mise en place dans les établissements hospitaliers des résumés de sortie standardisés (R.S.S.).  | Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, fascicule spécial <i>B.O.</i> n° 85-24 <i>bis</i> .                           |
| <b>Circulaire n° 160 du 5 août 1986</b> relative à la diffusion de la classification des groupes homogènes de malades (G.H.M.).   | Ministère des affaires sociales et de l'emploi, direction des hôpitaux, fascicule spécial <i>B.O.</i> n° 86-30 <i>bis</i> .                  |
| <b>Circulaire n° 178 du 11 mars 1987</b> relative à la collecte et à l'exploitation des résumés de sortie standardisés (R.S.S.).  | Ministère des affaires sociales et de l'emploi, direction des hôpitaux, fascicule <i>B.O.</i> A.S.E. n° 87-16.                               |
| <b>Catalogue des actes médicaux</b> - Actes diagnostiques et thérapeutiques, anesthésie, réanimation  | Fascicule spécial <i>B.O.</i> n° 87-21 <i>bis</i> ou n° 87-210 <i>bis</i> à n° 87-219 <i>bis</i>   |
| <b>Catalogue des actes médicaux</b> - Actes d'imagerie, de radiothérapie et de biologie   | Fascicule spécial <i>B.O.</i> n° 85-9 <i>bis</i> .   |

**Diagnostics** - Classification internationale des maladies O.M.S. - Révision 1975 (volumes I et II).

**Circulaire n° 245 du 21 avril 1988** relative à la classification des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.) pour la description de l'activité hospitalière.

**Recommandations d'utilisation** de la classification des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.) pour la description de l'activité hospitalière.

**Guides méthodologiques de comptabilité analytique hospitalière.**

Première partie : Calcul des coûts des structures hospitalières.

Deuxième partie : Calcul des coûts de revient complets par groupes homogènes de malades.

**Guide du service infirmier** - Les soins infirmiers et la charge de travail. - Études n° 2, série *Organisation et gestion du service infirmier*.

À commander, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un libraire à la librairie Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, 75006 Paris.

Ministère des affaires sociales et de l'emploi, direction des hôpitaux, direction générale de la santé, service des statistiques, des études et des systèmes d'information *B.O.* A.S.E. n° 88-26.

Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, direction des hôpitaux.

Fascicule spécial *B.O.* n° 88-14 *bis*.

Fascicule spécial *B.O.* n° 85-26 *bis*.

Fascicule spécial *B.O.* n° 87-29 *bis*.