
Rôle du DIM dans l'évolution du Système d'information médicale

Dr. Gabriel Nisand

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Hôpital expo – 29 mai 2008

Positionnement stratégique

- Maîtrise d'ouvrage déléguée (à un médecin...DIM) pour la construction du SI de production des soins (MOA distincte de la MOE !)
 - **Expertise pour compte de la maîtrise d'ouvrage** (besoins, stratégie, cohérence, justification des investissements : qualité – sécurité des soins, productivité, facturation-T2A, T2A, PRE)
 - **Participe à la priorisation des projets** (comité de pilotage unique)
 - **Veille à la cohérence fonctionnelle globale** (globalisation, type de procédure, CCTP, intégration, paramétrage, organisation)
 - **Représente les intérêts des utilisateurs mais défend les objectifs et la stratégie de construction du SI**
 - **Assure la communication**, entraîne l'adhésion
 - Veille au respect de la confidentialité en théorie et en pratique

Le travail du DIM (collaborations)

- Gestion de projet
- Rédaction de la partie fonctionnelle des CCTP
- Choix des solutions
- Veille à la partie fonctionnelle de l'intégration
- Veille au respect des règles de sécurité et confidentialité
- Gère la communication autour du projet
- Veille (organise et participe) au paramétrage, à la formation, à l'accompagnement au démarrage
- Veille (organise et participe) à la conduite du changement et notamment aux besoins organisationnels
- Organisation de l'évaluation

Donner du sens au partage de l'information médicale, au SIM, au DP

- Partager pour quoi faire ? (couple colloque singulier -> relation à plusieurs)
 - **satisfaction des usagers – intérêt du patient**
 - qualité sécurité des soins
 - respect des réglementations, traçabilités
 - productivité, coûts, facturation (T2A)
 - performance des professionnels
 - réseaux de soins – et relation entre ville et hôpital
 - évolutivité, adaptabilité et pilotage

Réflexions sur les différents cadre de partage de l'information médicale nominative

- Épidémiologie et Recherche
- Gestion administrative et économique
- **Prise en charge thérapeutique**

- **Rédaction et mise en œuvre d'une charte de diffusion de l'IM**

Partage de l'information médicale

- Est-il bon et souhaitable de tout partager ?
- Peut-on, doit-on tout dire, tout écrire, tout informatiser ?
- Notion de notes personnelles dans la loi « Kouchner »

intérêt direct du patient

Discussions avec les collègues médecins

Mise en œuvre d'une politique de sécurité-confidentialité, au cœur des projets

Cadre législatif et réglementaire

- La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978
«informatique et liberté»
- La délibération n° 85-07 du 19 février 1985
portant adoption d'une recommandation sur les traitements automatisés
d'informations médicales nominatives utilisées à des fins de
«recherche médicale»
- **Le code pénal**
- Le code de déontologie
- Loi N°2002-303 du 4 mars 2002
- Décret confidentialité (mai 2007) (CPS)

Politique de confidentialité

- Choix validés par les instances de l'établissement (CIM, CME, CA)
- Accès possibles : par légitimité a priori **ou** signés puis audités

Légitimité du partage a priori :

- "dans l'intérêt direct du malade"
- sous la "responsabilité du chef de service"

s'appuie sur 2 faits :

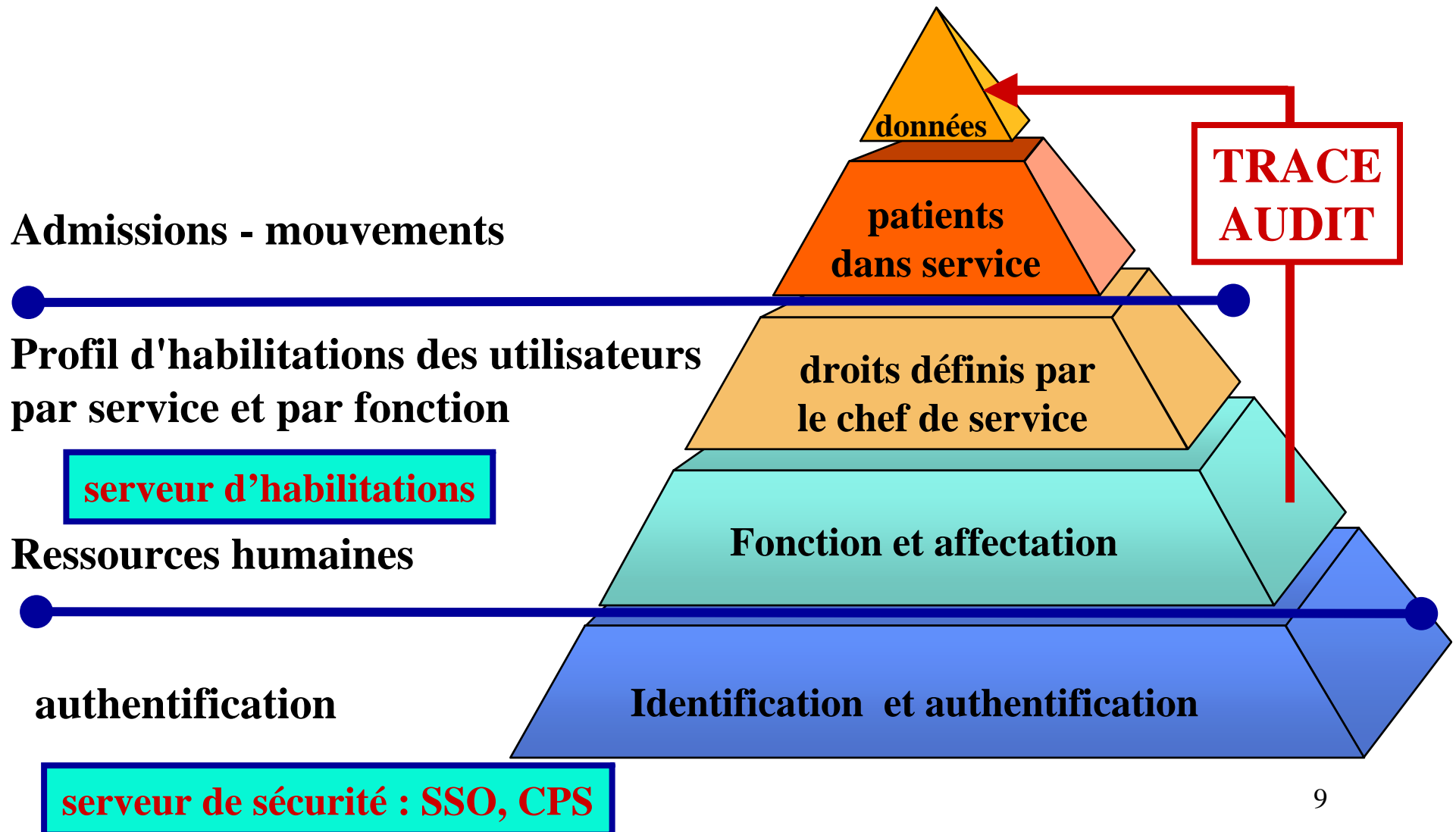
la présence du malade dans un service

la localisation des activités des utilisateurs

Autres accès parfois rendus possibles mais :

responsabilisation maximum (trace, irréfutabilité)

Politique de sécurité



Accompagnements : terrain et SI

- Formations continues de tous les acteurs
- Gardien de la non-régression (changement d'OS, acquisition de nouvelles briques du SI)
 - ➔ **Participation à tous les projets, à toutes les rédactions de CCTP, au COSSI**

Les nouveaux problèmes posés par les nouvelles technologies de l'information

- Souhait d'anonymat complet (SI)
- Identifiant national de santé (doublons), identito-vigilance (fusion, dé-fusion ?)
- Liste blanche et noire
- Respect de la Loi Kouchner
- Dossier Médical Personnel (masquage de données)

- Jusqu'où ne pas aller (qualité des soins et **intérêt direct du patient**)

Projet en cours : « SIM »

- **Dossier partagé de synthèse**
- **Gestion des formulaires** (dossier de spécialité, notes, données sociales, ...)
- **Gestion des courriers**
- **Gestion des rendez-vous** (y compris de bloc, d'anesthésie, d'EF)
- **Gestion de l'unité de reconstitution centralisée des cytotoxiques**
- **Prescriptions connectées** (laboratoires, médicaments, actes, plan de soins, transmission, pancarte)
- **RIS** (gestion des services d'imagerie)
- **Gestion du service de médecine nucléaire** (produits «chauds»)
- **PACS** (gestion des images médicales)
- **Dossier d'urgence** (Gestion des flux des patients)

- **Gestion des référentiels, EAI, ETL**
- **Alimentation du Réseau ville hôpital et du DMP**

Organisation projet du SIM

- **MOA = DIM et RSIO, aide à MOE = CRIH, MOE = intégrateur**
- **Comité de Pilotage du SIM et du SI (DG, Directions fonctionnelles, cliniciens)**
- **Comité de suivi Projet hebdomadaire avec le fournisseur**
- **Groupe projet (RSIO - CRIH – DSP (DIM) - DEMB)**
 - **Régine Brézillon (RSIO – coordonne l'ensemble du projet = aide à MOA)**
 - **Gabriel Nisand (DSP – MOA déléguée pour les aspects médicaux)**
 - **Stéphane Choquet, François Guerder, Jean-Philippe Poncet (CRIH)**
- **Groupes utilisateurs par domaine et référents**
- **Cellule de paramétrage (2), de formation et accompagnement (11) + conduite du changement et organisation (?)**
- **Evaluations avec Directions (Qualité, Organisation)**

CONCLUSION

- **Le DIM a une position centrale (T2A, facturation, performances, coûts, accréditation, archives, recherche clinique, confidentialité)**
- **Les projets de SI « production des soins » sont stratégiquement vitaux pour les établissements**
- **Ces projets nécessitent une MOA forte, convaincue et présente avec représentation médicale de la MOA**
- **C'est aujourd'hui la suite logique de la MSI**
- **Cela fait partie des compétences acquises par les médecins DIM**
- **C'est le rôle naturel (et historique) du DIM qui doit en trouver le temps**
- **Mais cela n'est trop souvent pas le cas : est-ce grave ?**

Oui car :

- **Perte de chance de réussite de ces projets**
- **Perte de cohérence de l'organisation hôpital**