

# RÔLE du MEDECIN RESPONSABLE de l'INFORMATION MEDICALE

- 1 - ORGANISATION DU CIRCUIT DES INFORMATIONS DU RHS
- 2 - ADAPTATION-OPTIMISATION DES OUTILS - SYSTEME D'INFORMATION
- 3 - RESPECT DE LA LEGISLATION (CNIL, Dossier médical, Confidentialité, ...)
- 4 - STATISTIQUES - RETOURS D'INFORMATIONS - RAPPORTS
- 5 - PREPARATION DES DONNEES A TRANSMETTRE
- 6 - CONTROLE DE QUALITE (à définir)
- 7 - RELATIONS AVEC LES AUTRES DIM

# Le MEDECIN RESPONSABLE de l'INFORMATION MEDICALE

- ◆ Nomination obligatoire dans tous les établissements de santé (art. L710-6 du Code de la Santé Publique)
- ◆ Désigné par le Conseil d'Administration, après avis de la Commission Médicale d'Etablissement (*le traitement de l'information médicale est une activité médicale, pas administrative*)
- ◆ Exerce dans l'établissement
- ◆ Responsable de l'organisation et de la sécurité des données  
*(les services cliniques et médico-techniques sont garants de l'exhaustivité et de la qualité des données qu'ils transmettent au médecin responsable de l'information médicale)*
- ◆ Selon les ressources internes, il peut déléguer (codage, informatique, statistiques ...)

# Le MEDECIN RESPONSABLE de l'INFORMATION MEDICALE

A noter :

- ◆ Sa présence n'implique pas nécessairement la constitution d'un Département (ou Service) d'Information Médicale (DIM ou SIM) au sein de l'établissement  $\implies$  possibilité de contrat (ou convention) avec un établissement ayant un DIM pour traiter les données
- ◆ Si l'établissement a un DIM, le médecin responsable du DIM est obligatoirement le médecin responsable de l'information médicale en SSR

# 1 - ORGANISATION DU CIRCUIT DES INFORMATIONS DU RHS

- ◆ **Pour chaque information du RHS, organiser les étapes du circuit :**
  - **extraction - sélection** (ex. : quels actes ? quels diagnostics ?)
  - **mise en forme - hiérarchisation** (ex. : mode d'entrée, diagnostics)
  - **codage**
  - **saisie**
- ◆ **Définir pour chaque étape de chaque information**
  - **qui réalise** ? Médecin, surveillante, kiné, ergo, ...
  - **quand** ? Au jour le jour, à chaque événement, une fois par semaine, à l'occasion de la réunion de synthèse
  - sur quel support ? Dossier, bordereau papier, grille de saisie
  - avec quel outil ? Thésaurus, logiciel, guide d'utilisation

**RECHERCHE DU MEILLEUR COMPROMIS  
TEMPS / QUALITE / FONCTIONNEMENT HABITUEL**

# DOSSIER MEDICAL ET PMSI

- ◆ Dossier administratif (volet «identifiant patient» et «mouvements»)
- ◆ Dossier médical («morbidity»)
- ◆ Dossier infirmier («dépendance»)
- ◆ Dossier Rééducation-Réadaptation

**Tous les éléments du RHS doivent se retrouver dans le dossier du malade ou des documents administratifs**

**Il faut réorganiser le dossier si nécessaire**

Les RHS peuvent constituer des pièces du dossier du malade

## 2 - OPTIMISATION DES OUTILS (1)

### ◆ Bordereaux de recueil à optimiser

ex : Actes de Rééducation :

- Par patient, par plateau technique, par opérateur
- Activités, actes, temps intervenant

### ◆ Documentation minimale obligatoire

- CIM (vol. 1 + 3), CdARR, Guide méthodologique de prod. des R.H.S.,  
Manuel des GHJ

### ◆ Listes et extractions adaptées aux utilisateurs

- CIM 10, thésaurus d'activités et d'actes de rééducation-réadaptation réalisés par les ergothérapeutes, les psychologues ...

### ◆ Outils informatiques au DIM, + dans les services cliniques et médico-techniques

- contrôles automatiques à la saisie (dates, codes d'actes médicaux, ...)
- simplicité et rapidité d'apprentissage et d'utilisation

## 2 - OPTIMISATION DES OUTILS (2)

### CHOIX D'UNE ORGANISATION CIBLE

- du tout centralisé au tout décentralisé pour chaque opération

\* ex : extraction sur bordereaux papier décentralisée  
codage + saisie centralisés (secrétaire DIM)

- en fonction

\* du volume de données (nb de RHS / semaine, diversité des activités de rééducation-réadaptation)

\* du nombre de personnes concernées

\* de l'organisation habituelle du travail

\* des ressources disponibles (temps / personne, investissement informatique)

- travailler en coordination et en transparence

→ Règlement intérieur ou charte de l'information médicale

→ si possible, Collège de l'information médicale de l'établissement

## 2 - OPTIMISATION DES OUTILS (3)

### NOTION DE SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER (SIH)

- ◆ Coordination globale des recueils d'information
  - \* objectif : recueil unique, à la source, en temps réel
  - \* recueil sur bordereaux ou sur informatique selon les moyens
  - \* importance de la qualité du dossier du malade
- ◆ Outils informatiques adaptés : réseau, poste de saisie (PC/Mac), logiciels
  - \* objectif : saisie à la source (disparition des bordereaux papier)  
disponibilité des informations pour les utilisateurs
  - \* Ex : Saisie unique + liaison informatique pour les données administratives → productivité, fiabilité, cohérence
  - \* Suppose connaissance et bonne application des règles administratives (PMSI, SAE)



# 3 - LEGISLATION et TEXTES DE REFERENCE (1)

## PRINCIPAUX TEXTES

- Code de Déontologie et secret médical
- Loi du 6 janvier 1978 : «Informatique et Libertés»
- Décret 30 mars 1992 : «Contenu et transmission dossier médical»
- Article L 710-6 et 7 du Code de la Santé Publique (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996)
- Décret 94-666 relatif aux systèmes d'informations médicales
- Arrêté PMSI-SSR
- Article L174-1.1 du Code de la Sécurité Sociale (ordonnance n° 96-346)  
: les dotations régionales sont fixées en tenant compte de l'activité et des coûts des établissements, avec pour objectif la réduction progressive des inégalités de ressources ...
- Règlement intérieur type (Conseil de l'ordre)
- Codage et Responsabilité du médecin

# 3 - LEGISLATION (2) SECURITE ET CONFIDENTIALITE

◆ **La sécurité des documents et matériels doit être assurée pour garantir la confidentialité.**

- Documents papier (dossiers)
- Supports informatisés (fichiers)
- Traitements statistiques

◆ **La sécurité est globale**

- Accès régulés
- Intégrité des informations (stockage), Fiabilité

# 3 - LEGISLATION (3)

## Article L 710-6, Code de la Santé Publique

Les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité

Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent 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.

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.

cf décret 94-666 du 27 juillet 1994  
relatif aux systèmes d'informations médicales

# 4 - STATISTIQUES

## -RETOURS d'INFORMATIONS-RAPPORTS

- ◆ Groupage en GHJ et production de case-mix (PMSI)
- ◆ Statistiques classiques (répartition par âges, DMS, origine géographique, modes Entrées/Sorties ...)
- ◆ Statistiques médicales (dépendance, activités (et actes) de rééducation-réadaptation, pathologies ...)
- ◆ Retours d'informations vers les unités cliniques et médico-techniques produisant des informations afin :
  - d'améliorer la qualité des données
  - de fournir une meilleure connaissance du PMSI
    - ⇒ meilleure adhésion
  - de transmettre des données PMSI (GHJ) + statistiques classiques + données médicales

⇒ **Plus de transparence pour plus de confiance**

# 5 - PREPARATION des DONNEES à TRANSMETTRE

- ◆ Transmission = responsabilité du directeur d'établissement
- ◆ Groupage en GHJ
- ◆ Anonymisation des RHS (  $\implies$  RHA) pour transmission
- ◆ Chaînage des séjours
- ◆ Données administratives complémentaires (SAE, activité externe, ...)
- ◆ Contrôles de qualité internes

# 6 - CONTRÔLES de QUALITE et ASSURANCE QUALITE

- ◆ Contrôles à la saisie
- ◆ Contrôles assurés par le logiciel groupeur
- ◆ Contrôles systématiques, ciblés (facultatifs)
- ◆ Contrôle interne sur échantillon

modalités à définir

tirage au sort par logiciel

retour au dossier, responsabilité du médecin DIM

## 7 - RELATION avec les AUTRES DIM

### ◆ STRUCTURES OFFICIELLES

Comité Technique Régional de l'Information Médicale (COTRIM) dans les régions

### ◆ STRUCTURES PROFESSIONNELLES

- Collèges Régionaux des médecins de l'Information Médicale (CRIM)

- Collège National des médecins de l'Information Médicale (CNIM)

◆ PARTENARIATS possibles avec un DIM d'un établissement de court séjour pour une assistance et des prestations de services statistiques ou informatiques

# EN CONCLUSION

- ◆ Le médecin responsable de l'information médicale en SSR joue un rôle clé
- ◆ Par l'organisation qu'il met en place, il détermine en bonne partie :

- L'ACCEPTABILITE du PMSI par l'établissement
- LE COUT DE REVIENT des RHS (temps)
- LA QUALITE DES INFORMATIONS

- ◆ Et par ses statistiques et analyses, il alimente

**LA REFLEXION STRATEGIQUE SUR L'ACTIVITE  
DE L'ETABLISSEMENT**