

DIRECTION DES HÔPITAUX  
MISSION PMSI

le 21 décembre 1998

8, Avenue de Ségur - 75350 PARIS 07 SP

DH/PMSI/EB

PERSONNE CHARGÉE DU DOSSIER

Evelyne BELLARD

Téléphone : 01 40 56 52 91

Télécopie : 01 40 56 50 37

## ÉDITORIAL

### LSIM-SSR n°3

Selon les déclarations des établissements, au 1er septembre 1998, soit moins d'un an après la campagne nationale de formation des établissements au recueil PMSI-SSR et environ un mois après la publication de l'arrêté relatif à ce recueil, la couverture du champ de l'ordre apparaît être de l'ordre de 88 %. Ce résultat témoigne du dynamisme avec lequel les services et établissements de soins de suite ou de réadaptation se sont lancés dans le recueil PMSI-SSR. De nombreux acteurs, à des niveaux différents, ont contribué à ce dynamisme, qu'il convient de saluer : les équipes au sein des établissements en premier lieu, mais aussi les cellules régionales de l'information médicale des DRASS, les formateurs initiaux au recueil ainsi que les référents pour l'utilisation du logiciel TS2R, qui souvent maintiennent une veille, bien que leur mission soit officiellement achevée.

Pour autant, de nombreux courriers adressés à la Mission PMSI témoignent de l'existence de certaines difficultés, ou d'interrogations relatives à la mise en oeuvre de ce recueil. Cette lettre a pour principal objet de fournir ou de préciser certaines consignes pour renseigner les Résumés Hebdomadaires Standardisés. Le recueil PMSI n'a pas pour objectif de décrire exhaustivement toutes les consommations de ressources des patients pendant leur hospitalisation, mais uniquement certaines d'entre elles, qui constituent les meilleurs "marqueurs" de l'ensemble de la prise en charge. Il est vrai que la consommation de médicaments ainsi que la plupart des actes médicaux réalisés dans les services de soins de suite ou de réadaptation, comme les actes de biologie, de radiologie etc..., ne font pas l'objet du recueil PMSI ; de la même manière, certaines des activités réalisées par des intervenants de rééducation-réadaptation ou par les personnels infirmiers ne sont pas recensées. Même si elles ne figurent pas dans les données recueillies, il sera possible d'apprécier indirectement les consommations de ces actes, et prescriptions médicamenteuses grâce aux seuls "marqueurs" retenus. Il n'y a donc aucune inquiétude à nourrir sur leur prise en compte.

Recueillir des données PMSI-SSR pourra conduire les établissements à reconsidérer l'organisation interne des services, les modalités de gestion du dossier patient mais aussi de prise en charge des malades. Pour autant, ce recueil ne doit pas être perçu comme un outil de contrôle de l'activité des soignants, et en particulier des acteurs de rééducation-réadaptation dont le "temps intervenant" est comptabilisé.

La quatrième lettre des systèmes d'information médicalisés SSR, qui sera diffusée en février 1999, aura pour objet de présenter des recommandations en matière d'utilisation de ces informations et de proposer quelques indicateurs d'activité afin d'éviter certaines erreurs d'interprétation en la matière.

# CONSIGNES COMPLÉMENTAIRES DE RECUEIL DU RHS

*Depuis les formations au recueil PMSI-SSR organisées en fin d'année 1997, de nombreux courriers ont été adressés à la Mission PMSI afin de lui soumettre certaines difficultés à renseigner ce recueil. Des consignes complémentaires à celles présentées dans le Guide de production des RHS (publié au BO n°97/5 bis) s'avèrent ainsi nécessaires et sont présentées ci-après. Ces nouvelles consignes ainsi que celles déjà diffusées dans la circulaire DH/PMSI/98 N°153 du 9 mars 1998<sup>1</sup> seront regroupées dans "l'Additif au guide de production des RHS", qui fera l'objet au deuxième semestre 1999 d'une publication au Bulletin Officiel. Les consignes présentées ici devront être mises en oeuvre par les établissements dès que ceux-ci en auront pris connaissance.*

## PRISES EN CHARGE CONCOMITANTES

Comment décrire dans le système d'information PMSI la **situation de patients hospitalisés à temps complet en SSR et bénéficiant d'une prise en charge ambulatoire ou d'hospitalisation partielle concomitante** ? Ce type de prises en charge concomitantes se rencontre, par exemple, chez des patients hospitalisés à temps complet dans un service SSR de convalescence, après avoir subi une intervention chirurgicale pour une tumeur ; au cours de cette hospitalisation, ils bénéficient de séances de chimiothérapie dispensées par un service de court séjour, au sein de l'établissement dans lequel ils sont hospitalisés ou dans un autre établissement.

Pour décrire cette situation, la circulaire DH/PMSI/98/ N°153 du 9 mars 1998 fournissait une consigne privilégiant l'optique de ne pas générer, dans le système d'information PMSI, de doubles-comptes des patients hospitalisés : ....*"Dans ce cas<sup>2</sup>, un et un seul séjour hospitalier est pris en compte pour le patient. Ce séjour est déclaré au sein de l'établissement et du service dans lesquels le patient est hospitalisé à temps complet"*...

Néanmoins, il est apparu que cette solution n'est pas satisfaisante en pratique. Les services d'hospitalisation de jour ou de traitements et cures ambulatoires ont en effet besoin de décrire et valoriser (en termes de points ISA, notamment) leur activité dans sa totalité, sans que cette valorisation soit sujette à des variations dues à l'extension du champ du PMSI.

**- Une nouvelle consigne est donc fournie ici, qui distingue deux situations de prises en charge concomitantes pour des patients hospitalisés à temps complet (ou de semaine) en SSR bénéficiant au cours de leur hospitalisation, et sans que celle-ci soit interrompue, d'une prise en charge "ambulatoire".** Par facilité, on entend ici sous le terme "ambulatoire", toute prise en charge sur le mode ambulatoire ou d'hospitalisation partielle (de jour ou de nuit).

---

<sup>1</sup> Circulaire relative à la généralisation dans les établissements de santé sous dotation globale et ayant une activité de soins de suite ou de réadaptation (SSR) d'un recueil de résumés hebdomadaires standardisés (RHS) ; calendrier de montée en charge pour l'année 1998.

<sup>2</sup> Ce cas de figure ne doit pas être confondu avec celui d'une véritable interruption d'hospitalisation complète suivie immédiatement d'une hospitalisation partielle ou d'un traitement ambulatoire, pour lequel deux séjours hospitaliers sont alors pris en compte.

En revanche, ce terme ne recouvre pas les soins et consultations externes, ni les consultations parfois appelées "consultations internes" ou "inter-services".

Les deux situations concernées par la consigne sont les suivantes :

. cas 1 : la prise en charge "ambulatoire" concomitante est réalisée dans un service de court séjour, de la même structure ou d'un autre établissement de santé,

. cas 2 : la prise en charge "ambulatoire" concomitante est réalisée dans un service SSR d'un autre établissement de santé.

- Dans ces deux cas de figure, deux résumés PMSI doivent être générés :

. cas 1 : un "RHS hospitalisation" dans l'unité SSR où est hospitalisé le patient et un "RSS<sup>3</sup>" dans l'unité de court séjour qui réalise pour le patient les séances ou traitements "ambulatoires".

. cas 2 : un "RHS hospitalisation" dans la première structure SSR pour décrire l'hospitalisation complète (ou de semaine) du patient et un "RHS ambulatoire" rendant compte de la prise en charge "ambulatoire" du patient réalisée dans la deuxième structure.

Cette règle ainsi que des consignes de recueil relatives à ces deux situations sont présentées dans les tableaux ci-contre.

NB : D'autres cas de figure se rencontrent, vraisemblablement. Les consignes ici fournies doivent donc être considérées comme provisoires, dans l'attente de la publication, au deuxième semestre 1999 dans l'additif au guide de production des RHS, du répertoire complet des situations de prises en charge concomitantes, accompagné de règles correspondantes.

### **Tableau des situations de prises en charge concomitantes pour des patients hospitalisés à temps complet en SSR**

Selon la structure	Prises en charge concomitantes	
	CAS 1 Dans le secteur court séjour	Dans le secteur SSR
Au sein de la même structure	un "RHS hospitalisation" + un "RSS"	un seul RHS
Au sein de deux structures différentes (*)	un "RHS hospitalisation" (structure A) + un "RSS" (structure B)	<b>CAS 2</b> un "RHS hospitalisation" (structure A) + un "RHS ambulatoire" (structure B)

(\*) : la structure A paye "à l'unité" la prise en charge ambulatoire (ou d'hospitalisation de jour) à la structure B, ou les deux structures passent convention.

### **Consignes de recueil de RHS cas 1 : Situation d'un patient hospitalisé à temps complet en**

<sup>3</sup> Le RSS, ou Résumé de Sortie Standardisé, constitue le support du recueil PMSI dans les unités de court séjour.

**SSR bénéficiant d'une prise en charge "ambulatoire" dans un service de court séjour de la même structure ou d'un autre établissement de santé**

Variables du RHS	
Type d'activité	1
Cochage journées de présence (correspondant aux journées de p.c. concomitantes)	oui
Morbidité	- p.c. d'hospitalisation décrite en FPPC(*), en MMP (*) et en AE (*) - pc "ambulatoire" décrite en DAS (*)
Actes médicaux réalisés en court séjour appartenant à la liste fermée PMSI-SSR	oui

**Consignes de recueil de RHS cas 2 : Situation d'un patient hospitalisé à temps complet en SSR bénéficiant d'une prise en charge "ambulatoire" concomitante dans un service SSR d'un autre établissement de santé**

Variables du RHS	Structure A : "RHS hospitalisation"	Structure B : "RHS ambulatoire"
Type d'activité	1	2, 3 ou 4
Cochage journées de présence (correspondant aux journées de p.c. concomitantes)	oui	oui
Morbidité	- p.c. d'hospitalisation décrite en FPPC(*), en MMP (*) et en AE (*) - pc "ambulatoire" décrite en DAS (*)	- pc "ambulatoire" décrite en FPPC(*), en MMP (*) et en AE (*)
Actes médicaux réalisés dans la structure A	oui	non
Activités de rééducation-réadaptation réalisées dans la structure B	non	oui

**Remarque : Les activités de rééducation-réadaptation réalisées en libéral peuvent être portées sur le "RHS d'hospitalisation", dès lors qu'elles sont payées par l'établissement de santé.**

(\*) FPPC : Finalité principale de prise en charge, MMP : Manifestation morbide principale, AE : Affection étiologique, DAS : Diagnostic associé significatif

**HOSPITALISATION MÈRE-ENFANT**

En cas d'hospitalisation d'une mère et de son enfant, chacun fait l'objet d'un numéro de séjour SSR et d'un recueil individualisé. Cette situation ne doit pas être confondue avec celle d'un enfant hospitalisé dont la mère est *hébergée* en tant qu'accompagnante.

## **DROIT DU PATIENT AU SECRET DE L'ADMISSION OU À L'ANONYMAT**

Conformément à l'article 2.-II- de l'arrêté du 29 juillet 1998, lorsque le droit au secret de l'admission ou à l'anonymat bénéficie à la personne soignée (accouchement "sous X", IVG, prise en charge de toxicomanes ...), les informations d'identité recueillies dans le RHS sont limitées à l'année de naissance, au sexe, au numéro administratif et au numéro de séjour S.S.R du patient. Dans ce cas, les jours et mois de naissance ainsi que le code postal de résidence du patient ne sont pas saisis.

## **DÉPENDANCE ÉVALUÉE STRICTEMENT PAR RAPPORT À CE QUE RÉALISE LUI MÊME OU NON LE PATIENT**

- Quelles que soient les actions envisagées, y compris donc le comportement et la relation, la dépendance du patient doit être cotée strictement par rapport à ce que fait ou ne fait pas le patient.

**Il ne s'agit pas ici d'apprécier si l'état de dépendance constaté est "normal" ou "inhabituel"**, compte tenu par exemple de l'âge du patient ou de sa pathologie, ces caractéristiques pouvant être décrites par ailleurs sur le RHS.

- Dans certaines situations (parent rendant visite au patient hospitalisé, enfant hospitalisé avec sa mère, bénévole etc...), des personnes autres que les membres du personnel soignant sont amenées à superviser ou assister le patient dans la réalisation de certaines "actions" de la vie quotidienne (s'alimenter, s'habiller, etc...). Dans ces cas, **la dépendance doit être évaluée strictement par rapport au fait que le patient réalise lui même ou non ces actions de la vie quotidienne et non par rapport au type de personne (soignant / non soignant) amenée à l'assister.**

## **ACTIVITÉS DE RÉÉDUCATION-RÉADAPTATION**

L'objet du recueil PMSI-SSR est de recueillir certaines variables caractérisant les patients et leur niveau de prise en charge, discriminantes du point de vue médico-économique. Il ne s'agit donc ni de décrire toutes les caractéristiques des patients, ni d'enregistrer toutes leurs consommations de ressources (par exemple les médicaments, les actes de biologie, de radiologie etc...). De la même manière, il ne s'agit en aucun cas de décrire exhaustivement l'activité des personnels de rééducation-réadaptation intervenant auprès des patients.

- **Seuls certains acteurs sont habilités à décrire leur activité de rééducation-réadaptation sur le RHS des patients. Ces acteurs doivent :**

- . appartenir à la liste fermée des intervenants de rééducation-réadaptation présentée dans les BO 97/5 bis et 97/6 bis, à laquelle il faut ajouter les moniteurs éducateurs et les moniteurs d'enfants et d'adolescents (conformément à l'annexe 4 de la circulaire DH/PMSI/98 N°153 du 9 mars 1998),
- . et être rémunérés par l'établissement sur une dotation sanitaire ou payés par l'établissement s'il s'agit d'intervenants libéraux.

*Ainsi par exemple, le "temps d'intervenant" de rééducation-réadaptation d'un stagiaire ne doit pas être enregistré.*

**La liste fermée des intervenants habilités à déclarer leur activité de rééducation-réadaptation va faire prochainement l'objet d'une révision**, comme l'ont d'ailleurs demandé certains établissements ou certains groupes professionnels. Sera en particulier examiné le cas des infirmiers, dont il n'est pas exclu qu'ils puissent être ainsi autorisés à déclarer certains actes de rééducation-réadaptation. **En tout état de cause, la révision de cette liste sera diffusée dans l'Additif au guide de production des RHS, qui sera publié au BO au deuxième semestre 1999.**

- Le champ de description des activités de rééducation-réadaptation est également limité et doit en particulier s'inscrire dans le cadre du Catalogue des Activités de Rééducation-Réadaptation (CdARR), publié au BO n° 97/6 bis :

- . Le RHS étant un recueil orienté vers les patients et non vers les intervenants, les **activités "indirectes" ou "institutionnelles"** de ceux-ci, comme par exemple la recherche, l'enseignement, la participation à des sessions de formation ou d'information sont **"hors champ"**.
- . **Les activités de rééducation-réadaptation dont bénéficient des patients "hors champ" PMSI-SSR ne doivent faire l'objet d'aucun RHS** (*par exemple, patients hospitalisés en service court séjour bénéficiant de séances de kinésithérapie produites par un service SSR*).
- . **Certains acteurs ne sont concernés que par un enregistrement limité d'activités ou d'actes de rééducation-réadaptation** (voir BO n°97/5 bis et 97/6 bis ainsi que l'annexe 4 de la circulaire DH/PMSI/98 N°153 du 9 mars 1998). **D'une manière générale, les établissements doivent respecter les textes relatifs aux décrets de compétence régissant les différentes fonctions hospitalières. Il est de leur responsabilité de juger quel niveau de diplôme ou de formation doit être exigé d'un intervenant pour exercer telle ou telle fonction hospitalière.**

Le tableau ci-contre précise, en l'étendant parfois, le champ du recueil de certains intervenants de rééducation-réadaptation.

## Limitation du champ du recueil des activités de rééducation-réadaptation de certains intervenants

Type d'intervenant	Activités admises	Chapitres et actes admis
<b>- Manipulateur d'électroradiologie</b>	Physiothérapie	Tous les chapitres et actes
	Bilans	Uniquement les actes RF10, RF11 (chapitre "Bilans de suivi")
<b>- Ergonome - Conseiller du travail chargé d'emploi - Moniteur d'atelier</b>	Réadaptation-réinsertion	Tous les actes des chapitres : "Réadaptation professionnelle" et "Réentraînement, entraînement, orientation professionnelle"
	Bilans	Uniquement les actes BN01, BN02, BN04, BN05, CC01, CC02 (chapitre "Bilan de réadaptation profession. et scolaire") et RF10, RF11 (chapitre "Bilans de suivi" )
<b>- Animateur (rice)</b>	Réadaptation-réinsertion	Uniquement les actes RP09, RA07, PV11
	Bilans	Uniquement les actes RF10 et RF11 du chapitre "Bilans de suivi"
	Rééducation collective	RF09 et RP05
<b>- Enseignant (e)  - Instituteur (rice) spécialisé (e) CAEI</b>	Réadaptation-réinsertion	Tous les actes des chapitres "Réadaptation scolaire ou universitaire" et "Réadaptation professionnelle et/ou scolaire"
	Bilans	Uniquement les actes BN03, SC01 (chapitre "Bilan de réadaptation profession. et scolaire") et RF10 et RF11 (chapitre "Bilans de suivi")
	Rééducation collective	Uniquement si enseignant d'éducation physique ou instituteur : acte SP02
<b>- Documentaliste</b>	Réadaptation-réinsertion	RA03, RA04, RA05, RA06, RA07, RA10, RA12, RF05, PV13, PV01, PV03, PV05, PV06, PV07, PV08, PV11, CC03, CC04, SC05, SC08, SC10, RN04
	Bilans	Uniquement l'acte CC01 (chapitre "Bilan de réadaptation professionnelle et scolaire")
<b>-Assistant (e) de service social  - Conseiller (e) en économie sociale et familiale</b>	Réadaptation-réinsertion	RA03, RA04, RA05, RA06, RA07, RA09, RA10, RA12, RF05, PV13, PV01, PV03, PV06, PV11
	Bilans	Uniquement les actes BN01, BN02, BN05, CC01, SC01 ("Bilan de réadaptation profession. et scolaire"), RA01 ("Activités vie quotidienne"), DL06 ("Bilans d'appareillage") et RF11 ("Bilans de suivi")
	Adaptation d'appareillage	PV02, PV14
	Rééducation collective	Uniquement l'acte RP05
<b>- Éducateur (rice) sportif (ve)</b>	Rééducation mécanique	RL49, SP01, BR13
	Rééducation respiratoire	RC02
	Rééducation nutritionnelle	NU06

	Réadaptation-réinsertion	RL28, DL04, DL08, DL09, RN05
	Rééducation collective	Uniquement l'acte SP02
	Balnéothérapie	Uniquement l'acte SP03
	Bilans	Uniquement les actes RF10 et RF11
<b>- Moniteur (rice) auto-école</b>	Réadaptation-réinsertion	Uniquement l'acte PV12 (chapitre "Élaboration du projet de vie : étude du milieu et du lieu de vie, vie sociale")
	Adaptation d'appareillage	Uniquement l'acte PV14 (chapitre "Étude du lieu de vie, vie sociale")
	Bilans	Uniquement les actes RF10 et RF11 (chapitre "Bilans de suivi")

. La plupart des activités de rééducation-réadaptation déclarées sur le RHS ne peuvent être réalisées en dehors de la présence du patient. En sus des activités "Réadaptation-réinsertion" et "Adaptation d'appareillage", **certaines actes de "Bilans", réalisés en dehors de la présence du patient, peuvent toutefois être enregistrés sur le RHS. Ces actes sont les suivants : RF10 Synthèse clinique de rééducation, RF11 Synthèse de réadaptation, DL06 Prescription fauteuil roulant, tricycle et autres aides techniques, BN04 Étude ergonomique en fonction du poste professionnel, BN05 Étude des possibilités de poste adapté proposé par l'employeur et le médecin du travail et CC01 Bilan de synthèse.**

. **La rééducation collective ne concerne qu'un nombre limité et défini d'actes listés dans le CdARR. Elle ne doit pas être confondue avec certaines activités d'encadrement de patients.** *Par exemple, l'accompagnement d'un groupe de 60 enfants de 10 heures à 18 heures dans un parc d'attraction par des éducateurs ne constitue pas une rééducation collective, selon le CdARR. Compte-tenu du contexte (60 enfants), cet accompagnement ne peut pas non plus être considéré comme une activité individualisée de réadaptation-réinsertion de type PV11 Mise en situation de vie sociale. C'est le type même d'activité non discriminante : de très nombreux patients bénéficient en même temps de la même activité.*

- **Le temps de déplacement des intervenants dans le cadre de la Visite au lieu de vie (PV01) ne doit pas être pris en compte.** Ce temps de déplacement n'est en effet aucunement lié à l'état du patient. Si, dans le cadre de leurs relations avec l'ARH, les établissements souhaitent faire valoir les temps de déplacement de leurs personnels, appelés à intervenir fréquemment dans le cadre de visites au lieu de vie, cela doit se faire "en sus" de l'information PMSI, éventuellement au moyen d'un relevé d'information complémentaire.

- Dans le Guide méthodologique de production des Résumés Hebdomadaires Standardisés (Bulletin Officiel n°97/5 bis), il est indiqué, dans le paragraphe 3 du chapitre VIII Prises en charge de rééducation-réadaptation : "...Il est inutile de recueillir une "Activité" enregistrant moins de 30 minutes de "Temps intervenant" consacré à un patient au cours d'une semaine, quel que soit le nombre de journées de présence du patient."... Cette remarque signifie qu'en deça de 30 minutes de "temps intervenant" hebdomadaire, une activité de rééducation-réadaptation ne participe pas au processus d'affectation du RHS dans un groupe de "Prises en charge de Rééducation-Réadaptation Complexes" (PRRC) ou de "Prises en charge de Rééducation-Réadaptation" (PRR). En revanche, dans le cadre d'un suivi rigoureux des patients, le relevé d'un "temps intervenant" hebdomadaire d'une activité inférieur à 30 minutes n'est pas inutile, et est même conseillé. Conformément à l'arrêté du 29 juillet 1998 relatif au recueil PMSI-SSR, les fichiers de Résumés Hebdomadaires Anonymes (RHA) et de Suites Semestrielles de RHA



(SSRHA), qui seront transmis aux DRASS, pour le compte des Agences Régionales de l'Hospitalisation, comporteront d'ailleurs les "temps intervenants" consacrés à l'ensemble des activités de rééducation-réadaptation portés sur les RHS :

- . quelle que soit leur durée,
- . et y compris les activités de Bilans, Physiothérapie et Balnéothérapie, bien qu'elles ne participent pas à l'affectation des RHS dans les groupes de PRRC et de PRR.

## UNE MONTÉE EN CHARGE SATISFAISANTE

Au cours de l'été 1998, un questionnaire a été adressé par les référents PMSI-SSR des DRASS aux établissements concernés par le recueil des RHS. Dans le cadre de cette enquête, les établissements devaient fournir un certain nombre d'informations sur leur organisation interne en matière d'information médicale et d'équipement informatique liés au PMSI-SSR ainsi que sur leur niveau de montée en charge du recueil des RHS au 1er septembre 1998. Un bilan des résultats de cette enquête a été dressé au cours d'une réunion qui s'est tenue le 23 septembre dernier avec l'ensemble des référents PMSI-SSR des DRASS et des référents TS2R.

- Ces résultats témoignent d'une montée en charge du recueil des RHS satisfaisante. En effet, au 1er septembre 1998, soit moins d'un an après la campagne nationale de formation des établissements au recueil PMSI-SSR et environ un mois après la publication de l'arrêté relatif à ce recueil, **la couverture du champ apparaît de l'ordre de 88 %**. Ce pourcentage doit bien entendu être interprété avec précautions. Ce taux de couverture, issu de déclarations des établissements, ne doit pas, en effet, être confondu avec un taux d'exhaustivité du recueil, basé sur la transmission effective de résumés. En outre, il ne présage en rien de la qualité des informations recueillies. Enfin, d'une région à l'autre, ce pourcentage de lits et places SSR déclarés couverts par le recueil PMSI varie quelque peu.

- Les résultats de l'enquête dévoilent également une **organisation de l'information médicale différente de celle que connaît le court séjour**. La faible capacité des établissements, en termes de lits et places consacrés aux Soins de Suite ou de Réadaptation (en moyenne 50 par structure), explique que seulement 42 % d'entre eux aient pu mettre en place un département d'information médicale (DIM)<sup>4</sup>, tandis que 29 % d'entre eux déclarent avoir recours, pour le traitement du recueil PMSI-SSR, aux prestations d'un autre établissement de santé ou d'une autre structure. Il est à noter que parmi les établissements ayant un DIM, bon nombre d'entre eux disposaient sans doute déjà de ce DIM au titre du PMSI en court séjour.

- **Un établissement sur quatre (25 %) utilise déjà une application informatique "maison" ou un produit développé par une société de service** et a écarté le logiciel TS2R, développé par le CTIP (et diffusé en février dernier à tous les établissements afin d'assister ceux-ci pour le démarrage du recueil). **Il est à signaler que les établissements ont jusqu'à la fin de l'année 1999 pour développer ou acquérir une application informatique de saisie et de traitement des RHS**. Après cette date, le logiciel TS2R ne sera en effet plus maintenu. Ses sources seront diffusées gratuitement à partir du 2ème semestre 1999, sur demande au CTIP.

---

<sup>4</sup> Dans cette enquête, le DIM était défini comme une structure disposant d'au moins un médecin à temps partiel et un(e) secrétaire médical(e) ou technicien(ne) de l'information médical(e) à mi-temps.

(Voir ci-contre tableau synthétique des résultats de cette enquête par région)

# ALGORITHME DE CLASSIFICATION

(Volume II du Manuel des Groupes Homogènes de Journées (Bulletin Officiel n°97/8 bis))

## IMPRÉCISIONS, OMISSIONS

- En page 11, la liste n°02 de diagnostics classants dans un groupe de "Prises en charge Cliniques Lourdes" comporte une omission : il s'agit du diagnostic T23.3 Brûlures au 3ème degré du poignet et de la main.
- En pages 91, 101 et 102, pour la CMC Santé mentale - adultes, l'intitulé de la liste n° 1302 "Alcool et toxicomanie" est réducteur, cette liste recouvrant également des problèmes socio-économiques et psycho-sociaux pouvant être sans rapport avec l'alcool et la toxicomanie.
- En pages 231 et 257, pour la CMC Post-traumatique - adultes, l'intitulé de la liste n° 1709 (regroupant un seul code CIM-10 : Z96.7 "Présence d'autres implants osseux et tendineux") est "Ostéosynthèses (y compris col du fémur)" et non "Ostéosynthèses du col du fémur".

## DIFFICULTÉS D'INTERPRÉTATION

Le principe de hiérarchisation des groupes de morbidité au sein des CMC entraîne parfois des difficultés de compréhension du groupage.

- **En cas de polyopathologies relevant d'une même CMC, l'algorithme classe le RHS dans un et un seul groupe de morbidité dominante :**  
**.en fonction de l'utilisation des ressources observée pour ces pathologies, dans le recueil initial de la base de données ayant permis de construire la classification des GHJ,**  
**.et non en fonction de la hiérarchie établie par le médecin<sup>5</sup>.**

*Ainsi par exemple, le RHS d'un patient relevant de la CMC Soins nutritionnels - pédiatrie présentant plusieurs diagnostics de pathologies nutritionnelles, dont celui d'anorexie mentale, est affecté dans un GHJ "d'Anorexie mentale" à condition de ne présenter aucun autre diagnostic relevant d'un groupe de morbidité "primant" sur celui de l'anorexie mentale<sup>6</sup>.*

**L'ordre de hiérarchie des groupes de morbidité suit l'ordre de leur présentation dans l'arbre de décision.**

- Dans le cadre des travaux de révision de la classification, ce principe de hiérarchisation des groupes de morbidité pourrait d'ailleurs être affiné, en particulier dans la CMC Santé Mentale - adultes. Dans cette CMC en effet, le groupe de morbidité "Dépressions" primant sur le groupe "Alcool et toxicomanie", les RHS de patients alcooliques présentant un diagnostic de dépression (ce qui est relativement fréquent) sont classés dans un GHJ "Dépressions".

---

<sup>5</sup> Voir page 49 du Manuel de la classification des GHJ - BO N° 97/8 bis, volume I

<sup>6</sup> Dans la CMC Soins nutritionnels - pédiatrie, les diagnostics "d'Anomalies du métabolisme" (liste 5001) priment sur les diagnostics de "Diabète insulino-dépendants" (liste 5008), eux-mêmes primant sur les diagnostics "d'Obésités" (liste 5007) ; et l'ensemble de ces diagnostics priment sur le diagnostic F50.0 "d'Anorexie mentale" (voir ces listes de diagnostics pages 323 à 329 du Manuel de la classification des GHJ - BO N°97/8 bis, volume II).

# IMPACT DU "BUG DE L'AN 2000" SUR LES PRODUITS DIFFUSÉS PAR LE CTIP

*(Emmanuel Thammavong et Max Bensadon  
du Centre de Traitement de l'Information du PMSI)*

Les formats de date utilisés dans le système d'information PMSI sont sur 8 caractères (jjmmaaaa) et ne sont donc pas concernés par le "bug de l'an 2000". **Cependant les produits diffusés par le CTIP utilisent la date système** (i.e. celle fournie par le système d'exploitation) :

- . sous DOS®, Windows® 3.x, Windows® 95 et 98, cette date est initialisée par appel au BIOS qui récupère l'information en accédant directement à l'horloge temps réel (HTR).
- . Windows® NT, quant à lui, s'affranchit du BIOS pour lire la date date (1).

Le problème du passage à l'an 2000 est lié, en grande partie, à la multiplicité des sources d'information pour la date. Un programme peut en effet, lire directement la valeur sur l'HTR, ou la demander au système d'exploitation, ou encore la demander au BIOS. Malheureusement, pour diverses raisons, ces sources ne renvoient pas toujours la même valeur.

- En pratique, si votre système d'exploitation accède directement à l'HTR (c.f. Windows® NT Server 4.0 notamment) pour obtenir la date système, il faut vous assurer qu'elle passe le cap de l'an 2000 (i.e. qu'elle affiche bien 01/01/2000 et non pas 01/01/1900 après le passage à l'an 2000).

- Pour les autres systèmes d'exploitation, trois cas de figures se présentent (2) :

- . Votre machine est équipée d'une HTR "compatible an 2000" : dans ce cas vous n'aurez aucun problème.
- . Vous disposez d'un BIOS (récent !) corrigeant la date renvoyée par l'HTR : vous passerez le cap de l'an 2000 sans souci.
- . Votre BIOS ne corrige pas l'erreur de l'HTR : au redémarrage de la machine, la date renvoyée par le BIOS (01/01/1900) sera considérée comme incorrecte par le système d'exploitation qui la remplacera systématiquement par 04/01/1984 ou plus rarement par 31/12/1999.

Concrètement, le "bug de l'an 2000" se traduira par la survenue de l'une des erreurs suivantes pour les produits s'appuyant sur la fonction de groupage SSR :

- . *"21 : Date système antérieure à la date d'entrée"*
- . *"33 : Date système antérieure à la date de sortie"*
- . *"43 : Numéro de semaine : erreur sur année"*

Les formats des fichiers utilisés dans ces produits ne seront pas affectés par le "bug de l'an 2000", les dates y étant en effet codées sur 8 caractères (jjmmaaaa).

(1) ©Microsoft Corporation, "Windows NT Server 4.0 Interaction with the Real Time Clock", Microsoft TechNet, 1998.

(2) Stammers B., "Technicalities of the rollover problem", Saphena Computing, Hants, UK, 1998.

# FORMATIONS

De nombreuses équipes ont exprimé auprès de la Mission PMSI leur besoin de formation au recueil PMSI-SSR. La Direction des Hôpitaux n'envisage pas d'organiser des sessions complémentaires à celles qui se sont déroulées à la fin de l'année 1997 et qui ont concerné quelques 2.500 personnes, à raison de 2 personnes pour chaque établissement concerné par le recueil en 1998.

En revanche, **le conseil d'administration de l'ANFH a retenu le thème PMSI-SSR dans le cadre des actions nationales de formation. Ainsi, les établissements hospitaliers intéressés pourront inscrire leur personnel aux sessions de formation qui seront organisées pendant l'année 1999.** Des informations complémentaires sur l'organisation de ces sessions pourraient être fournies dans la Lettre des Systèmes d'Information Médicalisés SSR n°4 qui sera diffusée en février prochain.

- Par ailleurs, des organismes de formation ont pris le relais et proposent le module pédagogique développé par la Mission PMSI avec les membres de l'Équipe Projet. Ces organismes sont les suivants :

- . **Laboratoire SPI-EAO**, dirigé par le Professeur KOHLER, à la Faculté de médecine de Nancy (*téléphone 03 83 59 26 32 - télécopie : 03 83 59 26 28*).
  
- . **Collège Régional d'Information du Sud Est**, dont le Directeur des formations est le Docteur GARRIGUES du CH d'Aix en Provence (*téléphone : 04 42 33 51 27 - télécopie : 04 42 33 51 40*).
  
- . **Syndicat Interhospitalier Régional d'Ile-de-France**, Département formation, informatique et PMSI - Paris, Responsable du secteur formation : Madame BRISSAUD (*téléphone : 01 43 13 18 40 - télécopie : 01 43 13 18 41*).
  
- . **Médical Interface**, Centre de formation Montpellier - Paris - Lyon (*téléphone : 04 72 61 96 35 - télécopie : 04 78 95 39 68*).
  

- Plus largement, des diplômés d'université sont organisés à l'attention des gestionnaires, médecins, soignants, secrétaires médicales qui souhaitent se spécialiser en information médicale :

  - . **Diplôme d'université d'information médicale organisé par l'Université de Lille II Droit et Santé** destiné spécifiquement à des secrétaires médicales ou techniciens en information médicale (TIM), organisé sur 200 heures réparties sur une année universitaire. *Renseignements auprès du Professeur BONIFACE, du Laboratoire de biomathématiques de la Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques de Lille (téléphone 03 20 96 40 02 - télécopie : 03 20 96 40 02) ou auprès du Docteur CREN, du DIM du CH Brisset à Hirson (téléphone 03 23 58 82 65 - télécopie : 03 23 58 82 67)*.
  
  - . **Diplôme inter-universitaire d'informatique médicale appliquée organisé par les Universités d'Angers, Caen, Nantes, Poitiers, Rennes et Tours** destiné à des professionnels de santé titulaires d'un diplôme d'état, à des titulaires du diplôme français de Docteur en médecine et à des cadres administratifs des établissements publics et privés. L'objectif de ce diplôme est de fournir à chaque participant une culture en informatique afin de le rendre plus performant, qu'il s'agisse de prendre des décisions d'équipement, de cerner les enjeux de l'information médicale, ou d'appréhender l'utilisation des outils informatiques dans l'exercice quotidien de la médecine. Ce diplôme est organisé sur 120 heures de cours et travaux dirigés, répartis en neuf modules et regroupés en trois séminaires d'une semaine. *Renseignements auprès du secrétariat du Professeur CHAUVET à l'Institut de biologie théorique d'Angers (téléphone 02 41 72 34 34 - télécopie : 02 41 72 34 46)*.

- . **Diplôme d'Enseignement Supérieur Spécialisé (DESS) information médicale et santé** destiné à un large public concerné par l'information médicale à l'hôpital et dans les filières de soins, à son rôle dans l'évaluation, l'accréditation, le management et la stratégie. Ce DESS est organisé conjointement par les Facultés de médecine des Universités de Nancy I, Montpellier I et Marseille. Le niveau d'accès en formation initiale est BAC + 4. Peuvent également être admis à titre dérogatoire et au titre de la formation continue, des étudiants BAC + 2 ayant plus de deux années d'expérience dans le domaine de l'information médicale. Ce diplôme est organisé sur 435 heures se déroulant de novembre à juin, complétées par un stage de 4 mois.

*Renseignements auprès de l'Université de Nancy I (téléphone 03 83 59 26 27 - télécopie : 03 83 59 26 28) et de l'Université de Montpellier I (téléphone 04 61 67 30 88 - télécopie : 04 61 67 37 54).*

- . **Diplôme d'Études Supérieures Spécialisées (DESS) Traitement de l'information médicale et hospitalière** dont l'objectif est de former des professionnels de haut niveau dans le domaine du traitement de l'information médicale, capables de prendre en charge des projets d'informatisation dans le secteur de la santé, incluant le PMSI mais aussi les Systèmes d'Information Hospitaliers, la recherche clinique, les projets de télémédecine et de réseaux de santé. Ce DESS est organisé par l'Université de Rennes I - Faculté de médecine -Laboratoire d'informatique médicale dirigé par le Professeur LE BEUX. Ce diplôme s'adresse à des étudiants titulaires d'un second cycle d'études universitaires de médecine, informatique, sciences économiques, gestion etc.... Il est organisé en un certain nombre de modules obligatoires se déroulant d'octobre à fin mars, complétés par un stage à temps complet d'avril à juillet.

*Renseignements auprès du secrétariat du Professeur LE BEUX (téléphone 02 99 28 42 15 - télécopie : 02 99 28 41 60).*

## **Déploiement du PMSI-SSR dans les établissements privés**

Conformément aux dispositions de l'arrêté du 22 juillet 1996, les établissements de santé de statut commercial ont désormais intégré le PMSI-court séjour. S'agissant des soins de suite et de réadaptation, les fédérations d'établissements privés et la CNAMTS ont souhaité que l'extension du PMSI, pour ces établissements, soit différée d'au moins une année. Les fédérations, en particulier, voudraient mettre ce temps à profit pour réaliser un "test" avec une trentaine d'établissements volontaires.

L'objectif affiché est d'apprécier la capacité du modèle RHS à servir de fondement à un système de tarification. Ce test pourrait être réalisé au cours du second semestre 1999.

Ce troisième numéro de la LSIM-SSR a été réalisé par **Évelyne BELLARD**, de la Mission PMSI, avec la participation des membres du Comité technique, listés ci-après, et de **Monsieur le Docteur MORINEAUX**, Médecin chef à l'hôpital local de Bourbonnes Les Bains.

**Les membres du Comité technique PMSI-SSR** sont les suivants :

- **Monsieur le Docteur BENSADON**, Directeur technique du CTIP
- **Madame CLEMMER**, Directeur du CH de Forbach
- **Monsieur le Docteur COURTILLON**, Médecin chef d'établissement au CRF de Rennes-Beaulieu
- **Monsieur DU HAYS**, Directeur de la Fondation Franco-Américaine à Berck
- **Madame le Docteur GRANIER**, Médecin de santé publique à la DRASS Languedoc-Roussillon
- **Monsieur JOUBERT**, Chargé d'études au SESI
- **Monsieur le Professeur KOHLER**, Directeur du laboratoire SPI-EAO à la Faculté de médecine de Nancy
- **Monsieur LE DOARE**, Directeur du service central au CH intercommunal de Cornouailles
- **Madame le Docteur LUCAS**, Médecin inspecteur régional adjoint à la DRASS PACA
- **Monsieur le Docteur MAYEUX**, Médecin chef au DIM du CHR de Metz-Thionville
- **Monsieur le Docteur MAZAS**, Médecin chef du département de médecine physique à l'Hôpital de La Musse
- **Monsieur le Docteur MÉTAIS**, Médecin chef du Centre de gériatrie Félix Maréchal de Metz-Thionville
- **Madame METZEN-IVARS**, CNAMTS
- **Madame le Docteur RIBET-REINHART**, Médecin DIM à la Fondation Santé Étudiants de France
- **Monsieur ROCHE**, Ingénieur informatique au CTIP
- **Monsieur ROUDIL**, Direction financière des HCL
- **Madame ROUSSEAU**, Chef du bureau EO4 à la DH
- **Monsieur le Docteur TRAYNARD**, Médecin DIM au Centre médical de l'Argentièrre
- **Madame le Docteur VIBET**, Medecin conseil chef de service à l'ENSM de la CNAMTS