

Note sur la mise en place des DIM de GHT

Conférence de Présidents de CME de CHU 15/12/2015


Collège des médecins DIM de CHU

Gabriel NISAND – Strasbourg

Didier Theis – Lille

Fabienne Séguret – Montpellier

Calendrier de cet automne

- o 1^{ère} version rédigée par le collège des médecins DIM de CHU
- o Consolidation par les membres du CA de la  SOFIMe
- o Validation auprès des adhérents de la SoFIMe(>200)
- o Echanges avec Jacqueline Hubert
- o Rencontre DGOS (Yannick Le Guen)
- o Rencontre avec le bureau de la conférence des DSI de CHU
- o Communication (Hubert – Mainpain) au 19^{ème} séminaire ENCC

Les GHT(v1) : mode d'emploi

- Un projet médical partagé
- Avec des équipes médicales communes
- Eventuellement, des délégations ou transferts d'activités
- 1 établissement SUPPORT désigné pour assurer au minimum :
 - ✓ La gestion commune des SIH, en particulier mise en place du dossier patient
 - ✓ La gestion d'un DIM de territoire (avec dérogation à l'article L.6113-7 CSP)
 - ✓ La fonction achats
 - ✓ La coordination des instituts et écoles de formation

Les opportunités – les perspectives pour les DIM

- D'un constat de pénurie sur les ressources en Information Médicale (IM), avec des inégalités d'accès selon les établissements
- Mutualisation des ressources et compétences rares dans le domaine de l'information médicale (médecin DIM, MOA informatique). Harmonisation des pratiques et des niveaux d'expertise
- Incitation à la mise en place de SI de santé territoriaux aussi bien pour la prise en charge des patients, les outils de pilotage, les analyses
- Orientation stratégique pour l'avenir des établissements de santé, pour le développement des coopérations, voire plus...

Les Missions

Maintien et renforcement des missions transversales assurées par les DIM dans le domaine de l'information médicale :

- o Organisation de la **production**, de **l'évaluation** de la **qualité** et de la transmission des données médicales en lien étroit avec la chaîne de facturation,
 - o **Analyse médicale** de l'activité (établissement et territoire),
 - o **Analyse** et expertise **stratégique** et **médico-économique**,
 - o **Conception** et contribution au développement du système d'information administratif (identitovigilance, mouvementovigilance) et clinique (**DPI**, prescription informatisée), gestion de la **confidentialité** des données médicales et contribution à la politique de sécurité et à la gestion des **archives médicales**,
 - o Conception et/ou contribution aux travaux de **recherche clinique**, **épidémiologique**, informatique de santé et médico-économique (design, recueil et analyse et interprétation des données).
- Performances, collaborations - coopérations, politiques de santé de territoire

Les Interrogations

Une nouvelle structure commune = un DIM de territoire, et un SIH convergent, mais pas de personnalité morale du GHT

Questions générales :

- quelle étendue des missions ?
- quelles responsabilités ?
- quelles organisations ?
- ↪ du DIM et du Médecin responsable de l'information médicale (MRIM) de territoire ?
- ↪ au niveau du GHT et des établissements constitutifs :
 - ↪ vis-à-vis des DIM d'établissement pré-existants
 - ↪ vis-à-vis des directions et CME des établissements
- ⇒ faisabilité pratique et juridique ?

Les Interrogations

- DIM/MRIM de territoire et établissement support ?
 - structure interne de l'établissement support ? Pôle inter-établissements ?
 - le DIM de l'établissement support devient-il le DIM de territoire ? quels moyens spécifiques pour assurer ses missions du DIM de GHT ?
 - quelles modalités de désignation du médecin responsable de l'information médicale (MRIM) du DIM de territoire ? positionnement hiérarchique en amont et en aval ? statut spécifique ?
- **Réponse du ministère : un DIM**
 - **Le DIM de territoire se substitue aux DIM actuels**
 - **Pour toutes les missions = transfert de la fonction vers le GHT**

Les Interrogations

- Réponse du ministère : organisation de l'équipe DIM
 - 1 seul MRIM responsable de DIM de tous les établissements, désigné par le DG de l'ES support, après avis des CME des ES parties (ou le cas échéant de la commission médicale du groupement) [cf. Code de SP]
 - 1 équipe composée des autres professionnels du DIM (médecins, TIM...) sous la responsabilité fonctionnelle du MRIM du DIM de GHT; gérée par l'ES support (transfert ou mise à disposition)
 - sans que cela signifie une localisation unique sur le site de l'ES support
 - Une organisation possible en pôle inter-établissements

Les Interrogations

- Difficultés pratiques identifiées :
 - Comment intégrer l'éventuelle hétérogénéité au sein des DIM actuels : historique des pratiques (assurance qualité, étendue des missions...), multiplicité des outils informatiques, acceptabilité des équipes...
 - quel niveau d'homogénéisation entre les équipes?
 - plusieurs scénarios plus ou moins intégratifs sont-ils possibles?

Les Interrogations

- Difficultés pratiques identifiées :
 - Comment fonctionner en pratique pour assurer l'ensemble des missions autour de l'IM, sans personnalité morale du GHT, avec le maintien d'entités juridiques distinctes :
 - multiplicité des interlocuteurs et partenaires
 - hiérarchie de décision GHT/établissements ?
 - problématique du respect de la confidentialité des données nominatives
- ↳ responsabilités et marges de manœuvre du MRIM ?

Les risques

- Restriction de périmètre : par moins de moyens, moins de présence dans les établissements non « supports », moindre proximité, moindre confiance,
- Mise en place de structures locales parallèles (sur certaines fonctions), fonctionnement complexes type AP
- Limiter le rôle du DIM à la fonction de recueil du PMSI « codage et qualité du codage» => appauvrissement du métier, de la fonction, du service rendu
- Éloignement de l'établissement « support » et des autres établissements (n'oublions pas les équilibres internes qui régissent l'organisation hôpital)
- Distanciation par rapport à nos partenariats internes habituels (DAF, Dir. admissions-mvt, Dir. Qualité, Dir informatique, Dir soins infirmiers)

Les risques

- DIM support : « bouc émissaire », « corps étrangers », « suspicion de conflit d'intérêt » pour les autres établissements
- Mutualisation de la Pénurie de professionnels formés : or nécessité de l'adaptation de l'équipe au caractère « multi-établissements »
- GHT présenté par ailleurs comme source d'économie alors que les besoins en IM ne sont pas couverts
- Facturation médicale transférée au DIM ?!

Des Propositions

- Création d'un « DIM de Territoire » : différents scénarios
- Contribution du DIM au SI partagé
 - Donner un rôle d'aide à MOA sur le développement et la convergence des SIM
 - Renforcer le rôle de « garant de la confidentialité des données médicales »
→ gestion des habilitations
- Participation à la gouvernance
 - Intégration à chaque établissement : invitation permanente à chaque Directoire, membre de droit des CME
 - Convention et règlement intérieur (comité stratégique du GHT)
- Moyens : médecins, TIM, statisticiens, informaticiens

Impact sur la mission d'analyse d'activité : points clés du projet*

➤ Objectifs

- *Egalité d'accès sur le territoire à des soins de qualité, complémentaires entre établissement, gradués (proximité/recours), homogènes et conformes aux référentiels*

Rq: « ..l'objectif premier n'est pas l'efficacité .. »

➤ Approche méthodologique

- Approche centrée sur le **patient**, le parcours de soins, les coopérations inter-établissements ..approche intégrées (et non empilement de conventions sur activités ciblées)

➤ Outils annoncés

- Méthodologie d'élaboration du projet médical
- Fiches repères de diagnostic territorial

*rapport intermédiaire mission C.Hubert/F. Martineau, C.Hubert/Mainpain, ENCC 2015

Impact sur la mission d'analyse d'activité : points clés du projet

➤ Éléments clés

- Diagnostic territorial des besoins robuste
 - Définir le bassin de vie : liens structurant les territoires, démographie/épidémiologie
 - Diagnostiquer les besoins : épidémiologie du territoire, la pertinence des actes, l'évolution des pratiques de soins
 - Mesurer l'offre (y compris les conventions et partenariats d'activité existants)
 - Mettre en adéquation les besoins et l'offre (manques et redondances)

- Projet médical partagé : s'appuie sur une méthodologie visant à
 - identifier les parcours de soins, les besoins de mutualisation
 - structurer les filières et des équipes inter-établissements , dans toutes les spécialités et tous les secteurs de prise en charge (MCO, SSR, HAD..),
 - fournir des référentiels de prise en charge dans une offre graduée : proximité /recours
 - s'articuler avec les projet médicaux de chaque établissement
 - après prise en compte des liens et conventions avec l'activité de ville et hospit. privée

Impact sur la mission : analyse activité, stratégique *(propositions)*

- Définition du bassin de vie : **périmètre**, critères ?
- Définition d'indicateurs d'activité
 - Mesure de l'activité propre des établissements
 - En particulier : typage activité de l'établissement : « **proximité** », « **recours** », « **référence** » ?
 - Identification des **flux** existants ou à développer, indicateurs de parcours de soins
 - Indicateurs /cartographie **redondances/manques/complémentarités** (en plus des PDM)
 - Indicateurs de fuite/attractivité du GHT
- Définition des niveaux de calcul pour ces indicateurs : GHT, établissement, spécialités médicales, équipes inter-établissements... ?
- Choix des indicateurs utilisés pour l'élaboration de référentiels
 - valeurs de références exigibles : recommandations médicales, travaux de recherche (pertinence des actes...), définition des fourchettes acceptables

Impact sur la mission : analyse activité, stratégique (*propositions*)

➤ Identification d'indicateurs de suivi

- **Suivi** de la nouvelle organisation de l'activité, de la qualité, de la conformité avec les objectifs/référentiels, des délais d'atteintes des objectifs

➤ Indicateurs de **respect des objectifs**

- Conformité aux enjeux épidémiologiques (mortalité, morbidité..) et avec l'estimation de leur évolution
- Adéquation de l'offre aux besoins
- Mutualisation /complémentarité
- Egalité d'accès aux soins (y compris des délais)
- Homogénéité de prises en charge sur le territoire

➤ Indicateurs d'efficience (mise en relation entre résultats/coûts)

Impact sur des missions de formation et d'accompagnement

Analyser l'activité, identifier la place de chaque établissement et organiser l'activité du GHT implique :

- que l'on **homogénéise** les pratiques pour mesurer la même chose
 - pratiques de codage
 - méthodes d'analyse

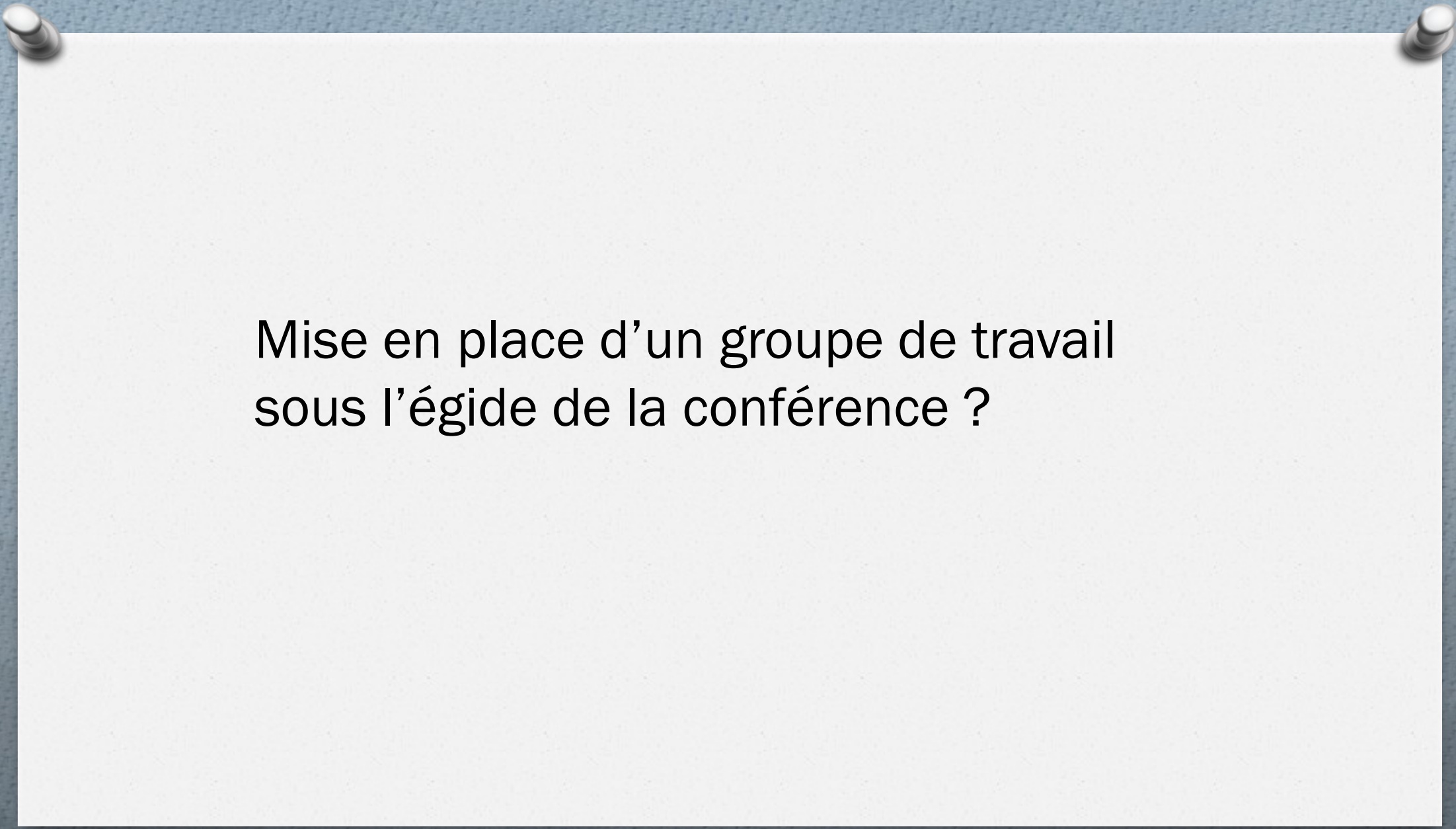
- que tous les acteurs puissent s'impliquer dans l'élaboration du projet
 - **maitrise des indicateurs** retenus (production, interprétation)
 - maitrise des **méthodes** d'analyse

- que le **DIM dispose de toutes les compétences** et moyens suffisants pour assurer l'accompagnement des acteurs du GHT

Propositions : réflexion entre DIM et Présidents de CME

- Réflexion collective entre les médecins DIM et les Présidents de CME de l'établissement
 - Définition des indicateurs et de leurs valeurs de références
 - Utilisation /place des indicateurs dans le diagnostic territorial des besoins, le projet médical partagé

- Réflexion à mener dans le cadre de la Base Inter-CHU entre le collège des médecins DIM /et la conférence des présidents de CME
 - Axes d'analyse de l'activité des CHU en tant qu'établissements support du GHT
 - Définition/utilisation d'indicateurs pertinents d'évaluation du CHU dans son GHT
 - Prise en compte de la spécificité du GHT dans l'analyse comparée de l'activité des CHU
 - ...



Mise en place d'un groupe de travail
sous l'égide de la conférence ?

Les Interrogations

- Scénarios envisagés par la SoFIMe :
 - scénario « minimum » : collaboration simple des DIM existants
 - chaque DIM garde dans un 1er temps son organisation initiale
 - coordination assurée par le DIM de GHT afin de partager, d'analyser et d'adapter voire harmoniser les organisations et les pratiques, accompagnement pour la mise en cohérence technique et fonctionnelle des SIH et la mise en commun des bases de données PMSI pour la constitution d'un dispositif décisionnel stratégique de territoire
 - moyens progressivement adaptés pour couvrir sur tous les établissements du GHT toutes les missions en rapport avec le traitement de l'IM
 - maintien des médecins DIM sur leur site géographique initial et maintien des TIM sur leur site d'affectation
 - dans cette configuration, chaque DIM d'établissement reste localement indépendant et intégré aux instances selon les modalités propres à son établissement
 - l'organisation et les modalités de fonctionnement font l'objet d'une convention

Les Interrogations

- Scénarios envisagés par la SoFIMe :
 - scénario « maximum » : un DIM unique au sein du GHT
 - décision consensuelle des établissements du GHT (Directions, CME, DIM), par convention
 - règlement intérieur ou une charte de fonctionnement
 - gouvernance assurée par le MRIM du DIM du GHT ; celui-ci peut être désigné par l'ensemble des médecins DIM du GHT ou à défaut par l'établissement support
 - équipe assurant tous les rôles et missions des DIM sur l'information médicale
 - un seul mode d'organisation, mutualisation des moyens (progressivement adaptés pour couvrir sur tous les établissements du GHT toutes les missions en rapport avec l'IM), mobilité des compétences
 - organisation structurée assurant une présence de proximité (MIM, TIM...) avec identification des acteurs et des responsabilités au niveau de chaque établissement :
 - un (des) médecin(s) DIM (sous responsabilité du MRIM du DIM de GHT) affecté(s) à chaque établissement pour privilégier des relations de confiance avec la CME, la Direction, le Directoire, le conseil de surveillance
 - assistance ou suppléance par les autres MIM du GHT pour apporter les éléments d'expertise spécifique, et une continuité de service; mutualisation possible des compétences non médicales en cas de besoin
 - le DIM de GHT est présent au Directoire et en CME de chaque établissement, ou représenté par le médecin DIM référent de l'établissement

Les Interrogations

- Scénarios envisagés par la SoFIMe :
 - Scénario intermédiaire : « fédération » de DIM
 - des scénarios intermédiaires ou mixtes peuvent être proposés pour s'adapter avec souplesse à toutes les situations locales. Ces déclinaisons reprennent en les panachant les dispositions des scénarios décrits ci-dessus, pour tout ou partie des missions (IM) et par établissement
 - une règle doit néanmoins être préconisée pour ce dernier scénario afin d'éviter que la seule fonction mutualisée (au DIM de GHT) soit celle du recueil PMSI et de l'assurance qualité de ces données avant envoi T2A, délaissant les autres et réduisant de ce fait le périmètre des missions du DIM
 - ce scénario intermédiaire s'appliquerait par exemple aux établissements qui souhaitent conserver leur propre chaîne de production des informations PMSI-T2A, mais aussi bénéficier des compétences du DIM de GHT sur une ou plusieurs des autres missions du DIM liées à l'information médicale (analyse de données, analyses stratégiques, SI, confidentialité, archives médicales, ...)