

Système d'Information de Production de Soins : Analyse de l'existant et des besoins

[7]

Etude « Réglementation »

***Fiche descriptive « Analyse de l'activité –
Transmission des données d'activité de
l'établissement »***

Version 1

Sommaire

1	Introduction	3
2	Définition	4
3	Les organisations de santé et les acteurs	5
3.1	La mise en œuvre du dispositif d'analyse de l'activité	5
3.1.1	Par les établissements	5
3.1.2	Rôle de la CME.....	7
3.1.3	Rôle de la Direction des systèmes d'information et de l'organisation (DSIO) fonctionnant dans les établissements publics de santé	7
3.1.4	La mise en place d'un collège médical et de correspondants médicaux du DIM dans les établissements publics de santé.....	8
3.1.5	La protection des droits du patient est assurée.....	8
3.2	La transmission des données	10
3.2.1	Le rôle des médecins producteurs de l'information.....	10
3.2.2	Le rôle du département d'information médicale (DIM) et du médecin responsable du DIM.....	11
3.3	Schéma de synthèse :	15
4	Aspects fonctionnels	16
4.1	Données recueillies dans le dossier de chaque patient	16
4.2	Ces données sont précisées par arrêté	16
4.2.1	Arrêté du 31/12/2003 relatif à l'analyse de l'activité de soins dans les services de MCO (Médecine, Chirurgie et Obstétrique)	16
4.2.2	Arrêté du 25/06/2003 relatif à l'analyse de l'activité de soins dans les services SSR (Soins de suite et réadaptation)	21

1 INTRODUCTION

Cette fiche est essentiellement fondée sur l'analyse de la réglementation issue de dispositions :

- du code de la santé publique (et notamment les articles L. 1110-4, L. 6113-1, L. 6113-7, L. 6113-8, R. 1112-2, R. 710-5-1 à R. 710-5-11 et R. 710-5-17 à R. 710-5-22) ;
- du code de la sécurité sociale (et notamment les articles L. 161-29, L. 161-34 et R. 161-39 à 161-51) ;
- du code pénal (et notamment des articles 226-17, 226-21 et 226-22) ;
- de la loi du 18 décembre 2003 n° 2003-1199 de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;
- de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;
- du code de déontologie médicale (et notamment des articles 4, 5, 69, 72, 73 et 95) ;
- de l'arrêté du 31 décembre 2003, JO du 11 février 2004, NOR: SANH0420068A, relatif au recueil des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;
- de l'arrêté du 25 juin 2003, JO du 6 juillet 2003, NOR: SANH0322315A, relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;
- de l'arrêté du 17 mars 2004, NOR : SANG0430145A, de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, relatif à la collecte et à la transmission des informations nécessaires à l'établissement de la statistique annuelle des établissements de santé ;
- du rapport du CNOM sur le médecin du DIM dans les établissements de santé : réglementation et déontologie, janvier 2000 ;
- de la circulaire DH/P.M.S.I. Ndeg. 303 NOR : SPSH8910309C du 24 juillet 1989, 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 , non parue au Journal officiel ;
- de la circulaire n° 275 NOR : SPSH8910005C du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics, non parue au J.O. ;
- de la circulaire DH/PMSI n°48 du 11 décembre 1995 relative à la création des COTRIM et à l'organisation de contrôles externes dans les établissements de santé dans le cadre du développement du PMSI ;
- de la circulaire DH/PMSI/2000 n°366 du 3 juillet 2000 portant précisions relatives à la composition et au fonctionnement des COTRIM ;
- de la délibération de la CNIL n°85-39 du 10 septembre 1985 portant avis sur le projet d'arrêté du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale relatif à l'informatisation dans les établissements hospitaliers des RSS élaborés dans le cadre du PMSI,
- des bulletins officiels hebdomadaires du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité,
- du rapport du GMSIH du 10 juin 2003 relatif à la mise en oeuvre de la CCAM dans les établissements de santé au 1er janvier 2004
- et du guide élaboré par le GMSIH à l'usage des établissements de santé : Guide d'application. Adaptation du Système d'Information à l'utilisation de la CCAM à double finalité PMSI et tarifante.

2 DEFINITION

Dans le contexte de maîtrise des dépenses et d'amélioration de la qualité des soins, les établissements de santé, privés et publics, sont tenus de quantifier et d'évaluer leur activité tant pour leur gestion que pour obtenir des allocations de ressources justifiées. (Article L. 6113-1 du code de la santé publique)

C'est ainsi que chaque établissement de santé est tenu de procéder à l'analyse de son activité (Article L. 6113-7 du code de la santé publique) et de transmettre aux agences régionales de l'hospitalisation, ainsi qu'à l'Etat et aux organismes d'assurance maladie, les informations relatives à ses moyens de fonctionnement et à son activité qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire, à la détermination de leurs ressources et à l'évaluation de la qualité des soins. (Article L. 6113-8 du code de la santé publique)

Schématiquement, pour cette analyse, les établissements ont pour rôle de procéder à la synthèse et au traitement informatique des données figurant dans le dossier médical qui sont recueillies, pour chaque patient, par le praticien responsable de la structure médicale ou médico-technique ou par le praticien ayant dispensé des soins au patient et qui sont transmises au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement. (Article R 710-5-1 CSP)

Parallèlement à ce dispositif, coexiste le système de transmission des feuilles de soins et bordereaux de facturation à l'assurance maladie appelé, bien qu'il ne concerne pas le sujet de la présente étude, de façon schématique ci-après :

- les professionnels de santé ainsi que les établissements de santé ont l'obligation de coder leurs actes et prestations dispensés remboursables par l'assurance maladie (article L. 161-29 du code de la sécurité sociale) ;
- de transmettre les feuilles de soins électroniques (FSE) ou papier ou bordereau de facturation (dit bordereau 615) lorsque les soins sont prodigués dans un établissement de santé selon des modalités et des délais fixés par la réglementation en vigueur (articles L. 161-34 et R. 161-39 à 161-51 du code de la sécurité sociale) ;
- aux organismes d'assurance maladie en vue du remboursement des actes et prestations dispensés et de contribuer à la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie.

3 LES ORGANISATIONS DE SANTE ET LES ACTEURS

3.1 La mise en œuvre du dispositif d'analyse de l'activité

3.1.1 Par les établissements

- **Les services concernés par ce dispositif**

En l'état¹, et sous réserve des dispositions ou modifications ultérieures qui seraient prises notamment en application de la réforme sur la tarification à l'activité introduite par la loi du 18 décembre 2003 n° 2003-1199 de financement de la sécurité sociale pour 2004 :

- seuls les établissements publics et privés de santé titulaires d'autorisations de MCO (médecine, chirurgie et obstétrique) et de SSR (soins de suite et de réadaptation) sont concernés par ce dispositif
- et uniquement pour ces activités de MCO et de SSR, quelles que soient leurs modalités.

- **Rôle de ces établissements**

- Dispositions particulières

- *Pour les établissements publics et privés titulaires d'autorisations de Médecine, Chirurgie ou Obstétrique (MCO)*

Ils mettent en œuvre des traitements automatisés des données médicales nominatives suivantes :

- résumés de sortie standardisés (**RSS**),
- constitués d'un ou plusieurs résumés d'unité médicale (**RUM**),
- pour tous les patients, admis dans les unités médicales d'hospitalisation², avec ou sans hébergement, de médecine, chirurgie ou d'obstétrique, ainsi que pour les nouveau-nés dits « non hospitalisés ».

Ne sont pas concernées par ces traitements les données médicales relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile³.

(Arrêté du 31 décembre 2003, JO du 11 février 2004, NOR: SANH0420068A, relatif au recueil des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique)

¹ Arrêté du 31 décembre 2003, JO du 11 février 2004, NOR: SANH0420068A et arrêté du 25 juin 2003, JO du 6 juillet 2003, NOR: SANH0322315A.

² La définition des unités médicales appartient en propre à chaque établissement de santé ; toutefois, l'activité médicale de réanimation autorisée doit être décrite au sein d'une unité médicale propre à cette activité.

³ Les établissements ayant, à la date de publication du présent arrêté, effectué une déclaration analogue en application des arrêtés des 20 septembre 1994 et 22 juillet 1996 ne sont pas tenus à une nouvelle formalité.

- *Pour les établissements publics et privés titulaires d'autorisations de soins de suite et de réadaptation (SSR)*

Ils mettent en oeuvre des traitements automatisés des données médicales nominatives suivantes :

- résumés hebdomadaires standardisés (RHS),
- assortis de volets identifiant les patients et leurs mouvements,
- pour tous les patients pris en charge dans des unités médicales⁴ de soins de suite ou de réadaptation (SSR), en hospitalisation complète, de semaine, de jour et de nuit ainsi qu'en traitements et cures ambulatoires.

(Arrêté du 25 juin 2003, JO du 6 juillet 2003, NOR: SANH0322315A, relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique)

o Dispositions communes

- *Les instances compétentes de l'établissement, après avis de la CME, définissent les modalités de mises en œuvre :*

- du recueil,
- du traitement,
- de la validation
- de la transmission interne des données médicales, et notamment les obligations des praticiens concernés quant à la transmission et au contrôle de la qualité des données ainsi que leur droit au retour d'informations. (Article R. 710-5-9 du code de la santé publique)

- Chaque établissement de santé est tenu de *mettre en œuvre des systèmes d'information* qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins. (Article L. 6113-7 du code de la santé publique)

- La mise en œuvre de ces traitements automatisés doit être *précédée d'une demande d'avis* (pour et par l'établissement public) ou d'une déclaration préalable (pour et par l'établissement privé) auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Les établissements dotés d'une activité de MCO ayant, à la date de publication de l'arrêté du 31 décembre 2003, effectué une déclaration analogue en application des arrêtés des 20 septembre 1994 et 22 juillet 1996 ne sont pas tenus à une nouvelle formalité.

Les établissements dotés d'une activité de SSR, ayant, à la date de publication de l'arrêté du 25 juin 2003, effectué une demande ou une déclaration analogue en application de l'arrêté du 29 juillet 1998 ne sont pas tenus à une nouvelle formalité. Dans le cas contraire, un modèle d'autorisation auprès de la CNIL figure en annexe de l'arrêté précité.

⁴ La définition des unités médicales appartient en propre à chaque établissement de santé.

3.1.2 Rôle de la CME

Il s'agit de la commission médicale d'établissement dans un établissement public de santé et de la conférence médicale d'établissement dans l'établissement privé de santé.

Elle a un rôle consultatif auprès de l'établissement ou de son directeur :

- au sujet de la définition des modalités de mises en œuvre du recueil, du traitement, de la validation et de la transmission interne des données médicales et notamment des obligations des praticiens concernés. (Article R. 710-5-9 du code de la santé publique)
- au sujet de la désignation du médecin responsable du département d'information médicale. (Article L. 6113-7 du code de la santé publique)
- au sujet de l'élaboration du dispositif permettant de préserver la confidentialité des données médicales nominatives. (Article R. 710-5-6 du code de la santé publique)

3.1.3 Rôle de la Direction des systèmes d'information et de l'organisation (DSIO) fonctionnant dans les établissements publics de santé

Le responsable du système d'information et d'organisation (RSIO) est le garant du bon fonctionnement du système d'information et de sa pertinence pour (circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics, NOR : SPSH8910005C, non parue au J.O.) :

- Contribuer à la qualité du service.
- Permettre une gestion performante de l'établissement.
- Fournir des informations demandées par la réglementation.
- Faciliter les prises de décision concernant le choix d'évolution d'activité et de niveau stratégique.

De façon continue, le RSIO doit gérer le système d'information c'est-à-dire vérifier que chaque centre de responsabilité dispose bien des informations qui lui sont nécessaires et que ces informations sont fiables.

Il est responsable de la production des informations nécessaires à la direction et de celles demandées par la réglementation.

Il doit assurer la cohérence du système d'information et veiller à l'articulation entre les systèmes d'information administratifs et les systèmes de gestion de l'information médicale.

Le RSIO a également pour tâche d'analyser le système d'information existant, d'étudier sa cohérence avec l'organisation socio-technique en place, le fonctionnement de la structure et les objectifs à atteindre.

Il doit être à même de proposer des modifications et de planifier dans un schéma directeur, la mise en place de procédures et d'outils de stockage, de traitement et de circulation de l'information permettant d'atteindre les objectifs de la direction. Pour cela, il doit pouvoir conseiller les utilisateurs, y compris en termes d'organisation, et définir avec eux les flux d'information, les moyens à mettre en place et la rentabilité d'un système.

Enfin, la circulaire indique qu'il est souhaitable que le RSIO soit un cadre administratif rattaché au directeur. (Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics, NOR : SPSH8910005C, *non parue au J.O.*)

3.1.4 La mise en place d'un collège médical et de correspondants médicaux du DIM dans les établissements publics de santé

(Circulaire DH/P.M.S.I. Ndeg. 303 du 24 juillet 1989, 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, NOR : SPSH8910309C, *non parue au Journal officiel*)

La Circulaire du 24 juillet 1989 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 suggère que :

- Dans chaque service, ensemble de services ou département, ayant une activité clinique ou médico-technique, le responsable désigne un médecin qui est le correspondant du DIM dans ce service, qui veille à la qualité de l'information médicale, qui collabore effectivement pour ce qui le concerne à l'activité du DIM.
- La CME désigne les médecins qui composent le collège médical du DIM, leur nombre étant déterminé par le règlement intérieur. La circulaire précitée indique que le collège exerce un contrôle sur l'activité du DIM, élabore le règlement intérieur du DIM avant sa présentation aux instances compétentes de l'établissement et se prononce sur les projets du DIM susceptibles d'affecter le schéma directeur d'informatisation de l'établissement.
- Sont membres de droit de ce collège : le directeur de l'établissement ou son représentant; le président de la CME ou son représentant; l'infirmier général ou l'infirmière générale ou un représentant du corps infirmier.

L'association du RSIO aux réunions du collège est particulièrement recommandée.

3.1.5 La protection des droits du patient est assurée

A chaque étape de ce système, le secret médical et/ou professionnel, la confidentialité et les droits du patient sont respectés :

- Notamment, les personnes soignées dans l'établissement sont informées, par le livre d'accueil ou un autre document écrit (article R. 710-5-7 du code de la santé publique) :
 - Que des données les concernant font l'objet d'un traitement automatisé dans les conditions fixées par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;
 - Que ces données sont transmises au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement et sont protégées par le secret médical ;
 - Qu'elles peuvent, par l'intermédiaire d'un médecin désigné par elles à cet effet, exercer leur droit d'accès et de rectification et que ce droit s'exerce auprès du médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement, par l'intermédiaire du praticien responsable de la structure médicale dans laquelle ils ont reçu des soins ou du praticien ayant constitué leur dossier ;
 - Qu'elles ont le droit de s'opposer pour des raisons légitimes au recueil et au traitement de données nominatives les concernant, dans les conditions fixées à

l'article 26 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978. (Cf. notamment fiche sur la tenue et la gestion du dossier du patient, pages 6 et 7)

- Par ailleurs, la préservation de la confidentialité des données médicales nominatives est organisée :
 - Les données concernant les personnes physiques ne peuvent être communiquées que sous forme de statistiques agrégées et d'informations constituées de telle sorte que ces personnes ne puissent être identifiées. (Article R. 710-5-21 du code de la santé publique)
 - Le médecin DIM est garant de la confidentialité des données médicales et de l'anonymat des malades. A ce titre, il conseille notamment l'établissement et le président de la CME pour que le Directeur prenne toute disposition utile afin de préserver cette confidentialité, en particulier concernant l'étendue, les modalités d'attribution et de contrôle des autorisations d'accès ainsi que l'enregistrement de l'accès. (Article R. 710-5-6 du code de la santé publique)
 - La CNIL est venue préciser que l'accès aux fichiers informatiques médicaux ainsi constitués doit être contrôlé par un système de sécurité placé notamment sous la responsabilité du médecin DIM et que ce système doit être conçu de façon à permettre une identification des utilisateurs, des terminaux dédiés, des transactions accessibles aux utilisateurs, ainsi qu'une séparation des données relatives à l'identité des personnes et aux renseignements médicaux. (CNIL, délibération n°85-39 du 10 septembre 1985 portant avis sur le projet d'arrêté du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale relatif à l'informatisation dans les établissements hospitaliers des RSS élaborés dans le cadre du PMSI. Cf. conseils dans le rapport du GMSIH du 10 juin 2003 relatif à la mise en oeuvre de la CCAM dans les établissements de santé au 1^{er} janvier 2004)

A titre de remarque, les tiers peuvent accéder à certaines informations relatives à l'analyse de l'activité médicale, mais cet accès est restreint et limité : certaines informations sont communicables à toute personne physique ou morale dans les conditions définies d'une part, par la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'améliorations des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal et d'autre part, par les articles 40-11 à 40-15 de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, définissant les modalités de communication de ces données. (Article R. 710-5-20 du code de la santé publique).

3.2 La transmission des données

Les données recueillies et traitées ainsi que leur modalités de transmissions sont définies et précisées dans le chapitre 4.

3.2.1 Le rôle des médecins producteurs de l'information

Les médecins exerçant dans les établissements de santé publics et privés, et les personnes auxquelles ils auraient délégué ce rôle, sont évidemment soumis à l'obligation de secret concernant les données médicales nominatives qu'ils recueillent et transmettent conformément à la réglementation en vigueur. (Article R. 710-5-5 du code de la santé publique)

- **Recueil des données par le médecin dans le dossier médical**

A titre de rappel, un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. (Article R. 1112-2 du code de la santé publique- Cf. fiches sur le contenu du dossier médical et sur la tenue et la gestion du dossier médical)

Les médecins (et les internes sous l'autorité de leur chef de service) doivent notamment tenir ce dossier médical et y consigner toutes leurs observations, leurs interventions et les hypothèses qu'ils formulent en conclusion.

- **Transmission interne de ces données par le médecin au médecin du DIM**

Les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale (médecin du DIM) pour l'établissement dans des conditions déterminées par voie réglementaire après consultation du Conseil national de l'ordre des médecins. (Article L. 6113-7 du code de la santé publique)

Quels que soit la nature de l'unité médicale (MCO ou SRR) et le support des informations (RUM ou RSS en MCO, ou RHS en SSR), les responsabilités du praticien producteur de l'information sont identiques : il procède au codage des diagnostics qu'il a émis et des actes réalisés, et à tout le moins, doit veiller à la bonne exécution de la tâche par la personne à laquelle il l'aurait délégués. (Article 72 du code de déontologie médicale)

Il peut se faire conseiller par le médecin du DIM.

Il est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations transmises.

- **Le droit au retour d'information**

Ce droit comporte:

- Un droit d'accès et de rectification : les praticiens de l'établissement ont un droit d'accès et de rectification quant aux informations relatives aux soins qu'ils ont dispensés ou qui ont été dispensés dans une structure médicale ou médico-technique dont ils ont la responsabilité. (Article R. 710-5-4 du code de la santé publique)
- Un droit au suivi des résultats des traitements des informations transmises au médecin du DIM. (Article R. 510-5-8 du code de la santé publique)

3.2.2 Le rôle du département d'information médicale (DIM) et du médecin responsable du DIM

- **Le département d'information médicale (DIM)**

Le département ou service d'information médicale est une structure hospitalière médico-technique transversale à l'organisation de l'établissement prestataire de services qui regroupe un certain nombre d'outils et de compétences, afin de prendre en charge le traitement de l'information médicale, dans un double but d'aide à l'amélioration de la qualité des soins et d'analyse médico-économique.

Le DIM est un sous ensemble du système d'information hospitalière (SIH) mis en œuvre au sein de l'établissement.

La fonction primordiale du DIM est d'assurer la qualité du recueil et du traitement des informations du PMSI et leur sécurité.

Les personnels placés ou détachés auprès du médecin du DIM et qui travaillent à l'exploitation de données nominatives sous son autorité, ainsi que des personnels intervenant sur le matériel et les logiciels utilisés pour le recueil et le traitement des données sont soumis à l'obligation de secret concernant les données médicales nominatives (article R. 710-5-5 du code de la santé publique)

Dans les établissements publics de santé, la circulaire 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, précise qu'un cadre de direction et un cadre infirmier peuvent assister le responsable médical du DIM, lequel est assisté d'un secrétariat médical, de façon à assurer la continuité du travail.

- **Le médecin responsable du DIM**

Le praticien responsable de l'information médicale (ci-après dénommé médecin DIM) est un médecin désigné par le conseil d'administration ou l'organe délibérant de l'établissement, s'il existe, après avis de la commission médicale ou de la conférence médicale. Pour ce qui concerne les établissements publics de santé, les conditions de cette désignation et les modes d'organisation de la fonction d'information médicale sont fixés par décret. (Article L. 6113-7 du code de la santé publique)

Il est soumis à l'obligation de secret concernant les données médicales nominatives. (Article R. 710-5-5 du code de la santé publique)

Il est garant de la confidentialité des données médicales et de l'anonymat des malades.

Le code pénal fait peser sur le médecin du DIM une responsabilité particulièrement lourde en cas d'infraction au secret et à la confidentialité. (Articles 226-17, 226-21 et 226-22 du code pénal)

Les fonctions essentielles du médecin du DIM comprennent :

- le conseil des différents acteurs
- Le recueil et le traitement d'informations confidentielles nécessaires aux analyses d'activité des établissements
- Le contrôle de la qualité des informations recueillies et leur validation
- La constitution de fichiers soumis aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978, dite informatique et libertés.
- La participation à l'interprétation des résultats

- La maîtrise de la sécurité.

De telles fonctions et une telle position nécessitent que le médecin du DIM soit indépendant et que son indépendance soit respectée tant par ses Confrères que par l'administration de l'établissement. (Articles 5 et 95 du code de déontologie médicale)

- o La mission de conseil du médecin DIM

- vis-à-vis des praticiens : pour la production des informations dont il doit veiller à la qualité et à l'exhaustivité.
- vis-à-vis de la direction de l'établissement : afin que toute mesure soit prise pour garantir la confidentialité des données, interpréter les résultats des traitements et analyser l'activité globale de l'établissement et de chaque unité médicale.

A ce titre, il conseille notamment l'établissement et le président de la CME pour que toute précaution utile soit prise afin de préserver cette confidentialité, en particulier concernant l'étendue, les modalités d'attribution et de contrôle des autorisations d'accès ainsi que l'enregistrement de l'accès. (Article R. 710-5-6 du code de la santé publique)

- vis-à-vis de la CME : pour lui fournir tout renseignement utile à la confidentialité des données, à la constitution, à l'évolution et au suivi du projet d'établissement ou des contrats d'objectifs et de moyens.

Par ailleurs, le médecin du DIM coordonne la formation de l'ensemble des personnels concernés à la production et à l'utilisation de l'information médicale. (Article 72 du code de déontologie médicale et circulaire DH/PMSI 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)

Enfin, c'est auprès du médecin du DIM que les patients peuvent exercer leurs droits d'accès et de rectification aux fichiers du PMSI les concernant. (Cf. article R. 710-5-7 du code de la santé publique)

- o Le traitement de données et la constitution de fichiers

Le médecin du DIM veille à la qualité des données qu'il confronte, en tant que de besoin, avec les dossiers médicaux et les fichiers administratifs. (Article R. 510-5-4 du code de la santé publique)

A partir des données qui lui sont transmises par les médecins (correspondant aux données contenues dans les fichiers de RUM ou de RSS en MCO, ou de RHS en SSR), le médecin du DIM procède à la constitution de plusieurs fichiers :

- A partir des données relatives aux activités de **MCO** qui lui sont transmises et sauf dérogations transitoires, le médecin du DIM est responsable de la constitution de fichiers de : RUM (résumés d'unité médicale), RSS (résumés de sortie standardisés), RSAC (résumés de sortie anonymes chaînable) et RSF-A. *Le contenu de ces fichiers est défini sous le paragraphe 3.2.1.*
- A partir des données relatives aux activités de **SSR** qui lui sont transmises, le médecin du DIM est responsable de la constitution de fichiers de : RHS groupés (Résumés Hebdomadaires Standardisés groupés), RHA (Résumé Hebdomadaire Anonyme) et SSRHA (Suites semestrielles de Résumés Hebdomadaires Anonymes). *Le contenu de ces fichiers est défini sous le paragraphe 3.2.1.*

A cette occasion, le médecin DIM est amené à :

- Valider le codage des diagnostics et des actes rédigés par le médecin producteur de l'information ou le technicien de l'information médicale auquel cette tâche aura été déléguée.

- S'orienter vers les personnes à l'origine de l'information, seules responsables de la description de leur activité, si les informations consignées dans le dossier s'avèrent insuffisamment précises lors de la réalisation du codage.
- Mettre en oeuvre le groupage en GHM (groupe homogène de malades pour les services de MCO) Ou en GHJ (groupe homogène de journées pour les services de SSR) des résumés de séjour.
- Effectuer le traitement des données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité.
- Le médecin du DIM est informé de l'objectif des traitements de l'information qui lui sont demandés et participe à l'interprétation de leurs résultats.

La validation est également assurée :

- En interne, auprès des médecins de l'établissement, qui bénéficient d'un retour d'information.
- En externe, par les médecins inspecteurs de santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie.

A cet égard, le médecin du DIM est chargé de veiller à la qualité des informations par des processus de validation interne et d'organiser les contrôles externes de qualité effectués par les inspecteurs et les médecins conseils.

Le médecin du DIM est responsable de :

- La qualité de production des fichiers de RSS en MCO ou RHS groupés, RHA et SSRHA en SSR.
- L'anonymisation et le cryptage des fichiers de RSS en MCO ou RHS groupés, RHA et SSRHA en SSR.
- Leur sauvegarde et leur durée de conservation (durée minimale de quatre ans et cinq ans pour les RHS).

Les litiges à propos du codage des informations sont soumis au comité technique régional l'information médicale (COTRIM). (Circulaire DH/PMSI n°48 du 11 décembre 1995 relative à la création des COTRIM et à l'organisation de contrôles externes dans les établissements de santé dans le cadre du développement du PMSI et circulaire DH/PMSI/2000 n°366 du 3 juillet 2000 portant précisions relatives à la composition et au fonctionnement des COTRIM)

o La communication des traitements

Les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, selon leur nature, sont transmises :

- Par le médecin du DIM : à la CME et au directeur de l'établissement (article R. 710-5-8 du code de la santé publique)
- Par le directeur de l'établissement : aux ARH qui transmettra aux services de l'Etat (DRASS), aux organismes de sécurité sociale et à l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). (Article R. 510-5-10 du code de la santé publique)

o La transmission interne de ces données après leur traitement

Le médecin du DIM transmet, systématiquement ou à la demande, à la CME et au directeur de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales ou ce qui en tient lieu.

Ces informations consistent en statistiques agrégées ou en données par patient, constituées de telle sorte que les personnes soignées ne puissent être identifiées. (Article R. 710-5-8 du code de la santé publique)

Il assure également le suivi des résultats auprès des médecins de l'établissement : Il transmet régulièrement aux praticiens de l'établissement les résultats des traitements des informations que ces derniers lui ont communiquées. (Article R. 710-5-4 du code de la santé publique)

A cet égard, une collaboration étroite entre le médecin du DIM et le médecin producteur de l'information est primordiale pour bien interpréter les résultats et éviter des contestations ultérieures. (Rapport du CNOM sur le médecin du DIM dans les établissements de santé : réglementation et déontologie, janvier 2000)

o La transmission externe par le Directeur de l'établissement

Sur la base et dans la limite des données fournies par les praticiens et transmises par le médecin du DIM, le directeur de l'établissement adresse aux services centraux ou déconcentrés des ministères chargés de la sécurité sociale et de la santé et aux organismes d'assurance maladie, ainsi qu'aux agences régionales de l'hospitalisation des statistiques de caractère non nominatif sous une forme et selon des modalités qui sont fixées par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. (Article R. 710-5-10 du code de la santé publique) *La nature de ces fichiers et leurs modalités de transmission sont définies au chapitre 4.*

Chaque ARH transmet les données aux organismes de l'assurance maladie.

Par ailleurs, les établissements de santé transmettent chaque année soit aux directions régionales des affaires sanitaires et sociales, soit aux caisses régionales d'assurance maladie, selon l'organisation de la transmission, leur réponse à l'enquête « statistique annuelle des établissements de santé », dénommée enquête SAE. (Arrêté du 17 mars 2004 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, relatif à la collecte et à la transmission des informations nécessaires à l'établissement de la statistique annuelle des établissements de santé, NOR : SANG0430145A)

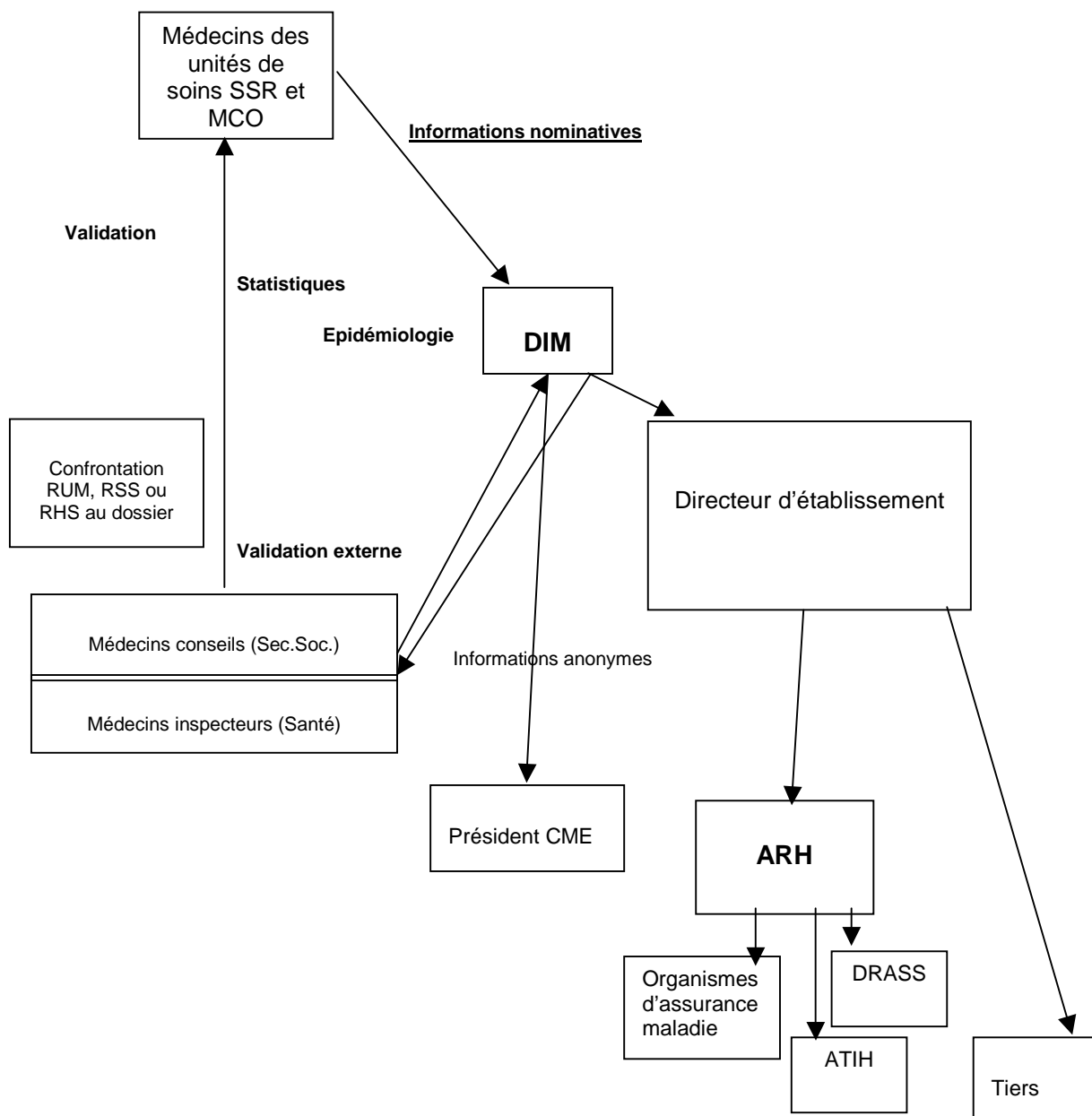
3.3 Schéma de synthèse :

DESTINATAIRES DES INFORMATIONS MEDICALES ISSUES DU PMSI

(arrêtés du 25 juin 2003 et du 31 décembre 2003)

Informations nominatives
RUM, RHS, RSS, dossier médical, etc.

Informations anonymes
Fichiers RSAC, RSF-A, RHA, SSRHA, etc.



Cf. également schéma contenu page 46 du guide élaboré par le GMSIH à l'usage des établissements de santé : Guide d'application, en annexe 5 et intitulé « éléments de modélisation de processus de codage des actes médicaux ». Adaptation du Système d'Information à l'utilisation de la CCAM à double finalité PMSI et tarifante.

4 ASPECTS FONCTIONNELS

Ce chapitre a pour objectif de présenter les données d'activité concernées par le recueil et le traitement ainsi que les modalités de transmission externe

4.1 Données recueillies dans le dossier de chaque patient

(article R. 510-5-1 du code de la santé publique) . **Elle ne peuvent concerner que :**

1° L'identité du patient et son lieu de résidence.

Ces deux premières données (identité et résidence) ne sont pas recueillies lorsqu'une personne peut légalement être admise dans un établissement de santé ou y recevoir des soins en gardant l'anonymat.

2° Les modalités selon lesquelles les soins ont été dispensés, telles qu'hospitalisation avec ou sans hébergement, hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile, consultation externe ;

3° L'environnement familial ou social du patient en tant qu'il influe sur les modalités du traitement de celui-ci ;

4° Les modes et dates d'entrée et de sortie ;

5° Les unités médicales ayant pris en charge le patient ;

6° Les pathologies et autres caractéristiques médicales de la personne soignée ;

7° Les actes de diagnostic et de soins réalisés au profit du patient au cours de son séjour dans l'établissement.

4.2 Ces données sont précisées par arrêté

(article R. 510-5-2 du code de la santé publique) **en fonction de la catégorie de l'établissement dans lequel les soins sont dispensés et de la nature de ces soins.**

Les précisions portent sur les données dont le recueil et le traitement ont un caractère obligatoire ; les nomenclatures et classifications à adopter ; et les modalités et la durée minimale de conservation des fichiers.

4.2.1 Arrêté du 31/12/2003 relatif à l'analyse de l'activité de soins dans les services de MCO (Médecine, Chirurgie et Obstétrique)

L'arrêté du 31 décembre 2003 (JO du 11 février 2004, NOR: SANH0420068A, relatif au recueil des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique), est venu définir les modalités de l'analyse de l'activité de soins dans les services de MCO des établissements de santé, publics et privés.

Cet arrêté a abrogé l'arrêté du 20 septembre 1994 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et de coût, par les établissements de santé publics et privés et à la transmission aux services de l'Etat et aux organismes d'assurance

maladie d'informations issues de ces traitements et l'arrêté du 22 juillet 1996 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale par les établissements de santé et à la transmission aux agences régionales de l'hospitalisation, aux organismes d'assurance maladie et à l'Etat d'informations issues de ce traitement.

Les dispositions de cet arrêté sont d'application immédiate, sauf quelques dérogations relatives aux modalités de transmissions externe, ci-après mentionnées (puce « modalités de transmission externe »).

- **Les catégories d'information enregistrées dans les RUM (résumés d'unité médicale) sont constitués pour chaque patient dans chaque unité médicale de médecine, chirurgie ou obstétrique sont les suivantes⁵ :**

1. Informations relatives à l'identification des patients :

- identifiant correspondant à l'ensemble du séjour dans les unités de médecine, chirurgie ou obstétrique de l'établissement (numéro de RSS) ;
- sexe du patient ;
- date de naissance du patient ;
- code postal du lieu de résidence du patient ou code du pays de résidence du patient.

Par exception, si la personne a été soignée sous le couvert de l'anonymat, les informations d'identité sont limitées à l'année de naissance, au sexe et numéro d'hospitalisation.

2. Autres informations :

- numéro de l'établissement de santé dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux ;
- numéro de l'unité médicale (unité définie au gré de l'établissement pour les besoins du codage médical des séjours) ;
- date et mode d'entrée dans l'unité ;
- date et mode de sortie de l'unité ;
- provenance/destination (si le mode d'entrée/sortie le nécessite) ;
- nombre de séances ;
- diagnostics : diagnostic principal et, s'il y a lieu, diagnostics relié, associé(s) significatif(s) ;
- données associées documentaires, s'il y a lieu ;
- actes médicaux réalisés au cours du séjour, dont les actes nécessaires au groupage du séjour (affectation du séjour à un groupe homogène de malades, ou GHM) ;
- pour chaque acte mentionné, nombre d'occurrences ;
- poids à l'entrée dans l'unité médicale pour les nouveau-nés ;
- indice de gravité simplifié : cette mention n'est obligatoire que pour les patients faisant l'objet de soins de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue.

Par exception, pour les traitements de nature itérative constitués chacun d'une série de séances semblables concernant le même malade, il peut être fait un RSS unique pour plusieurs séances réalisées dans le même trimestre civil.

⁵ Arrêté du 31 décembre 2003, JO du 11 février 2004, NOR: SANH0420068A, relatif au recueil des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique.

Dans ce cas, la date d'entrée portée sur le RSS correspond à la première séance et la date de sortie à la dernière séance de la période considérée.

Ces informations doivent être conformes au contenu du dossier du patient.

L'arrêté du 31 décembre 2003 précise également que :

- Les diagnostics et actes portés sur les RUM y figurent sous forme codée :
 - les diagnostics, selon la 10e révision de la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (CIM 10) et selon les extensions y afférentes prévues dans le document figurant en annexe IV de l'arrêté du 31 décembre 2003 (JO du 11février 2004).
 - les actes selon la classification commune des actes médicaux (CCAM) figurant en annexe II de l'arrêté du 31 décembre 2003 (JO du 11février 2004).
- L'ensemble des RUM relatifs à l'hospitalisation d'un malade dans une ou plusieurs unités de médecine, chirurgie ou obstétrique fréquentées au décours d'un même séjour dans un établissement de santé constitue un résumé standardisé de sortie (RSS). Le RSS est identifié par un numéro dit « numéro RSS »

Lorsque la totalité du séjour d'un malade s'est effectuée dans la même unité médicale, le RSS équivaut strictement au RUM.

Le RSS doit être produit chaque fois qu'un patient quitte la partie court séjour d'une entité juridique ou d'un établissement.

Un guide figurant en annexe III de l'arrêté du 31 décembre 2003 précise les modalités de production, de codage et de groupage des RSS, ainsi que les modalités de constitution des résumés de sortie anonymes et chaînables (RSAc). Les GHM, classés en catégories majeures (CM), sont répertoriés et décrits selon la classification figurant en annexe IV dudit arrêté.

Les annexes II, III et IV dudit arrêté sont publiées au Bulletin officiel du ministère (Consultation possible sur le site santé.gouv.fr), sous les références respectives n° 2003/7 bis, 2004/2 bis et 2004/3 bis.

• **Contenu des fichiers de RSAc (résumés de sortie anonymes chaînables) :**

Pour mémoire, ces fichiers RSAc sont constitués par le médecin du DIM.

Ils comportent l'ensemble des informations portées sur les RSS, à l'exception :

- du numéro de RSS ;
- de la date de naissance, remplacée par l'âge calculé à la date d'entrée (en jours pour les enfants de moins de un an à cette date) ;
- des numéros d'unité médicale (seuls figurent le nombre d'unités médicales fréquentées au cours du séjour ainsi que la durée du passage éventuel dans une unité médicale de réanimation autorisée) ;
- du code postal, remplacé par un code géographique attribué selon une liste convenue au niveau national, en accord avec la CNIL ;
- des dates d'entrée et de sortie, remplacées par la durée de séjour, le mois et l'année de sortie, complétés d'un indicateur produit à partir des dates d'entrée et de sortie et permettant d'ordonner les séjours d'un même patient dans un établissement ;
- des données associées documentaires.

- **Les fichiers RSF-A (résumés standardisés de facturation anonymes) :**

(Annexe 1 de l'arrêté)

Le résumé standardisé de facturation anonyme (RSFA) est généré par un programme informatique à partir des factures établies sur les bordereaux de facturation conformes au modèle fixé par voie réglementaire (imprimé dit « bordereau 615 »).

Chaque résumé de facturation anonyme (RSFA) comporte un numéro séquentiel dit « numéro d'anonymisation », identique à celui du résumé de séjour lui correspondant : cette identité de numéro permet, quoique l'une et l'autre sorte des résumés soient anonymes, d'apparier, pour chaque hospitalisation, résumé de facturation et résumé de séjour.

Le RSF-A est composé, de trois catégories d'enregistrements :

- La catégorie a/, qui correspond à la partie haute du bordereau 615 :
 - numéro séquentiel (le même que pour les RSA)
 - type d'enregistrement (A)
 - numéro FINESS
 - code de prise en charge
 - total base de remboursement
 - total montant de la facture
 - total remboursable par la caisse
 - total honoraires facturés
 - total honoraires remboursables.
- Les catégories b (1) ou c (2) correspondant à la partie basse du bordereau 615 :
 - numéro séquentiel (le même que pour les RSA)
 - type d'enregistrement (B ou C)
 - numéro FINESS
 - mode de traitement
 - discipline médico-tarifaire
 - code acte
 - quantité d'actes
 - coefficient de l'acte
 - prix unitaire
 - taux de participation de la caisse
 - montant base de remboursement
 - montant remboursé
 - montant facturé.

Le programme informatique génère un fichier de RSF-anonymes-agrégés (RSF-AA) dont le contenu est le suivant :

- numéro de FINESS ;
- numéro séquentiel (permettant la jonction + avec les RSA) ;
- numéro d'erreur du contrôle facture (cf. plus bas) ;
- code de prise en charge ;
- code grand régime ;
- code géographique de résidence ;

- résultat du groupage (version de groupage/CMD/GHM/code retour) ;
- type de séjour (prestations inter-établissements) ;
- durée de séjour ;
- nombre de séances ;
- compteurs (renseignés selon les catégories répertoriées ci-après), avec, pour chacun :
 - base de remboursement ;
 - montant remboursé ;
 - montant facturé.

Les compteurs sont les suivants :

1. Hébergement.
2. Accueil.
3. Pharmacie coûteuse.
4. Autres prestations d'hébergement.
5. Environnement technique.
6. Produits sanguins et d'origine humaine.
7. Prothèses.
8. Autres consommations.
9. Actes en K et KC.
10. Actes en Z.
11. Autres honoraires des praticiens.
12. Analyses biologiques.
13. Frais de transport.
14. Autres prestations.
15. Prestations non reconnues.

Pour connaître l'affectation des codes/prestations dans les différents compteurs, consulter (sur le site santé.gouv.fr) le bulletin officiel n°2004/7 hebdomadaire du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité n° 2004/5 (ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées).

• **Les modalités de transmission externes :**

○ Principe

L'établissement de santé, public ou privé, transmet trimestriellement à l'ARH, sur un support magnétique ou par une méthode de télétransmission agréée par les services de l'Etat concernés, les fichiers des RSAc et des RSF-A.

Ces fichiers de données cumulatives à périodicité de transmission trimestrielle sont relatifs aux séjours des patients sortis, d'une part, pendant le trimestre et, d'autre part, au cours du ou des trimestres précédents de l'année en cours.

Ils sont transmis un mois au plus tard après la fin du trimestre civil considéré.

La « mission tarification à l'activité » a indiqué que lorsque les données d'activité d'un trimestre ne sont pas transmises dans les délais c'est-à-dire un mois après la fin de chaque trimestre, elles devront être adressées par l'établissement lors de la transmission des données d'activité du trimestre suivant. Elle précise également que les données d'activité complètes et définitives de l'année N devront être transmises par l'établissement au plus tard le 1^{er} mars de l'année N+1.

A la suite d'un contrôle, ou sur demande motivée de l'établissement, en raison de la nécessité de modifier un ou plusieurs RSA antérieurement transmis ou d'intégrer des RSA précédemment omis, l'agence régionale de l'hospitalisation peut décider le remplacement complet du fichier relatif au trimestre considéré. Dans de tels cas, une copie du fichier initial et une copie du fichier modifié doivent être conservées par l'établissement émetteur.

○ Dérogations

1) Les établissements publics de santé, les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement, les établissements privés de santé à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH) :

- Sont dispensés, **jusqu'à la date du 1^{er} janvier 2006**, de la transmission à l'ARH du résumé de facturation rendu anonyme (**RSF-A**), correspondant à chaque séjour et dont le contenu est décrit à l'annexe I du présent arrêté.
- A titre transitoire, pour les données des années 2004 et 2005, ainsi que pour les données de l'année 2003 transmises en 2004, ces établissements recueillent et traitent les informations relatives à leurs dépenses annuelles afférentes à l'activité développée en médecine, chirurgie et obstétrique. Ces informations sont transmises à l'agence régionale de l'hospitalisation concernée au 31 mars de l'année suivant l'exercice considéré.

2) A titre transitoire, les fichiers RSAc correspondant aux données du second semestre 2003 ainsi qu'aux données cumulées de l'année 2004 sont transmis à l'ARH concernée au plus tard le 1^{er} mars 2004 pour les premiers, le 1^{er} mars 2005 pour les seconds.

4.2.2 Arrêté du 25/06/2003 relatif à l'analyse de l'activité de soins dans les services SSR (Soins de suite et réadaptation)

L'arrêté du 25 juin 2003, JO du 6 juillet 2003, NOR: SANH0322315A, relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, est venu définir les modalités de l'analyse de l'activité de soins dans les services de SSR des établissements de santé, publics et privés.

Il a abrogé l'arrêté du 29 juillet 1998 relatif au recueil, au traitement des données d'activité médicale par les établissements de santé publics et privés financés par dotation globale et à la transmission aux agences régionales de l'hospitalisation, d'informations issues de ce traitement.

• **Contenu du RHS (résumé hebdomadaire standardisé) :**

Dans chaque unité médicale de soins de suite ou de réadaptation, les catégories d'information enregistrées sur le RHS sont les suivantes :

1° Informations relatives à l'identification des malades :

- numéro administratif du patient ;
- numéro de séjour SSR : identifiant correspondant à l'ensemble du séjour dans les unités médicales de soins de suite ou de réadaptation de l'établissement de santé ;

- date de naissance du patient ;
- sexe du patient ;
- code postal du lieu de résidence du patient ou code du pays de résidence du patient.

Par exception, si la personne a été soignée sous le couvert de l'anonymat, les informations d'identité sont limitées à l'année de naissance, au sexe, au numéro administratif et au numéro de séjour SSR du patient.

2° Autres informations obligatoires :

- numéro de l'établissement de santé dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) ;
- numéro d'unité médicale ;
- type d'activité décrivant le type de prise en charge du patient ;
- numéro de semaine ;
- journées de présence du patient ;

et, uniquement pour les patients en hospitalisation complète ou de semaine :

- dates et modes d'entrée et de sortie du patient dans l'unité médicale de soins de suite ou de réadaptation ;
- le cas échéant, type de mutation ou transfert (provenance, destination du patient) ;
- finalité principale de prise en charge ;
- manifestation morbide principale ;
- affection étiologique (si elle diffère de la manifestation morbide principale) ;
- date de la dernière intervention chirurgicale (si nécessaire) ;
- diagnostic(s) associé(s) significatif(s) (le cas échéant) ;
- actes médicaux ;
- cotation de la dépendance du patient selon une grille spécifique au PMSI ;
- utilisation d'un fauteuil roulant pendant le séjour ;
- temps/intervenants hebdomadaires pour les activités de rééducation ou de réadaptation.

Ces informations doivent être conformes au contenu du dossier médical.

L'arrêté du 25 juin 2003 précise également que :

- Plusieurs résumés hebdomadaires (RHS) peuvent être produits successivement au cours d'un séjour. Chacun de ces RHS fait l'objet d'un classement dans une catégorie majeure clinique (CMC) et dans un groupe homogène de journées (GHJ), tels qu'ils sont répertoriés et décrits par la classification parue au Bulletin officiel du ministère chargé de la santé.

Un guide méthodologique, édité au Bulletin officiel du même ministère, précise les modalités de production et de codage des RHS. Ces publications au Bulletin officiel sont complétées, autant que de besoin, par voies de circulaires, pour intégrer les évolutions intermédiaires de la classification ou des modalités de recueil.

- Les variables de morbidité (finalité principale de prise en charge, manifestation morbide principale, affection étiologique et diagnostics associés significatifs) sont codées selon la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), complétée, le cas échéant, d'extensions publiées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Les activités de rééducation-réadaptation sont recueillies selon le catalogue des activités de rééducation-réadaptation paru au Bulletin officiel du ministère chargé de la santé, dans sa version la plus récente.

Les variables de dépendance sont cotées selon une grille de dépendance élaborée spécifiquement pour le recueil des RHS, présentée dans un guide méthodologique de production des RHS paru au Bulletin officiel du ministère chargé de la santé.

Les actes médicaux sont recueillis et codés selon la classification en vigueur, dans sa publication la plus récente.

- **Contenu des fichiers RHA et SSRHA constitués sous la responsabilité du médecin du DIM :**

Les RHA (Résumé Hebdomadaire Anonyme) produits par un programme informatique propriété de l'Etat, les RHA comportent :

1) une clé de chaînage des séjours du patient, construite par l'anonymisation irréversible du numéro de sécurité sociale, du sexe et de la date de naissance,

2) ainsi que l'ensemble des informations du RHS à l'exception :

- du numéro administratif du patient ;
- du numéro de séjour SSR, remplacé par un numéro séquentiel de séjour ;
- du numéro d'unité médicale (seul figure, dans les SSRHA, le nombre d'unités médicales fréquentées au cours du séjour) ;
- de la date de naissance, remplacée par l'âge exprimé en années et calculé au lundi de la semaine observée ;
- du code postal, remplacé par un code géographique attribué selon une liste convenue au niveau national, en accord avec la CNIL ;
- en cas d'hospitalisation complète ou de semaine, des dates d'entrée et de sortie, remplacées dans le RHA par la spécification d'une semaine de début de séjour SSR (oui/non), d'une semaine de fin de séjour SSR (oui/non), de l'antériorité du séjour SSR lors de la semaine considérée et d'un indicateur établi à partir des dates d'entrée ou de sortie permettant d'ordonner les séjours d'un même patient dans un établissement ;
- du numéro de la semaine, remplacé, dans le RHA, par le mois et l'année.

Les SSRHA (Suites semestrielles de Résumés Hebdomadaires Anonymes) présentent des informations complémentaires de celles fournies par les RHA et fournissent une image synthétique du déroulement d'une hospitalisation au cours du semestre.

- **Les modalités de transmission externes :**

Pour chaque période semestrielle, l'établissement de santé transmet à l'agence régionale de l'hospitalisation les fichiers RHA et SSRHA.

Ces fichiers sont issus de la plus récente version du générateur de RHA.

La transmission s'en effectue sur support magnétique ou par une méthode de télétransmission agréée par les services de l'Etat responsables du traitement des fichiers, trois mois au plus tard après la fin du semestre concerné.

Après traitement des fichiers de données, les ARH adressent en retour, à chaque établissement, des tableaux statistiques d'activité.