

**QUELLE EVOLUTION DES
PROFESSIONNELS DES DIM POUR
DEMAIN ?**

**2ème journée nationale des techniciens
et médecins d'information médicale,

le 7 mai 2009 à Avignon.**

*Dr Alain LE HYARIC, Médecin DIM CH Montereau 77, chef de
service, responsable du pôle médico économique.*

(actualisé au 5 mai 2009)

Mise à jour : le 8 mai 2009

I – Des professionnels aux DIM (Départements d'Information Médicale) depuis quand et pourquoi ?

La création officielle des DIM par la circulaire n°275 du 6 janvier 1989, coïncide avec celle des directeurs du service de l'information et de l'organisation (DSIO). Ce texte définit notamment la fonction de **recueil d'information pertinente** pour le Programme de Médicalisation des Systèmes Informatiques (PMSI), de **gestion des dossiers médicaux** et de **conseil** et **expertise**. Il pose en outre les principes de transparence et confidentialité qui cadrent l'action.

Aujourd'hui à 20 ans quelle évolution pour le DIM et le PMSI ?

II - Le personnel non médical des DIM : état des lieux

A – Le personnel non médical et non TSH des DIM

1 - La définition officielle du métier TIM au niveau de la DHOS (Direction des Hôpitaux) est :

« **Collecter et traiter les informations médicales concernant les patients en vue de l'évaluation de l'activité médicale de l'établissement** »

Les activités principales (saisie, extraction, traitement, représentation, qualité, formations...) ont été regroupées sur une fiche métier établie par la DHOS. Il ne s'agit que d'une fiche "métier" et non d'une nouvelle grille statutaire qui serait parue au JO....

Il suffit de regarder les parutions d'annonces pour voir que **les statuts, fonctions proposées, profils souhaités varient selon les établissements** (MCO – SSR – Psy – HAD) en confiant des responsabilités très disparates (Exemple offre d'emploi récente : la TIM fait les remplacements de l'archiviste pendant les congés de celle ci,... .)

La plupart des DIM sont dotés de Secrétaires Médicales, d'Agents administratifs et dans quelques cas de paramédicaux !

Le personnel non contractuel reste rare au DIM, sauf obligation de profils « haut de gamme ».

Les agents sont à BAC + 2, mais de plus en plus souvent BAC + 3, voire plus !

« **La population TIM** » se **professionnalise** de plus en plus, avec le développement spécifique de **filières universitaires** (arrivée prochaine des MASTERS !) : Avignon, Saint Etienne, Lyon, Nantes, Lille, Rennes, Créteil, malgré cela **le statut de TIM n'existe au plan national**, ni dans les établissements publics, ni dans les établissements privés.

Les cliniques ont mis en place une régionalisation pour pouvoir organiser des journées spécifiques en formations externes.

Pour la France cette population « métier » représenterait **500 ETP pour le public et 250 pour le privé**.

2 - Quelques + pour le personnel non médical des DIM :

- Bonification indiciaire à certains personnels de la fonction publique hospitalière (**majoration mensuelle de points**) :

Circulaire DHOS/P2/2002/77 du 8 février 2002 relative à la mise en oeuvre de certaines mesures du protocole du 14 mars 2001 relatives aux corps des attachés d'administration hospitalière, des cadres de santé, des sages-femmes, des personnels infirmiers, de rééducation et médico-technique.

Exemple : une "**indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires**" de 59 euros mensuel (article 47 loi du 09/01/1986)

- Rôle des CAPL dans chaque établissement : une instance consultative importante

Les Commissions Administratives Paritaires Locales sont présidées par le Président du Conseil d'Administration ou son représentant et comprennent en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants du personnel. Les représentants de l'administration sont désignés par le Conseil d'Administration de l'établissement. Les représentants du personnel sont élus.

Les Commissions Administratives Paritaires Locales représentant le personnel sont consultées sur des **questions d'ordre individuel** concernant notamment la proposition d'avancement des carrières des agents (**avancement d'échelon et de grade**).

Les CAPL se réunissent deux fois par an. Elles émettent leurs avis à la majorité des suffrages exprimés.

B - TSH : le statut adéquat

Le Statut représentant le mieux le métier qualifié pratiqué au DIM est celui de **Technicien Supérieur Hospitalier** (hôpitaux publics). En équivalence au niveau des établissements privés le personnel technique peut être recruté comme rédacteur ou cadre administratif.

1 - Le statut de TSH reconnaît à la fois les compétences techniques et des capacités d'encadrement et/ou de gestion

C'est le seul statut alliant la reconnaissance de **compétences** et de **responsabilités** :

« Les techniciens supérieurs hospitaliers chefs et les techniciens principaux hospitaliers sont chargés de l'encadrement de personnels dans les domaines de leurs compétences ou, sous l'autorité d'un supérieur hiérarchique, de la gestion d'une section de service, d'un service technique, de missions transversales, d'études ou de projets ».

2 - Comment être nommé(e) TSH ?

Selon le texte de loi de 2003 (Décret 2003-1270 du 23/12/2003), **il n'est accessible que sur concours et avec un BAC+2.**

Cependant, le texte stipule également que **les Directeurs peuvent déroger au concours** selon le dossier de leur employé

« 1° **En application de l'article 29 du titre IV** du statut général des fonctionnaires :

« a) Pour **40 % des postes à pourvoir, par concours externe** sur titres ouvert aux titulaires d'un diplôme sanctionnant un premier cycle d'études supérieures, d'un titre ou diplôme homologué au niveau III ou d'une certification inscrite au répertoire national des certifications professionnelles délivrée dans l'une ou plusieurs des spécialités énumérées au troisième alinéa de l'article 10 du présent décret.....

« b) Pour **40 % des postes à pourvoir, par concours interne** ouvert aux fonctionnaires et agents publics ainsi qu'aux agents en fonctions dans une organisation internationale intergouvernementale....

« c) Pour **20 % des postes à pourvoir, par un concours réservé ouvert aux candidats justifiant de l'exercice, pendant une durée de quatre ans au moins**, d'une ou de plusieurs activités professionnelles, d'un ou plusieurs mandats de membre d'une assemblée élue d'une collectivité territoriale ou d'une ou de plusieurs activités accomplies en qualité de responsable d'une association.

« 2° **En application du 1° de l'article 35 du titre IV** du statut général des fonctionnaires, **dans la limite du tiers du nombre des titularisations prononcées au titre du présent article, par examen professionnel ouvert :**

« a) Aux adjoints des cadres, **secrétaires médicaux** et agents chefs des établissements mentionnés à l'article 1er ci-dessus ;

« b) Aux contremaîtres, maîtres ouvriers et dessinateurs des dits établissements justifiant de neuf années au moins de services effectifs dans l'un ou plusieurs de ces corps. »

Trois grades de TSH : technicien supérieur hospitalier comptant treize échelons, technicien supérieur principal hospitalier comptant huit échelons, technicien supérieur hospitalier chef comptant huit échelons. » (Décret n° 2003-1270 du 23 décembre 2003)

Attention : quelque soit son type **l'accès au concours et au résultat favorable peut être difficile voire frustrant**, car il y a souvent engorgement des concours internes et pour les concours externes le taux de sélectivité de demande de profils pointus augmente et la réussite n'est pas forcément assurée malgré une baisse parfois du nombre des candidatures autorisées.

C – Quels bonus professionnel pour le personnel des DIM avec l'abandon de la notation et l'introduction d'une part variable du salaire bonifié au mérite ?

Une **épineuse interrogation** dans le secteur de la santé :
l'intéressement individuel ou collectif du « service » ?

La question est importante : Monsieur André Santini souhaite une fonction publique « de métiers » avec **un intéressement jusqu'à 20% du salaire !**

Cette prime de fonction et de résultats liée au mérite des agents devrait concerner **50% des fonctionnaires en 2010** et 80% en 2011. Il s'agit de rétribuer les personnels des services ou des unités à partir d'indicateurs qui témoignent de l'efficacité collective et de la qualité des services rendus.

En parallèle et par souci de simplification au 1^{er} janvier 2010 le **nombre de corps de fonctionnaires de l'état doit passer de 685 à 380** (principalement diminution dans la catégorie C).

Eric Woerth et André Santini, respectivement ministre et secrétaire d'Etat en charge de la Fonction publique, ont également annoncé une refonte des grilles indiciaires des agents de catégorie B.

Pour les agents en début de carrière un relèvement des indices de rémunération, soit une progression annuelle de 1040 euros par rapport à la grille actuelle.

Pour les agents de catégorie B en fin de carrière, également des indices relevés "parallèlement à un déroulement de carrière plus long", soit une progression annuelle de 1500 à 2600 euros par an selon le niveau de recrutement.

Cette grille sera mise en oeuvre "au cours de la période 2009-2011".

Une concertation spécifique aura lieu avec les employeurs hospitaliers et territoriaux sur les modalités et le calendrier d'application.

Les prochaines discussions porteront sur la revalorisation de la grille indiciaire des agents de catégorie A.

III – Le médecin en information médicale : état des lieux

A – Responsabilité (professionnelle et juridique) du médecin

Prévue selon l'article L. 6113-7 du Code de la santé publique :
« *Les praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement dans des conditions déterminées par voie réglementaire après consultation du Conseil national de l'ordre des médecins* ».
Ainsi, une dérogation législative au secret professionnel est prévue en faveur du médecin du DIM dépositaire des informations médicales nominatives qui lui sont confiées dans un objectif exclusif d'évaluation de l'activité de l'établissement. Il est tenu d'assurer la confidentialité de ces informations médicales nominatives, et ne peut pas les transmettre à un tiers.

Nota : chaque établissement doit confier la responsabilité de l'information médicale (PMSI) à un médecin. Cependant, à ce jour, cette obligation de droit ne peut être sans doute respectée : **certains hôpitaux n'ont pas de (médecin) responsable d'information médicale**, c'est alors le Président de CME qui (théoriquement) devient référent.

B – Missions du responsable de l'information médicale

- **L'analyse de l'activité** telle que décrit par le code de santé publique
- Dans les établissements de santé publics, **les envois via plateforme pmsi** actuellement mensuels ou trimestriels devront être ultérieurement faits au fil de l'eau.
- **Participation à l'organisation des contrôles internes** de facturation avec les médecins contrôleurs et signataire des procédures contentieuses visant à la récupération des indus (nouveau depuis 2007),
- **Envoi de données aux divers réseaux** réclamant après accord de la Direction et des services ciblés des demandes supplémentaires de données RSA permettant une analyse de l'activité par pathologie,

C – Statut et fonction

Au sein des Hôpitaux « publics » il est le médecin du DIM temps plein avec **une spécialiste de la santé publique** ou un autre titre permettant l'exercice de la spécialité. Le médecin DIM à temps partiel exerce cette responsabilité en plus de sa pratique clinique. La démographie médicale défavorable et le salaire faible rendent difficile le recrutement et la pérennisation des postes. Quand le médecin du DIM n'est pas membre (chef de service ou élu) de la CME, il y est seulement et généralement invité avec voix consultative.

Les cliniques salarient de plus en plus de médecins jusqu'à présent payés en honoraires. Ces médecins exercent leur fonction sur plusieurs cliniques (notamment formation ++ des TIM)...

IV - Les Services ou Départements d'Information Médicale, l'évolution des missions et des structures

A - Evolution des missions

Quatre types de missions : celles qui relèvent du **pilier commun quelque soit le secteur**, c'est à dire de l'essence même de la fonction, celles qui sont le fruit de **particularismes locaux**, celles qui font partie du **rôle prévisionnel stratégique** et celles qui sont systématiquement **oubliées**.

1 – Parmi les **missions communes**, on trouve la production d'informations médicalisées « exhaustives et de qualité » anonymisées avec au minimum des **envois mensuels** (MCO – HAD) ou **trimestriels** (SSR, Psychiatrie) sur la plate forme e – PMSI.

L'interprétation prospective et l'optimisation des recettes prévues avec l'envoi de ces bases est devenue « vitale », Pour le MCO les corrections de bases sont guidées par l'applicatif DATIM.

Le personnel du DIM participe souvent à l'élaboration d'une partie de l'état de prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et de la tarification à l'activité (T2A), le **copilotage du contrôle de gestion médicalisé et le management transversal des pôles** par la réalisation de **tableaux de bords d'indicateurs** médico économiques.

Il participe généralement aux **enquêtes SROSS** et à la réalisation des dossiers **d'autorisation des structures et unités**.

2 – Fonctions **locales éventuellement très nombreuses**

- **Dans les hôpitaux non universitaires**, le DIM peut continuer à se voir confier **la gestion ou le pilotage** des systèmes d'information hospitaliers (**SIH**), l'animation de différentes cellules : T2A, identito – vigilance,.....

Participation aux mises à jour et à la formation sur **les logiciels médicaux**

Participation à la **certification** – IPAQH –

Participation au recueil ou transfert de certaines données :

Soins externes, DMI, LPP, et maintenant BHN, PHN, ...

- **Dans les hôpitaux universitaires (APHP – APHM,...)**, le personnel DIM, souvent intégré à un service de santé publique, participe plus fréquemment à la **recherche clinique ou épidémiologique statistique**.

3 - **Rôles nouveaux** dans la participation au « **contrôle de gestion** » et dans la gestion des incertitudes financières (participation au CPOM – effets des nouvelles grilles tarifaires) et parfois du stress (justifié) de Directions ou des services avec notamment les demandes simulant les effets de la campagne 2009 sur nos **prévisions de recettes MCO 2010** (voir 2015 ou plus !). Le centre hospitalier de DAX recrute actuellement un médecin dont l'activité recouvre le **conseil en stratégie (analyse des parts de marché, stratégies de recettes,...)**, conséquence des deux expertises précédentes.

4 – Une fonction perpétuellement oubliée et non valorisée : **La gestion des archives médicales n'est pas « une mince affaire ! »** et la dématérialisation des dossiers ne réglera pas tous les problèmes !

L'équipe DIM est souvent engagée dans l'amélioration de la qualité du dossier patient.

B – Place des DIM dans les établissements après la mise en place des pôles

Suite à la réforme de la gouvernance et à la contractualisation des pôles, la situation apparaît très disparate !

1 - Dans les hôpitaux universitaires le personnel du DIM est souvent intégré au **pôle « santé publique »**.

2 - Dans les hôpitaux généraux

Ce sont des (très) petites équipes avec souvent du personnel à temps partiel.

Certains DIM aujourd'hui sont soit restés **autonomes** et reconnus comme 1 pôle,

Les autres sont :

soit **dans des pôles médico techniques,**

soit **cliniques,**

ou **administratifs.**

Un **panachage** est **possible** puisque les établissements avaient toute liberté pour organiser leurs pôles.

Au total l'hétérogénéité des pôles constitués dans lesquels nous sommes différemment intégrés (enpôlés !), confère une **absence de lisibilité sur la place stratégique des DIM et leurs utilités** à l'intérieur des établissements !

Force est donc de constater que **l'importance stratégique** pourtant amplement **reconnue, les services rendus, la professionnalisation** de leurs personnels **ne suffisent pas à assurer la reconnaissance pleine et entière des DIM comme pôle ou même comme service médico technique.**

C - Constat personnel et réflexions pour l'avenir du PMSI et des DIM :

1 - A partir d'un constat relativement partagé :

- **Diversité effective des missions** (recueil – gestion des informations – conseil – expertise) mais manque global de reconnaissance pour des services rendus variés et très concrets.

- **Conditions de travail et de statut très diverses** avec des évolutions de carrières diverses et aléatoires.

Certains pensent que Les **DIM, spécificité française**, ont un **rôle croissant à jouer et à défendre** puisqu'ils se trouvent, avec la direction des finances et la direction des SI, **au centre du dispositif de médicalisation des systèmes d'information** initié il y a maintenant plus de 20 ans, avec le PMSI.

Ceci est mon souhait, espérons que nous sommes nombreux à le partager et c'est la raison pour lequel j'ai signé l'appel aux sénateurs et à la mobilisation contre la loi HSPT telle qu'elle a été définie par les députés.

La discussion du projet de loi en séances publiques se déroulera du mardi 12 mai au 20 mai. La commission des affaires sociales semble actuellement vouloir reconnaître des structures internes contributives aux pôles. Dans les pôles, la nomination des collaborateurs médicaux, se ferait alors par le chef de pôle avec le consentement du Directeur et après l'avis de la CME.

2 - Deux réflexions aujourd'hui sur les « difficultés » de reconnaissance des DIM :

- Depuis 2006, une complexité croissante organisationnelle, hiérarchique et fonctionnelle dans la **facturation** des prestations de nos hôpitaux, avec **des systèmes d'information** sont encore trop **obsolètes et aux fonctionnements aléatoires**

L'appel indique

"Le but est d'appliquer à tout prix une logique exclusivement comptable. Déjà, on a modifié radicalement le financement de l'hôpital. D'un budget global, on est passé en moins de 10 ans à la tarification par pathologie : calcul du prix de revient de chaque maladie, subtilités du codage des séjours de patients, ... certains établissements ont compris plus vite que d'autres ce qui était « rentable » et ce qui l'était moins".

En effet avec la qualité actuelle des systèmes informatiques, les modifications perpétuelles de facturation des hospitalisations et des soins externes (exemples MCO : janvier 2009 recueils des actes de biologie et d'anatomopathologie hors nomenclatures, fin avril au JO création d'un « nouveau forfait sécurité dermatologie »,), **rien n'est encore acquis pour des déclarations fiables, l'exhaustive des données**, et il existe une sous déclaration et/ou une sous évaluation des prestations réalisées non quantifiable.

J'ajouterais en faveur de la réforme malgré tout que j'adhère à une vision médico économique des soins et à une tarification à la pathologie permettant une nécessaire convergence des filières privées et publiques.

- Les services médico techniques ne peuvent être gérés que par des médecins responsables et chefs de service

On le sait et **on espère que les sénateurs le reconnaîtront**, les spécialités médicales ne peuvent être gérées qu'avec des **professionnels de terrain responsables**.

Je suis actuellement dans un hôpital non universitaire et depuis deux ans responsable d'un pôle regroupant la pharmacie, la radiologie, le laboratoire de biologie, le bloc opératoire et naturellement le DIM avec les archives médicales.

Avec ce type de configuration, il me paraît impossible d'avoir pour le futur chef de pôle (renouvellement des mandats en 2010) l'ensemble des compétences médicales et donc l'ensemble des responsabilités permettant d'assurer une bonne gestion de l'ensemble de ces spécialités. Il faut des **délégations vers d'autres collègues responsabilisés**.

A mon avis (pourquoi supprimer ce qui fonctionnait bien ?) doivent exister et survivre l'ensemble des services médico techniques (et également les services DIM même petits par la taille). Par contre effectivement je ne suis pas opposé à la disparition de certaines chefferies de services médicaux et chirurgicaux qui sont parfois plus honorifiques qu'utilitaires pour l'ensemble de l'hôpital,

Dans ce cas de figure, il est naturellement **nécessaire de renforcer le rôle du chef de service** (actuellement coquille vide quand l'administration, ou les collègues le souhaitent), ce qui donnerait aux pôles une ossature médicale intéressante à gérer aux responsables de pôle nommés.

V – Plaire après 20 ans : quelle évolution pour les professionnels, 20 ans après la création des DIM ?

*« A 15 ans on veut plaire,
à 20 ans on doit plaire,
à 40 ans on peut plaire,
mais ce n'est qu'à 30 ans qu'on sait plaire »
(Jean Gabriel Domergue)*

L'évolution du recueil de l'information médicale et de nos métiers (à haute « qualification ») au DIM a été très liée aux avancées de la politique en matière de transparence ou de maîtrise des coûts, l'évolution des périmètres de nos métiers est liée aux réformes de la T2A, de la gouvernance et à la loi HPST et à l'appréciation des « justes valeurs ajoutées » par les DIM.

20 ans, c'est l'âge de raison bien dépassé, que seront nos 10 prochaines années ?

A – A ce jour le **mode de coopération futur entre personnels des DIM** est encore **très dépendant des amendements à la Loi HPST déposés** par les sénateurs et de la **volonté de chaque directoire des établissements** :

persistance des services DIM ou reconfiguration de l'information médicale (dans les grands établissements, TIM intégrés dans les pôles d'activités médicales) ?

B – Quoiqu'il en soit, une **nécessité impérative** pour les Directoires est la **poursuite des recueils d'informations médicales de qualité et exhaustive** quelque soit les secteurs, avec une participation à des **tâches de contrôle de gestion**.

C – **Création de CHT** : pour les établissements non universitaires, avec des DIM de petites tailles la perspective de **coopérations hospitalières de territoires** pourrait contribuer par la mutualisation des compétences et des moyens à une amélioration globale de nos missions,

D – Un **plan de relance des systèmes d'information et des TIC** avec une **réforme probable du recueil** de l'information médicale avec la **mise en place** (toujours reculée) **du DPI (Dossier Patient Informatisé) décentralisé dans les établissements de santé** bouleversant le concept actuel de collectes et de contrôles centralisés ?

Et surtout n'oublions pas :

**« Les hôpitaux où il fait bon travailler
sont les hôpitaux où il fait bon se faire soigner »**

Magnet hospitals (hôpitaux magnétiques),

Yves Brunelle, Ministère de la Santé, Québec, Canada.

***BONNE ANNIVERSAIRE LES DIM
ET A L'ANNEE PROCHAINE***