

LE MINISTRE DÉLÉGUÉ A LA SANTÉ

À

MESSIEURS LES PRÉFETS DE RÉGION
Directions régionales des affaires sanitaires
et sociales (pour attribution et diffusion aux
partenaires régionaux)

MADAME ET MESSIEURS LES PRÉFETS
DE DÉPARTEMENT
Directions départementales des affaires
sanitaires et sociales (pour attribution et
diffusion aux établissements hospitaliers)

CIRCULAIRE DH/PMSI n° 45 du 9 juillet 1991 relative aux groupes régionaux d'animation sur l'information hospitalière

Date d'application : immédiate

Résumé : mise en place des groupes régionaux d'animation sur l'information hospitalière (GRAIH)

Textes de référence : circulaire DH/PMSI n° 303 du 24/07/89 relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics - circulaire DH/PMSI N 325 du 12/02/90 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.

*8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
Tél. (1) 40 56 6000*

La médicalisation des systèmes d'information amorce une meilleure intégration de la dimension médicale et soignante dans la gestion, tant sur le plan interne que dans les relations entre les établissements les services de l'État et les organismes de la Sécurité Sociale. Elle contribue à l'indispensable intégration de la dimension économique dans la pratique médicale et de soins.

Les circulaires visées en référence ont décrit l'organisation de l'information médicale à l'hôpital et indiqué les modalités de mise en place des structures nécessaires dans les établissements hospitaliers publics et privés participant au service public, Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est en cours de généralisation ; il convient maintenant de définir et de mettre en place le dispositif qui, au niveau externe, favorisera les échanges et les études sur les données hospitalières, et l'intégration visée précédemment. Certaines régions ont d'ailleurs déjà pris des initiatives en ce sens.

Un groupe de travail pluridisciplinaire, composé de professionnels représentatifs (acteurs du système hospitalier et des services extérieurs), a conclu à la nécessité de constituer des pôles d'expertise régionaux, gérés en partenariat par les acteurs locaux du système de santé. De son côté, l'État souhaite mener à l'occasion du PMSI une démarche novatrice en

associant les partenaires du système hospitalier à la définition des nouvelles règles de négociation rendues possibles par les progrès du système d'information.

Le système d'information sur l'hôpital apparaît trop souvent orienté vers le seul contrôle, à partir d'une inflation de données mal finalisées. D'où l'intérêt de ce pôle qui aura pour mission de mener des travaux de recherche et de conseil. Il participera à la création d'un espace d'échange entre les partenaires (établissements, services extérieurs de l'État, organismes de Sécurité Sociale, etc.). Il ajoutera de la pertinence et de la réflexion partenariale aux lieux traditionnels de décision qui demeurent naturellement investis de leurs responsabilités mais seront mieux à même de les exercer.

Face aux défis auxquels se trouve confronté le monde de la santé, de nouveaux rapports doivent s'instaurer, dans l'hôpital et entre tous les intervenants. Pour ce faire, communication, recherche, échange doivent précéder et enrichir négociation, contrôle, bilan : l'appropriation par les acteurs locaux des démarches et outils techniques à mettre en oeuvre conditionne le succès de la démarche.

Ainsi, parallèlement au processus de négociation, allocation et contrôle, qui existe entre l'État et les établissements et dont l'État garantit la pérennité, il convient, pour le rendre plus efficient, de mettre en place des processus de recherche, d'expertise, d'aide et de formation. Les différents partenaires du système hospitalier y gagneront les moyens de mieux exercer leurs compétences et leurs responsabilités. Ces recherches contribueront, in fine, à une meilleure définition d'indicateurs fiables et reconnus par tous, qui pourront alimenter de façon pertinente la négociation et faciliter le contrôle a posteriori dans une logique contractuelle.

Pour permettre aux experts, et notamment aux spécialistes de l'information médicale, de travailler utilement et dans la durée, au delà du simple échange d'expériences, il importe que les représentants légitimes des institutions concernées s'engagent à alimenter les études en données, à approuver le programme de recherche et, de manière générale, à constituer le cadre organisationnel nécessaire.

À cette fin, il sera créé dans chaque région un groupe régional d'animation sur l'information hospitalière (GRAIH), sur proposition d'un groupe d'initiative issu des représentations régionales des partenaires intéressés (services extérieurs de l'État, caisses régionales d'assurance maladie, conférences, fédérations publiques et privées etc.).

Le GRAIH est une instance technique d'études et d'analyse des données hospitalières, associant plusieurs institutions. Ses travaux ont un caractère continu ; ils visent à l'ajustement des systèmes d'information hospitaliers aux besoins des différents partenaires. A ces titres, le GRAIH est susceptible d'apporter un soutien méthodologique à la commission régionale d'évaluation médicale (CREM) prévue à l'article L.712-6-1 de la loi portant réforme hospitalière, votée au Parlement le 3 juillet 1991.

Il est indispensable que les services de l'État participent pleinement à la mise en place et à l'organisation des GRAIH. En particulier, vous faciliterez la constitution du groupe d'initiative en sollicitant tous les partenaires susceptibles de contribuer à la réalisation des objectifs définis.

Les contrats passés, au titre de la mise en place des DIM, entre vous-même et les établissements, sont réputés remplis (en ce qui concerne le seul engagement de transmission des données), à partir de l'entrée de ceux ci dans un GRAIH, et tant qu'ils y demeurent en remplissant toutes les conditions requises.

La gestion quotidienne des GRAIH suppose, outre la collecte et le traitement des données hospitalières, des moyens de fonctionnement.

Votre contribution au fonctionnement du GRAIH pourra revêtir au moins les cinq formes suivantes non exclusives les unes des autres :

- une participation intellectuelle de vos services ;
- une mise à disposition éventuelle de locaux ou (et) de matériels ;
- une mise en commun d'informations dont vous disposez et que vous jugez pertinentes ;
- un accès gratuit pour le GRAIH aux capacités de traitement informatique et statistique du CITI 2 (Centre Inter Universitaire de Traitement de l'Information, rattaché à l'Université PARIS V). Ces traitements sont standardisés par une convention CITI 2 - Ministère, financée par ce dernier ;
- par ailleurs, en tant que de besoin, s'agissant d'une action d'intérêt commun menée au bénéfice de l'ensemble des établissements hospitaliers de votre région, vous pourrez affecter, de manière incitative et concertée avec les partenaires concernés, des moyens prélevés sur l'enveloppe nationale PMSI, au financement des moyens spécifiques consacrés par les établissements au fonctionnement et aux projets du GRAIH.

Pour l'obtention de ces moyens, la DRASS, en coordination avec les DDASS de la région, présentera à la Direction des hôpitaux un dossier faisant apparaître les objectifs, le projet de règlement intérieur, les participants et le budget prévisionnel du GRAIH. S'appuyant sur cette demande, un contrat définira un montant de crédits spécifiques GRAIH, venant abonder l'enveloppe régionale attribuée par ailleurs. Ainsi la pérennité des moyens est assurée aussi longtemps que les engagements pris par les divers partenaires seront respectés.

L'annexe jointe à la présente circulaire propose des principes d'organisation et de mise en place.

Le caractère novateur de cette action préfigure l'évolution partenariale des relations à instituer entre les différents acteurs concernés. Aussi vous voudrez bien assurer la plus large diffusion de cette circulaire et de son annexe à tous les établissements concernés (publics et privés participant au service public) ainsi qu'aux observatoires régionaux de la santé. Par ailleurs, mes services assureront cette diffusion aux fédérations d'établissements publics et privés, aux caisses nationales d'assurance maladie et aux différentes conférences concernées.

BRUNO DURIEUX

ANNEXE : PRINCIPES D'ORGANISATION

Les principes d'organisation type ci-après constituent de simples recommandations pour la mise en place et le fonctionnement des GRAIH, étant entendu qu'une adaptation locale est nécessaire dans chaque région. Le GRAIH peut résulter d'une simple convention multipartite ou prendre la forme d'une association, voire d'un groupement d'intérêt public.

A. OBJET

Article 1 : PROMOTION de l'information hospitalière, développement de la recherche, du conseil et de l'évaluation.

Article 2 : MISSIONS POURSUIVIES

Il est constitué dans chaque région un GRAIH qui a pour missions principales

- la mise en place de pôles régionaux d'expertise gérés par tous les partenaires du système de santé ;
- la définition de principes déontologiques : droits d'accès aux données transmises par les établissements, mode de communication, règles de confidentialité ;
- la fiabilisation et la validation de l'information : sont prioritairement visées les données issues du PMSI ;
- le traitement et la mise à disposition des résultats sur demande des membres et suivant des règles établies ;
- le conseil technique : recherche de données pertinentes, de modes d'agrégation sur l'ensemble des données économiques ;
- l'aide à l'évaluation.

Les GRAIH sont habilités à recevoir et à collecter, outre les données issues du PMSI, toutes les données utiles aux travaux que pourra décider le Comité de gestion du GRAIH.

B. MEMBRES, CONDITIONS D'ACCÈS

Article 3 : MEMBRES DE DROIT

- Les établissements publics et privés volontaires mettant en oeuvre le PMSI, produisant des RSS et mettant cette information à disposition du GRAIH conformément au règlement intérieur ;
- les services extérieurs de l'État qui apporteront des moyens intellectuels, financiers et logistiques ;
- les Caisses d'Assurance Maladie volontaires, qui apporteront des moyens financiers, intellectuels et les informations utiles aux travaux des GRAIH.

Le souci d'assurer la pérennité et l'efficacité des GRAIH doit conduire à la mise en place de structures adaptables et modulables et non à un blocage initial sur ce point.

Article 4 : ACTE FONDATEUR

Les membres de droit qui créent le GRAIH (membres fondateurs), établissent l'acte fondateur, lequel précise en particulier :

- le principe des contributions de chaque adhérent ; celles-ci sont détaillées par contrat entre chaque adhérent et le GRAIH ;

- la nature et les conditions de production et de transmission de l'information à collecter ;
- la nature et le mode d'exécution des contrôles de qualité ;
- les conditions et les modes de traitement, de mise à disposition, et de diffusion de cette information au sein du GRAIH ;
- les informations supplémentaires mises en commun dans la base et leur mode de production ; les modes d'accès à la base ;
- le rôle des divers organes de gestion du GRAIH : Assemblée Générale (AG), Comité de Gestion (CGG) et Groupes Techniques (GT), (cf C article 6 et suivants).

Cet acte fondateur peut être modifié dans les conditions prévues à l'article 6,2.

Article 5 : MEMBRES COOPTÉS

D'autres partenaires peuvent faire partie du GRAIH, après accord de l'Assemblée Générale réunie comme indiquée ultérieurement et après acceptation des principes de l'acte fondateur et du règlement intérieur.

Ces membres cooptés peuvent être :

- les établissements hospitaliers non encore concernés par le PMSI, mais désireux de mettre en place des systèmes d'information adaptés aux activités hospitalières au delà du court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique,
- les organismes publics (ou gérant un service public) qui participent à l'étude, au financement ou à la gestion du système de santé,
- tout autre membre dont l'accès est autorisé par un vote de l'Assemblée Générale.

Tout adhérent doit de façon expresse manifester son consentement en signant l'acte fondateur du GRAIH.

C. PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT

Article 6 : ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 6.1 : COMPOSITION

Chaque adhérent au GRAIH est membre de cette assemblée et y est représenté par :

- établissements publics : Directeur (ou son représentant), Président de la CME (ou son représentant) et deux personnes dont un médecin (sur proposition de la CME), désignés par le Directeur ;
- la DRASS : Directeur (ou son représentant), MIR et deux autres membres désignés par le DRASS ; la DDASS : Directeur (ou son représentant), MIS ;
- les Caisses d'Assurance Maladie : deux représentants (dont un médecin) ;
- établissements privés : le représentant légal (ou son représentant) et un médecin exerçant dans l'établissement ;
- autres : à définir au moment de leur adhésion au GRAIH.

Cette assemblée doit se réunir au moins une fois par an à l'initiative du Président du Comité de Gestion du GRAIH (CGG, cf article 7), ou à l'initiative d'au moins la moitié des membres de droit.

Article 6.2 : COMPÉTENCES

Elle a compétence pour :

- établir, modifier, compléter les statuts du GRAIH et de l'Acte fondateur ;

- approuver le règlement intérieur présenté par le comité de gestion ;
- définir les délégations au Président du CGG ; Examiner et approuver les orientations annuelles présentées par le CGG, le budget et le rapport d'activité ;
- accepter de nouveaux membres, ou des retraits, voter l'exclusion ;
- désigner les membres du CGG.

Article 6.3 : DROITS DE VOTE

Les représentants des différentes institutions, membres du GRAIH, précisent les règles de vote qu'ils comptent adopter pour répondre au mieux à leur situation régionale propre, en dissociant la participation à l'assemblée générale du droit de vote.

Néanmoins, il importe que chacun soit justement représenté, en distinguant la phase de montée en charge de celle qui peut être qualifiée d'achevée.

En particulier, il convient de veiller à l'équilibre public/privé, services extérieurs/caisses et enfin hospitaliers/autres.

Par ailleurs, le règlement intérieur précise les conditions que doivent remplir les "autres cooptés" pour bénéficier d'une représentation au vote.

Article 7 : LE COMITÉ DE GESTION DU GROUPE (CGG)

Ce comité est chargé de mettre en oeuvre les orientations arrêtées par l'assemblée visée à l'article 6, dans le cadre des missions qu'elle lui confiera. Il prend toutes les décisions utiles pour l'accomplissement de ses missions.

En particulier, il peut choisir un prestataire technique disposant des compétences et capacités de traitement informatiques nécessaires, tel que le CITI 2 (Centre Inter-universitaire de Traitement de l'Information rattaché à l'Université PARIS V, organisme prestataire pour le traitement des données, mis à disposition des GRAIH par la Direction des Hôpitaux), ou l'ORS, ou la DRASS, ou un établissement hospitalier, ou le CRIH, par exemple.

Les membres du Comité de Gestion sont désignés par l'Assemblée Générale (article 6.2) et conformément à l'article 6 3 "droits de vote".

La composition de ce Comité pourrait être la suivante :

- établissements publics :
 - 3 directeurs dont au moins un dans un CHR
 - 3 présidents de CME et un dans un CHG
- établissements privés :
 - 2 représentants dont un médecin
- caisses :
 - 2 représentants dont un médecin
- services extérieurs :
 - Le DRASS, le MIR, un DDASS et un MIS
- « autres cooptés » : suivant le règlement intérieur, au maximum deux.
- un représentant de chaque groupe technique (GT) (à titre consultatif).

Pour chacun des membres titulaires du CGG, il est procédé à l'élection d'un suppléant respectivement choisi dans le corps administratif ou médical.

Cette composition peut être modifiée pour tenir compte de spécificités locales.

Le comité peut désigner toute autre personne, s'il le juge utile, à siéger à titre consultatif : membre du GT, spécialiste universitaire...

Ce comité élit un Président, au scrutin majoritaire à deux tours. Le Président, issu de préférence d'un établissement produisant de l'information médicalisée, assure la coordination des travaux des divers groupes techniques. Il peut se faire assister par un collaborateur de son choix dans l'accomplissement de ses tâches.

Le comité rend compte annuellement, devant l'assemblée, de son activité, sous la forme d'un bilan faisant notamment apparaître le travail de chaque groupe technique (GT), l'utilisation des moyens et les résultats obtenus.

Article 8 : GROUPES TECHNIQUES (GT)

Le CGG s'appuie, pour mener à bien ses missions, sur des groupes techniques dont il fixe la composition et le mandat, et pour lesquels il prévoit le mode de suivi et de compte rendu des travaux.

Deux objectifs principaux peuvent être assignés à ces groupes techniques :

- échanges entre professionnels, sous forme par exemple d'animation de réseaux de producteurs de données hospitalières ;
- approfondissements techniques et méthodologiques.

A titre d'exemple, il pourrait être créé :

- un groupe "Information Médicalisée" lié au développement du PMSI qui, outre les autres missions confiées par le CGG, peut naturellement recevoir celle d'animer un regroupement des DIM ;
- un groupe "comptabilité analytique" : un des enjeux du monde hospitalier est la connaissance ; la comptabilité analytique participe de cet effort et doit faire l'objet d'études et de précautions particulières. Ce groupe pourrait être animé, en particulier par des RSIO ;
- un groupe "grilles d'échanges" : il conviendrait, entre partenaires locaux, d'examiner comment pourrait être construit "un référentiel d'échange" en examinant les données disponibles et celles manquantes mais souhaitables, pour prévoir (planification), négocier (allocation), suivre (tableaux de bord), évaluer (bilan).

(Un travail similaire pourrait porter sur les données nécessaires aux établissements pour mener à bien leur propre analyse stratégique en liaison avec l'environnement présent et futur).

D. APPORTS

Les apports peuvent être intellectuels (compétences diverses), mobiliers, immobiliers, financiers.

Le règlement intérieur précise les règles d'apports et les engagements financiers de chaque membre, les conditions de leur pérennité et de leur retrait.

Un budget annuel est voté en équilibre et une comptabilité tenue. Le Président du Comité de Gestion est responsable de la tenue de ces comptes, de leur exhaustivité et fidélité. Ces documents seront librement accessibles à tout adhérent du GRAIH.

La souplesse sera recherchée, lors de la mise en place du dispositif notamment.

Les premiers GRAIH mis en place permettront de cerner de manière plus précise les différentes solutions juridiques : celles-ci seront répertoriées et explicitées sous forme de fiches de cas, mises à disposition des acteurs locaux.

E. DÉMISSION - EXCLUSION - DISSOLUTION

Tout adhérent peut démissionner sous préavis indiqué dans le règlement intérieur. Il peut récupérer les immobilisations mises à disposition du GRAIH. Si cette reprise met en péril les activités du GRAIH, elle doit être négociée (conditions et délais) avec le comité de gestion. Toute immobilisation cédée au GRAIH ou cofinancée reste la propriété du GRAIH.

Tout adhérent ne respectant pas les principes d'organisation, l'acte fondateur ou le règlement intérieur, peut être exclu du GRAIH, après avoir été entendu par le Comité de Gestion. Les reprises d'immobilisation se font dans les mêmes conditions que pour la démission.

L'Assemblée Générale des membres de droit peut voter la dissolution du GRAIH suivant les modalités prévues au règlement intérieur et à l'article 6.3. Le règlement intérieur prévoit les conditions et les causes de dissolution. Il règle les problèmes de cessation d'activité (problèmes de personnels, dettes, liquidation des immobilisations, propriété des informations, publications etc.).