
SDIM

Syndicat des DIM

SDIM.fr

MÉTIER DE DIM Bilan et Propositions Pour un Nouvel Élan

Propositions du Syndicat des DIM pour les DIM et les ES

Juillet 2014

MÉTIER DE DIM

Propositions pour un Nouvel Élan

SOMMAIRE

Résumé	3
Contexte.....	3
Première partie : DIM, des praticiens placés en situation périlleuse pour répondre aux enjeux des établissements de santé	5
Généralités.....	5
Les répondants sont représentatifs des DIM de France	5
Principales informations que nous apportent les réponses au questionnaire (Cf. annexe 2)	5
Verbatim.....	6
Deuxième partie: des propositions pour sortir de la crise	7
Les propositions du SDIM pour un nouvel élan des DIM	7
1) Mesures permettant de garantir le respect l'indépendance professionnelle des DIM	7
2) Mesures d'urgence.....	7
3) Renforcement de l'attractivité de la fonction de DIM : rétablir la confiance	8
Détail des mesures à prendre	8
1) Réaffirmer le respect des règles afin de garantir l'indépendance professionnelle des DIM	8
2) Prendre des mesures d'urgence afin de protéger les médecins DIM qui sont en grande souffrance	9
3) Renforcement de l'attractivité de la fonction de DIM : rétablir la confiance	9
Conclusion	10
Annexes.....	11
Annexe 1 : Questionnaire national DIM 2014	11
Annexe 2 : Résultats et commentaires du questionnaire.....	15
1) Nombre de réponses.....	15
2) Description des établissements et de répondants	15
3) Description des structures, organisation du codage et missions.....	15
4) Vécu des médecins DIM et de leur équipe, facteurs favorisants et causes potentielles	16
5) Analyse comparative des caractéristiques des répondants selon leur vécu.....	16
Annexe 3 : extraits des VERBATIM (questionnaires et rencontres de DIM).....	18
Annexe 4 : Les 3 communiqués de presse du SDIM depuis sa création en 2014	20

Résumé

Les évènements touchant les DIM (qui sont médiatisés depuis plusieurs mois) ne sont que la partie émergée qui cache une souffrance profonde de ceux qui exercent ce métier. Force est de constater qu'il n'existait jusqu'à aujourd'hui, ni politique ni acteur pour sortir de cette situation par le haut. D'autant plus que la tension vécue par les DIM dans leurs établissements est majorée par la distorsion croissante entre les attentes de la gouvernance et leurs prestations. Le Syndicat des DIM s'est donné pour mission de fédérer les DIM, d'objectiver les situations et de proposer des solutions satisfaisantes pour tous pour les courts et moyens termes. Le présent rapport a pour intention d'établir un dialogue avec les pouvoirs publics, ce d'autant plus que la préparation de la future loi de santé offre des opportunités. Trois types de conditions doivent être impérativement réunies pour sortir de l'impasse psychologique et démographique actuelle :

- Le respect plein et entier de l'indépendance professionnelle des DIM et du secret médical qu'ils partagent avec leurs collègues hospitaliers
- la mise en place de mesures effectives pour une véritable attractivité des métiers DIM (reconnaissance de la fonction et rémunération dans les établissements publics de santé)
- l'ajustement des moyens et des compétences en adéquation aux missions confiées aux DIM

Contexte

Les DIM sont placés réglementairement sous la responsabilité d'un docteur en médecine. Leur activité leur confère une place centrale dans les établissements de santé : actuellement leur première mission est devenue celle de sécuriser la recette, leur deuxième mission est de traiter les informations de façon à aider les établissements dans leur pilotage opérationnel et leur démarche stratégique. Dans une grande partie des établissements, les DIM sont étroitement associés ou pilotent eux-mêmes des démarches transversales stratégiques telles que la gestion du dossier patient et son informatisation, la qualité et la certification (IPAQSS..) ... Les attentes vis-à-vis des DIM ont « explosé » depuis 2004, le passage à la T2A ayant accéléré la mutation des missions. Or, de nombreux médecins DIM ont été nommés initialement pour prendre en charge une mission de codage (ou de contrôle de codage) avec des moyens et des effectifs « minimaux » correspondant aux enjeux d'alors.

L'accélération des missions ne s'est pas accompagnée, dans la grande majorité des cas, d'une réflexion sur les moyens et les compétences.

Les moyens ont évolués peu ou prou au gré des négociations locales et des opportunités souvent liées à des reconversions professionnelles mais aucune réflexion sur les compétences n'a accompagné le cheminement des DIM.

A l'aune de la mise en œuvre des GHT dont le projet de loi prévoit qu'il devra gérer le département d'information médicale, la facturation des actes médicaux ; la politique d'amélioration continue de la qualité , trois thèmes très souvent à la charge du DIM, il

apparaît nécessaire de faire reconnaître enfin , de tous, le rôle essentiel des DIM dans la stratégie des ES et de faire évoluer leurs compétences , leurs ressources et leurs moyens en regard de ces missions sans cesse « élargies »

Les DIM sont pourtant des médecins spécialistes comme les autres. Quand la cœlioscopie est apparue comme une technique ayant fait ses preuves, les chirurgiens qui voulaient la mettre en place dans leur établissement ont bénéficié de formations à cette nouvelle technique avant toute mise en œuvre de celle-ci. Cette démarche apparaît comme une exigence normale aux yeux de tous et on pourrait multiplier des exemples de même nature dans toutes les spécialités. Ces évolutions de compétence ont été l'apanage de différentes spécialités bénéficiant d'une identité reconnue, d'organes nationaux et de moyens de formation.

Les médecins DIM s'identifient dans une fonction et non dans une spécialité (tant les origines des médecins DIM sont diverses). Ils ne se sont que tout récemment constitué en société savante (SOFIME, avril 2013). Il apparaît donc clairement que le rôle des médecins DIM a considérablement évolué. Malgré cela, personne n'a traduit cette évolution d'une façon qui aurait permis d'accompagner harmonieusement ce mouvement de façon à le reconnaître comme un métier à part entière.

Pourtant quelques pionniers permettent aux DIM de se rencontrer tous les ans depuis de très nombreuses années dans un congrès de qualité (EMOIS) qui permet d'apprendre et de partager les expériences. Mais une partie seulement des DIM le fréquente régulièrement, faute d'information suffisante mais peut être aussi faute de moyens alloués pour prendre en charge les frais de participation ou de disponibilité.

UN SYNDICAT EST NÉCESSAIRE POUR PORTER LES ATTENTES ET LES BESOINS DES PRATICIENS ce qui leur permettra à leur tour de satisfaire les besoins des établissements de santé

Plusieurs événements récemment médiatisés ont jeté une lumière crue sur la situation des DIM. Les causes de conflit qu'ils ont mis à jour et le nombre de situation ne sont malheureusement que la partie émergée de l'iceberg. Ceux qui ont des échanges réguliers avec leurs collègues, localement, régionalement ou au niveau national, le savent très bien. C'est pour ces raisons qu'un groupe de DIM décidés a créé le Syndicat des DIM (SDIM) avec l'objectif de défendre les DIM et leur métier et de devenir force de propositions. La volonté du syndicat est de construire une relation contractuelle permettant de sortir du conflit, d'améliorer non seulement les conditions de travail des DIM mais aussi leur situation matérielle et morale et enfin d'apporter des réponses aux besoins des établissements de santé.

Notre première démarche a consisté à objectiver la situation des DIM à l'aide d'une enquête nationale qui a rencontré un large succès. Nous avons ensuite élaboré un plan d'action à partir des résultats de cette vaste enquête mais aussi de l'expérience acquise par les membres du syndicat.

Notre souhait est que ces propositions permettent de mettre en place des mesures d'urgence et que, pour le reste, elles servent de base à une large et nécessaire réflexion et une concertation nationale afin de donner aux DIM et au métier de DIM la place qui doit être la leur. Enfin, nous attendons que des réponses soient apportées aux attentes légitimes des professionnels concernés.

Première partie : DIM, des praticiens placés en situation périlleuse pour répondre aux enjeux des établissements de santé

LES RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE NATIONAL METTENT EN ÉVIDENCE UNE FRACTURE INQUIÉTANTE

Généralités

Le questionnaire a été adressé par courrier papier adressé au DIM dans l'ensemble des établissements de santé. Le questionnaire a aussi été mis en ligne sur le site web que le SDIM a ouvert dès sa création.

L'annonce du questionnaire a été faite dans un communiqué de presse en avril (repris par APM, le Quotidien du Médecin et Hospimédia). L'information a également été diffusée dans différents sites d'échange des DIM (CNIM...). Le recueil des questionnaires a été clos le 6 juin 2014.

Le questionnaire a rencontré un vif succès puisqu'en moins de 2 mois, plus de 300 DIM ont répondu (307 réponses sont exploitables). Plus de 8 questionnaires sur 10 (85%) ayant été renseignés directement sur le site web. La plupart ont été entièrement renseignés mais quelques réponses manquent (représentant entre 0,5 et 2% des répondants). Ceci explique que le total des pourcentages ne soit pas toujours égal à 100 (Cf annexe 2).

Les répondants sont représentatifs des DIM de France

Les caractéristiques des établissements dont sont originaires les DIM qui ont répondu et les caractéristiques des médecins eux-mêmes nous permettent de dire que les réponses sont représentatives des médecins DIM en France (Cf. annexe 2).

Principales informations que nous apportent les réponses au questionnaire (Cf. annexe 2)

Les résultats de notre enquête confirment ce que nous percevions : la situation des DIM est difficilement tenable dans une moitié des établissements de santé. Compte tenu de l'ampleur des réponses, notre démarche permet de quantifier le phénomène et d'objectiver les difficultés. Plus inquiétant, 12% des DIM se déclarent durablement déstabilisés et dans l'incapacité de surmonter cette situation.

Une analyse différentielle des réponses de la moitié des médecins DIM qui déclarent un vécu négatif met en évidence des points en matière d'organisation ou de fonctionnement qui sont à travailler en priorité dans le cadre d'un programme d'urgence :

- les structures des DIM ainsi que leur rattachement sont à prendre en compte ;

- la taille et la composition des équipes DIM, en particulier la présence ou non d'un TIM/TSH, d'un cadre, d'un informaticien ou d'un statisticien ;
- l'organisation du codage (centralisé ou non, qui place les TIM sous la responsabilité du DIM ou non) ;
- les compétences de l'équipe, en particulier en matière d'analyse des données (mais également de production de données).

Verbatim

Cf Annexe 3

Deuxième partie: des propositions pour sortir de la crise

A la lumière de ces résultats et à l'issue de travaux de réflexion menés avec des DIM qui représentent tous les modes d'exercice et toutes les situations, nous sommes en mesure de proposer des orientations de nature à satisfaire à la fois les attentes des DIM, les besoins des établissements de santé en permettant aux pouvoirs publics de décliner en plans d'action.

Nous demandons aux pouvoirs publics de mettre en place un « plan national DIM » comme a été mis en place un plan national urgence en son temps. Ceci afin de venir en aide aux praticiens qui sont actuellement en souffrance (dont certains en grande souffrance !) mais aussi de répondre aux besoins non satisfaits des établissements de santé.

Les propositions du SDIM pour un nouvel élan des DIM

Trois types de mesures doivent être envisagées en urgence

1) Mesures permettant de garantir le respect l'indépendance professionnelle des DIM

- Réaffirmer le principe de l'indépendance professionnelle du DIM médecin, odontologiste ou pharmacien ;
- réaffirmer l'impérieuse nécessité de respecter et de faire respecter la confidentialité des données nominatives ou indirectement nominatives, que celles-ci concernent les patients ou les personnes travaillant dans les établissements de santé ;
- prendre toute mesure d'ordre disciplinaire et d'ordre judiciaire à l'encontre des acteurs du système de santé qui iraient à l'encontre de ce principe fondamental ;
- faire évoluer les textes réglementaires régissant la fonction de DIM pour les adapter à la réalité et aux nécessités de fonctionnement actuelles (à affiner)
- proposer la création d'une spécialité ?

2) Mesures d'urgence

- Recenser les DIM (équipe et professionnels) et quantifier le besoin exprimé en professionnels et en recrutements nécessaires
- Mettre en place une organisation *ad hoc* permettant de repérer les DIM en souffrance
- Organiser des équipes d'évaluation/soutien sur site (sur le modèle que la DHOS avait mis en place il y a une dizaine d'année) avec saisine directe à l'initiative du DIM ou saisine par l'ES ou l'ARS (via les Commissions régionales paritaires par exemple). Cette prestation a vocation à être mise à la disposition tant des structures publiques que des structures privées.

3) Renforcement de l'attractivité de la fonction de DIM : rétablir la confiance

- Définir les contours de la fonction de DIM
- Donner un statut à la structure DIM et proposer un rattachement clair et lisible qui garantisse l'indépendance professionnelle
- Adapter la rémunération des DIM du secteur public aux contraintes réelles de leur fonction, en prenant en compte l'état des lieux et la réalité des niveaux de rémunération existant dans les secteurs avec lesquels les hôpitaux publics sont en concurrence pour les recrutements
- Renforcer les équipes de DIM en moyens et en compétence

Détail des mesures à prendre

1) Réaffirmer le respect des règles afin de garantir l'indépendance professionnelle des DIM

- Ce point est un préalable à toute négociation ou concertation
- Le Ministère (DGOS) qui a la tutelle des ES doit réaffirmer solennellement cette position, annoncer qu'elle sanctionnera tout manquement à la règle, le faire savoir et le faire de façon effective s'il s'avère y avoir manquement caractérisé. Une adresse nationale unique doit permettre à tout médecin DIM, placé dans une situation contraire à la déontologie de sa profession ou aux règles de droit, d'alerter afin de bénéficier d'une écoute. Toutes les situations signalées doivent être examinées par une commission indépendante composée de représentants des parties prenantes au niveau national. Un audit sur place en vue d'une évaluation (et éventuellement d'une conciliation) doit pouvoir être organisé si besoin. Quelles que soient les organisations mises en place, le SDIM sera particulièrement attentif à toute situation qui lui sera signalée et prendra toute mesure appropriée pour défendre tous les médecins DIM indûment mis en cause.
- Le corpus documentaire et jurisprudentiel relatif au codage des diagnostics et des actes médicaux doit être considéré, pour le DIM, comme l'équivalent des guidelines nationales ou internationales définies dans chaque spécialité pour prendre en charge les pathologies. A ce titre, on doit considérer qu'un prestataire extérieur ou une direction n'ont pas autorité pour discuter du codage à appliquer et encore moins pour l'imposer à un médecin DIM en exercice. Des règles efficaces d'évaluation du codage doivent être mises en place de façon à dépister les dérives qui peuvent se produire. Les médecins DIM veulent que leur savoir faire soit respecté. Ils sont conscients du fait que le codage a une incidence directe sur les recettes de l'hôpital mais leur professionnalisme les incite à se battre, avant tout, pour une juste recette dans le respect des règles nationales. Par ailleurs, ils veulent que les données du codage puissent être utilisées à des fins épidémiologiques, d'évaluation des pratiques, voire de gestion des risques et sont donc d'autant plus attachés à ce que le codage des séjours hospitaliers soit un reflet fidèle de la réalité de la prise en charge de chaque patient. Dans ce domaine, l'assurance maladie, les ARS et les médecins DIM ont partie liée. Mais l'évaluation du codage ne doit pas se limiter à celle qui est réalisée réglementairement par l'assurance maladie. Le SDIM préconise la mise en place d'évaluations croisées (réalisée par des collègues en exercice dans un autre établissement de santé) selon une procédure (à la fois en terme de sélection des

dossiers à évaluer qu'en terme d'organisation) à déterminer au niveau national entre les parties prenantes. Cette procédure devrait être accompagnée d'un financement adéquat (pour indemniser les établissements de santé pour le temps passé par leur DIM à cette activité et pour valoriser les DIM qui se prêteraient à une telle évaluation). Cette proposition du SDIM est une proposition « originale ». Elle n'a jusqu'ici été discutée avec aucune partie prenante. Le SDIM mesure d'emblée qu'elle peut être délicate à mettre en place pour des raisons surtout si on envisage des évaluations croisées entre les secteurs publics et privés. Toutefois, un tel exemple existe déjà ne serait-ce que dans le cadre des visites de certification de la HAS.

- Un toilettage des dispositions réglementaires doit être envisagé pour prendre en compte l'évolution du métier et des établissements. La situation actuelle reste confuse, comme en témoignent les affaires récentes. Toutes les situations relatives à l'utilisation et à la communication ou la mise à disposition de données nominatives (qu'il s'agisse de patients soignés ou de personnels travaillant dans les établissements) doivent faire l'objet de textes explicites dont la rédaction doit associer l'ensemble des parties prenantes, en particulier le CNOM et la CNIL.

2) Prendre des mesures d'urgence afin de protéger les médecins DIM qui sont en grande souffrance

Nous estimons que la situation est préoccupante pour un grand nombre de DIM :12% des DIM sont en état de grande souffrance et 40% des DIM déclarent être déstabilisés ou dans une situation difficile.

Des mesures d'urgence doivent donc être prises afin :

- de prévenir une dégradation dommageable de ces situations ;
- d'organiser le recensement des DIM (équipes existantes et professionnels composant ces équipes)
- de mettre en place une organisation permettant d'identifier ou de repérer les DIM en souffrance et donner à ces derniers la possibilité de se déclarer comme tels tout en leur garantissant le respect de la confidentialité. Les médecins DIM en souffrance doivent savoir qu'ils peuvent être écoutés sans crainte de rétroactions négatives.
- Mettre en place des missions d'expertise/audit/conciliation permettant de dégager les solutions locales partout où cela est possible. Ces missions s'inspireront des groupes d'audit éphémères que la DHOS avait mis en place il y a plus de 10 ans pour gérer les situations locales conflictuelles/difficiles

3) Renforcement de l'attractivité de la fonction de DIM : rétablir la confiance

- Définir les contours de la fonction de DIM
 - o Donner un statut à la structure DIM et proposer un rattachement qui garantisse l'indépendance professionnelle: sortir du qualificatif de département qui n'a plus ni existence ni statut officiel et créer des services. Revisiter le rattachement des DIM à la direction de l'ES. Revisiter un rattachement qui garantisse cet indépendance à l'occasion de la mise en place des groupement hospitaliers de territoire (GHT) tels qu'ils sont prévus par la future loi de santé. La conception des GHT doit être précédée de négociations nationales de façon à ne pas provoquer l'effet inverse de celui escompté. En effet, la mise en place d'un département commun de

l'information médicale ne doit pas devenir le pis aller pour gérer la pénurie existante de médecins DIM (et dans une moindre mesure de techniciens d'information médicale). Il faudra d'emblée envisager les moyens de valoriser financièrement la responsabilité et la charge supplémentaires que vont créer ces dispositions annoncées de la future loi de santé publique.

- Adapter la rémunération des DIM du secteur public aux contraintes réelles de leurs missions et charges en prenant en compte la réalité de l'état des lieux des rémunérations dans les secteurs autres que le public
 - o Pour le public : attribuer une prime « multi-site », y compris pour les différents sites d'une même entité juridique (afin que soit reconnu et valorisé le travail supplémentaire, la responsabilité, ...)
 - o Valoriser l'investissement sur plusieurs sites, ainsi que dans des structures régionales (COTRIM, ...),
 - o Valoriser le travail en équipe multi-sites (fédérations médicales inter-hospitalières). Les GHT, s'ils sont mis en place dans la concertation, pourraient offrir le cadre juridique de ces équipes multi-sites
 - o Valoriser les implications dans d'autres fonctions de l'hôpital : dossier patient informatisé, qualité
- Renforcer les équipes de DIM en moyens et en compétence
 - o Définir, avec les parties prenantes et en particulier la société savante des DIM (SOFIME), les besoins en hommes et en compétence dans les différentes configurations de DIM et d'établissements de santé
 - o Mettre en place des mesures nationales qui permettront d'ajuster la taille des équipes et les métiers recrutés aux besoins des établissements de santé
 - o Favoriser la mise en place des formations qualifiantes pour la reconversion des métiers médicaux dans la fonction de DIM et susciter leur développement, en particulier en mettant en place un financement spécifique de telles formations (idem pour les TIM)
 - o Promouvoir des cursus de formation continue qui permettent de répondre aux besoins nouveaux en matière de connaissance et en assurer le financement
 - o Mettre en place avec les parties prenantes universitaires compétentes un projet de formation initiale des DIM qui anticipe les besoins de professionnels pour les années à venir (spécialité???)

Conclusion

La moitié des médecins qui exercent un métier de DIM dans un établissement de santé sont dans une mauvaise passe. Plus de 12% sont dans une situation que l'on peut qualifier d'inquiétante. Avec ce rapport, le Syndicat des DIM tire la sonnette d'alarme et demande que des négociations soient entamées en urgence. En effet, d'une part des solutions existent, pour une mise en place à court, moyen et long termes comme les propositions du SDIM le montrent. D'autre part, la loi de santé publique en cours de rédaction offre des opportunités à saisir.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire national DIM 2014

QUESTIONNAIRE DIM

Ce questionnaire a pour but de dresser un état des lieux de notre métier de DIM de façon à caractériser les situations que nous vivons au quotidien afin de faire des propositions aux parties prenantes. Le questionnaire cible les questions relatives au respect de notre indépendance professionnelle, à l'étendue de nos missions, aux moyens qui sont mis à notre disposition pour remplir nos missions

Pour le bureau du syndicat des DIM (SDIM), Christophe Segouin, Email :

CourriersDIM@gmail.com

Première partie : votre contexte professionnel

vous êtes

- Médecin
- Pharmacien
- Biologiste
- Odontologiste

votre fonction dans le DIM. Vous êtes :

- Responsable du DIM
- Collaborateur du responsable

Votre temps d'activité. Vous êtes :

- Temps plein dans cette fonction
- Temps partiel dans cette fonction 50% et plus
- Temps partiel moins de 50%

Quelle est votre ancienneté dans le métier de DIM?

- Plus de 5 ans
- Entre 1 et 5 ans
- moins d'1 an

Votre activité s'exerce sur un ou plusieurs sites/établissements

- Un seul site/établissement
- plusieurs sites/ établissements ayant des numéros de FINESS différents

L'établissement de santé dans lequel vous exercez

Statut de l'établissement

- Public
- Privé sans but lucratif (ESPIC)
- Privé à but lucratif

L'activité de soins de votre établissement comprend :

- MCO
- SSR

- Psychiatrie
- HAD

Nature de votre structure

- Vous êtes un service
- vous êtes une unité fonctionnelle
- Autre :

Votre service ou unité est rattaché(e) à

- Un pôle/département (médical ou médico-technique)
- Une direction (direction générale, direction des finances...)
- Autre :

Activité d'hospitalisation MCO

- indiquez le nombre de RSS dans "Autre"
- Autre :

Activité d'hospitalisation en SSR

- Indiquez le nombre de RHS
- Autre :

Activité d'hospitalisation en psychiatrie

- Indiquer le nombre de RPS
- Autre :

Activité ambulatoire en psychiatrie

- Indiquer le nombre de RAA
- Autre :

Activité HAD

- Indiquez le nombre de RPSS
- Autre :

Moyens dont dispose le DIM : PM

- précisez le nombre de médecins en ETP dans "Autre"
- Autre :

Moyens dont dispose le DIM : TIM (précisez dans "Autre" l'équivalent ETP)

- TIM
- TIM/TSH
- Informaticien
- Statisticien
- Cadre
- Autre corps de métier
- Autre :

Quelles sont vos missions?

"Autre" recouvre le dossier patient, les archives, la qualité/certification (les indicateurs IPAQSS...), l'informatique...: précisez

- Organisation du recueil de l'information/codage/contrôle qualité
- Elaboration de tableaux de bord
- Production et analyse d'informations
- gestion de l'équipe DIM
- Autre :

Si vous avez des commentaires à faire sur votre activité, écrivez ci-dessous

Organisation du codage dans votre établissement de santé

- Codage décentralisé réalisé par les équipes cliniques
- codage décentralisé réalisé par des TIM placées sous la responsabilité des services cliniques
- Codage décentralisé réalisé par des TIM placés sous la responsabilité hiérarchique et fonctionnelle du DIM
- codage centralisé réalisé par des professionnels du codage placés sous la responsabilité du DIM
- Autre :

Votre vécu, votre expérience dans le cadre de vos missions

Avez vous le sentiment de répondre de façon satisfaisante aux demandes/attentes de votre établissement

- Oui
- Non

Si vous avez répondu "Non" à la question précédente...

...précisez dans quelles circonstances et pour quelles missions vous avez rencontré des difficultés

- codage (exhaustivité/maitrise de la qualité/organisation)
- intervention d'une société extérieure de codage
- Production de données
- Analyse de données
- Autre :

Ces difficultés ont elles eu des conséquences (positives ou négatives) sur l'organisation et les moyens du DIM, votre situation personnelle?

- Conséquences sur l'organisation/les moyens du DIM
- Conséquences sur ma situation personnelle
- Autre :

Vos commentaires éventuels relatifs aux deux précédentes questions

Comment qualifieriez vous l'état de votre équipe dans votre établissement de santé?

- L'équipe se sent bien
- L'équipe est déstabilisée

- Autre :

Vos commentaires éventuels aux réponses que vous avez apportées ci-dessus

Comment qualifieriez vous votre état actuel dans votre travail?

- Je me sens bien
- Je suis déstabilisé mais je maîtrise la situation
- Je suis durablement déstabilisé et je ne sais pas comment sortir de la situation actuelle
- Autre :

PERSPECTIVES PROPOSITIONS (1)

Si vous vous sentez bien dans votre travail actuel, quels sont, à votre avis, les facteurs favorisant

- Votre formation (initiale/continue)
- Les moyens dont vous disposez
- La qualité du dialogue avec les collègues
- la qualité du dialogue avec l'administration
- Autre :

Vos commentaires sur vos réponses à la question précédente

PERSPECTIVES PROPOSITION

Si vous ou votre équipe avez des difficultés actuellement, quelles en sont les principales causes à votre avis

- Insuffisance de moyens
- Compétences à renforcer (les miennes ou celles de l'équipe DIM)
- Problème de dialogue avec les collègues
- Problème de dialogue avec l'administration
- Autre :

Vos commentaires éventuels aux réponses à la question ci-dessus

COMMENTAIRE GÉNÉRAL

quelle est votre perception actuelle du positionnement des DIM et de ses missions, des possibilités qu'il a d'y répondre? Quelles sont vos suggestions éventuelles?

Accepteriez vous de répondre à des questions par téléphone ou autre?

- Oui
- Non
- Autre :

Précisez ci-dessous vos noms et coordonnées (si vous le souhaitez)

Annexe 2 : Résultats et commentaires du questionnaire

1) Nombre de réponses

Les questionnaires exploitables s'élèvent à 309.

2) Description des établissements et de répondants

Caractéristiques des lieux d'activité et des activités des répondants

Lieu d'exercice : 65% des répondants travaillent dans un EPS, 13% dans un ESPIC, 13% dans un établissement de santé privé à but lucratif et enfin, 8% dans plusieurs types d'établissements. Deux personnes n'ont pas répondu.

Types d'activité MCO, SSR, psychiatrie, HAD : tous les types d'activité sont représentés. Sans surprise, 70% des répondants déclarent plusieurs types d'activité. Les DIM mono activités sont essentiellement ceux qui travaillent dans un établissement de santé mentale (36% des répondants), puis MCO (35%) et enfin SSR (19%).

Activité mono site/multi-sites (FINESS différents) : plus de la moitié (57%) ont une activité mono-site, 43% sont multi-sites

Caractéristiques des répondants

Filière professionnelle : les répondants sont presque exclusivement des médecins (4 pharmaciens, un biologiste et pas d'odontologiste dans les répondants)

Fonction dans le DIM : 85% des répondants sont responsables du DIM, les autres répondants sont des collaborateurs du responsable du DIM

Temps de travail : près de 6 répondants sur 10 (58%) exercent à plein temps dans cette fonction. Le quart d'entre eux (24%) à 50% ou plus et moins du cinquième (18%) consacrent moins d'un mi temps à l'activité DIM

Ancienneté : près de 8 répondants sur 10 (78%) exercent cette fonction depuis plus de 5 ans, moins du cinquième (18%) depuis moins de 5 ans mais plus d'un an et quelques uns (4%) depuis moins d'un an.

3) Description des structures, organisation du codage et missions

Nature de la structure : près de deux tiers des DIM (63%) sont des services, et plus du quart (22%) sont des unités fonctionnelles.

Rattachement du DIM : le partage se fait à égalité entre un rattachement à une structure médicale telle que pôle ou département (45%) et à une direction (42%)

Caractéristiques des PNM de la structure : sans surprise, 82% des DIM répondant ont des TIM dans leur équipe et 23% des TIM/TSH. Ils sont 15% à bénéficier d'un cadre, 16% d'un informaticien et 13% d'un statisticien. Ces résultats sont à rapporter à la taille de l'équipe/de l'établissement.

Missions : si l'ensemble des DIM (95%) sont en charge de la palette habituelle du DIM (organisation du recueil de l'information/codage/contrôle qualité du codage) et de la production et analyse des données (90%), les trois quarts seulement élaborent les tableaux de bord (74%). Près du cinquième (18%) sont en charge des campagnes nationales sur le dossier patient (IPAQSS). Par ailleurs, de nombreux DIM sont responsables du dossier patient (informatisation, archives...) de l'identitovigilance...

Organisation du codage : le codage décentralisé dans les services cliniques reste majoritaire (57%) mais il est rattrapé par un codage centralisé réalisé par des professionnels du codage sous la responsabilité du DIM (41%). Le codage décentralisé réalisé par des TIM, qu'elles soient placées sous l'autorité du DIM (9%) ou sous celle du service clinique dans lequel elles sont affectées (4%) représente à ce stade une organisation presque marginale.

4) Vécu des médecins DIM et de leur équipe, facteurs favorisants et causes potentielles

Sentiment de répondre à ses missions : 4 DIM sur 10 (39%) déclarent avoir le sentiment de ne pas répondre à leurs missions tandis qu'un peu plus de la moitié (55%) ont le sentiment d'y répondre

Quelles missions ne sont pas accomplies ou dans quelles circonstances (120 répondants) : près des deux tiers (63%) ont le sentiment de ne pas répondre au cœur de leur métier (le codage). Pour plus de la moitié (60%), c'est l'analyse des données à quoi ils n'arrivent pas à répondre. Mais plus inquiétant compte tenu du fait que cela constitue le cœur du métier, plus de 4 DIM sur 10 (41%) déclarent avoir le sentiment de ne pas répondre à leur mission pour ce qui est de la production de données. Enfin, près du cinquième (18%) se disent impactés dans cette situation de non réponse à leurs missions dans le cadre d'une intervention d'une société extérieure de codage.

Etat psychologique de l'équipe : tout juste la moitié des DIM (51%) répondent que l'équipe se sent bien, les situations de mal être concernant plus 4 équipes sur 10 (42%)

Etat psychologique personnel : plus inquiétant est le partage des médecins DIM en deux groupes quasiment égaux. Ceux qui se sentent mal (48%), dont le quart disent être durablement déstabilisés (représentant 12% de l'ensemble des répondants au questionnaire) et ceux qui se sentent bien (46%).

Facteurs favorisant un bon état psychologique (N=142) : la qualité du dialogue avec les collègues (81%) et avec l'administration (79%) sont les facteurs déclaratifs dominants favorisant la sensation de se sentir bien pour les DIM. viennent ensuite la formation (initiale et continue) pour 73% et, pour plus de la moitié (56%), les moyens dont ils disposent pour travailler.

Principales causes de difficulté du DIM ou de l'équipe (N=171) : les causes de leur sensation de mal être professionnel identifiées par les DIM ne s'inscrivent pas tout à fait en miroir des facteurs favorisants. En particulier, il n'existe pas une cause dominante mais plusieurs causes. L'insuffisance de moyens (56%) est la première citée. Près de la moitié (48%) soulignent les problèmes de dialogue avec l'administration et plus de 4 DIM sur 10 (43%) invoquent les compétences à renforcer. Les problèmes de dialogue avec les collègues ne sont mentionnés que par moins du cinquième des DIM (19%).

5) Analyse comparative des caractéristiques des répondants selon leur vécu que nous appellerons « vécu positif » et « vécu négatif » : je me sens bien N=142/je ne me sens pas bien N=147

Toutes les réponses déjà passées en revue dans les 4 premiers chapitres ci-dessus ont été comparées groupe par groupe afin d'identifier d'éventuelles différences permettant d'expliquer la différence des situations vécues par les DIM.

Des différences significatives n'apparaissent que dans quelques items et dominant dans trois points.

Différences franches

- sentiment de répondre à ma mission : les deux tiers des médecins DIM qui ont un vécu négatif ont le sentiment de ne pas répondre à leur mission (contre 15% de ceux qui ont un vécu positif).
- Circonstances dans lesquels le DIM a le sentiment de ne pas répondre à sa mission (plusieurs réponses possibles) : sur les 95 qui ont répondu avoir le sentiment de ne pas répondre à leur mission, près des 2/3 (64%) indiquent en premier « l'analyse des données », près de 6/10 (58%) le codage. La production des données est citée par 42% d'entre eux et l'intervention d'une société extérieure est à 20%. Pour les 21 DIM ayant un vécu positif qui ont répondu avoir le sentiment de ne pas répondre à leur mission, le codage domine comme motif premier (86%), puis l'analyse de données pour près de la moitié (48%). Seuls 38% déclarant ne pas remplir leur mission sur la production de données, soit une proportion proche du groupe avec vécu négatif.
- Etat psychologique de l'équipe DIM : l'équipe ne se sent pas bien dans 7 cas sur 10 (71%) quand le vécu du DIM est négatif contre 15% quand le vécu est positif

Différences significatives

- Type d'activité : la part des DIM ayant un vécu positif dans le cadre d'une mono activité en psychiatrie est plus importante (6 points de différence entre le groupe « vécu négatif » et le groupe « vécu positif »). C'est peut être l'inverse pour la mono activité SSR (3 points de différence).
- Nature de la structure et rattachement de la structure : quand la nature de la structure n'est ni un service ni une unité fonctionnelle, le vécu négatif est plus important (5 points de différence). Quand le rattachement est la direction ou divers (mais pas un pôle ou un département), le vécu est également plus souvent négatif (différences de 4 et 5 points respectivement).
- PNM du DIM : la présence d'un cadre est plus fréquemment corrélée à un sentiment négatif (plus 4 points), tandis que la présence de TIM/TSH ou plus particulièrement d'informaticien sont plus souvent vécus positivement (respectivement plus 4 et 5 points).
- Missions : une différence apparaît sur la mission « élaboration de TDB » : Seuls 72% des DIM du groupe au vécu négatif ont une mission TDB contre 80% pour le groupe au vécu positif.
- Organisation du codage : la part des DIM ayant un vécu négatif est significativement plus importante quand le codage est décentralisé et réalisé par des TIM placés sous la responsabilité fonctionnelle et hiérarchique des DIM (6 points de différence). A contrario et dans une moindre mesure, la part représentée par « le codage centralisé réalisé par les professionnels du codage placés sous la responsabilité du DIM » est plus importante (5 points de différence) dans le groupe des DIM ayant un vécu positif.

Annexe 3 : extraits des VERBATIM (questionnaires et rencontres de DIM)

- il y a des DIM heureux : ils sont parvenus à se faire reconnaître à la fois par la direction et par leurs confrères. Quels sont leurs trucs ?
- il y a une pression pour la « triche » du codage
- tout le monde sait que l'on peut « bidouiller » le codage sans que cela se voit trop et l'hôpital est content car les recettes sont majorées
- résumer dans un document tout ce qui a trait aux aspects réglementaires du DIM
- mettre un interlocuteur dans le jeu, entre DIM et direction
- penser à l'équipe DIM et aux différents rôles : TIM, TIM/TSH, cadre...
- médecin DIM
 - o aller au delà de la compétence codage
 - o le problème pour le codage c'est le temps
 - o alors que le problème pour l'analyse et la réalisation de cartographie c'est la compétence et les outils
- le DIM codeur n'est plus le DIM d'aujourd'hui
 - o on a un niveau d'exigence +++ sur la recette
 - o on le sollicite sur beaucoup de points
 - o il est dans une fausse situation, souvent considéré comme un exécutant
 - collecte de données
 - codage
 - analyse des données
 - gestion de dossiers transversaux, certains stratégiques
 - pas toujours associé au pilotage
- positionner clairement le DIM entre direction et services cliniques : lieu de dialogue. Ne plus le faire basculer dans l'administratif
- mettre le DIM dans une posture de partenaire
- donner du sens
- DIM et assurance maladie
- Suspicion sur la qualité du codage (et donc sur la capacité du DIM à assurer la recette optimale), un peu comme le consommateur est soupçonneux sur la vraie valeur d'un produit compte tenu de la valse des soldes et autres promotions. On a besoin d'une vérité sur le codage
- Difficulté à faire valoir les besoins en moyens et en technique : nécessité d'une démarche nationale
- Reconnaissance par la direction des besoins en TIM, des statuts de TIM
- Sensation de ne plus y arriver, d'être toujours en deçà de ce qu'il faudrait faire (le clinicien a au moins la possibilité de prendre en charge complètement un patient, même s'il ne prend pas en charge tous les patients qu'il voudrait)
- La direction ne comprend pas ce que fait le DIM et ce dont il a besoin pour fonctionner de façon optimale. Les collègues cliniciens également
- De plus en plus de tâches
- Importance des relations avec les différentes directions : finances, informatique...
- Comment résoudre le paradoxe de l'application stricte des règles de codage qui sous valorisent manifestement certains séjours, même si la T2A est conçue sous la forme d'une recette établissement sensée équilibrer au global. Mais on nous demande de faire des études et des efforts sur chaque séjour. Comment rester

vertueux dans un système utilisé pour des choses pour lesquelles il n'a pas été conçu (plus on descend en micro, plus c'est problématique).

- Etre le toutou de la DH ou être un véritable partenaire
- Responsabilité dans l'utilisation des données : certains ES contournent le DIM et nomment un autre médecin responsable de l'utilisation des données
- Définir les missions des DIM
- Harcèlement moral
- Donner plus de sens au DIM dans les établissements, renforcer leur rôle
- Les DIM ne sont ni administratifs ni médecins, d'où difficulté à se positionner
- Poste perçu comme administratif par les médecins cliniciens
- Quelquefois, le DIM est sous le joug des directions
- La législation et le secret médical : lien finances, lien droit d'accès aux dossiers médicaux. Interventions sur délégation du DIM sans que ce dernier soit informé
- Résumés de passage aux urgences (RPU) : les ARS organisent un recueil qui échappe complètement aux DIM
- Le DIM sert à sauver les finances de l'hôpital, il court après le codage
- le secret médical et la gestion du secret : que le responsable soit clairement défini et qu'on lui donne les moyens de faire respecter le secret face aux injonctions des directions et autres acteurs de l'hôpital
- Les délais de production de l'information nationale : guide méthodologique ATIH, multiplication des bugs, non réponse aux questions Agora
- Isolement des DIM : dans l'ES mais aussi vis à vis des différentes institutions nationales
- Raisonner en équipe pour répondre aux besoins (compétences) plutôt que sur un seul homme
- Positionnement difficile par rapport aux collègues, à la direction. Rôles plus ou moins définis, façon de répondre différentielle
- Importance du règlement intérieur
- Etre associé aux décisions et pas seulement prestataire de données

Annexe 4 : Les 3 communiqués de presse du SDIM depuis sa création en 2014

Création du syndicat des DIM : SDIM (10 avril)

Syndicat des médecins, pharmaciens, biologistes et odontologistes travaillant dans les unités traitant de l'information médicale dans les établissements de santé publics et privés

L'indépendance professionnelle des médecins DIM est menacée et le respect du secret médical à l'hôpital n'est plus garanti, du fait de l'intrusion de prestataires extérieurs à qui on donne parfois accès aux informations médicales nominatives..

De nombreux médecins DIM dénonçant ces pratiques sont mis dans des situations de pression psychologique insoutenable alors qu'ils font leur travail.

Il faut renouer avec l'attractivité des postes de DIM : expliciter leurs missions et adapter les moyens qui sont mis à leur disposition pour qu'ils répondent efficacement aux besoins des établissements de santé, dans le respect de leur déontologie.

Il nous a donc semblé nécessaire d'améliorer la représentativité des DIM en créant un syndicat national qui concerne tous les DIM quel que soit le statut de l'établissement où ils exercent. Sa première action sera de lancer, dès aujourd'hui, une vaste enquête auprès de tous les DIM.

De nombreux **collègues DIM** sont confrontés à des difficultés générant une véritable **souffrance professionnelle**. Cette situation, apparue il y a quelques années, s'est **amplifiée** au point de provoquer des conflits qui ont fait l'actualité. Mais pour les quelques cas relatés par la presse, combien de personnels médicaux travaillant dans les DIM sont en souffrance ? Combien sont **isolés** et incapables de trouver l'**écoute et l'appui** dont ils ont besoin ?

Nous avons décidé de répondre à ce constat, que nous sommes nombreux à partager, en créant un syndicat qui rassemble **tous les DIM de France**.

Il s'adresse à tous, **quels que soient leur lieu d'exercice ou leur statut**. En effet c'est le métier de DIM qui est en jeu, indépendamment des statuts des établissements de santé dans lesquels ces médecins, pharmaciens, biologistes ou odontologistes travaillent.

Nous avons trois objectifs :

- Défendre notre **indépendance professionnelle et la neutralité de notre exercice**
- Défendre le **secret professionnel** que nous devons aux patients
- Renforcer l'**attractivité** de notre métier de DIM

Notre action comporte :

- Une posture offensive sans concession pour défendre des règles intangibles

L'indépendance professionnelle, la neutralité de l'exercice et le respect du secret professionnel sont les bases de nos déontologies respectives, nous qui sommes médecins, pharmaciens, biologistes et odontologistes.

Elles constituent la « ligne jaune » de notre exercice. Nous la défendons au niveau national en nous appuyant sur les ordres professionnels ou en sollicitant la Justice quand les règles de droit ne sont pas respectées. Nous aidons chaque collègue en difficulté à se défendre, s'il nous sollicite

- Une posture constructive de dialogue avec les parties prenantes

Les médecins qui travaillent dans les DIM sont indispensables aux établissements de santé. Ils constituent une ressource rare.

L'image du métier de DIM et la réalité de leur exercice détournent les médecins en formation ou les médecins en reconversion de ce métier. Il est donc nécessaire de valoriser la place et les missions du DIM dans les établissements de santé. Il convient également de rééquilibrer la rémunération des DIM entre établissements publics et privés. En effet, les jeunes se détournent de l'hôpital public qui ne leur offre pas un niveau de rémunération correspondant à leur responsabilité importante (cette activité ne comporte pas de complément de rémunération de type garde ou plage additionnelle comme dans d'autres spécialités). Il convient de donner aux DIM les moyens humains et les compétences nécessaires pour remplir leurs missions. Beaucoup de nos collègues vivent comme une humiliation le recours répété à des sociétés extérieures appelées pour faire leur travail, avec des résultats qui peuvent être contestables en matière de respect des règles nationales de codage. C'est donc bien le manque de moyens et non le manque de compétences qui conduit à de tels excès. Les équipes de DIM doivent être correctement dimensionnées pour pouvoir répondre à leurs missions. Enfin, il est impératif de promouvoir la formation de ceux qui veulent élargir leurs missions en s'appuyant sur les travaux et les préconisations des sociétés savantes.

Paris, le 10 avril 2014

Communiqué de presse SDIM et SYNAMIM

A peine créé, le syndicat des DIM (SDIM) met en œuvre ce qu'il a annoncé dans son projet de rassembler les médecins de DIM publics et privés.

Faisant le constat d'un partage de valeurs et d'objectifs avec le syndicat national des médecins d'information médicale (SYNAMIM, créé en 2008), SDIM et SYNAMIM ont décidé d'un commun accord d'unir leurs forces. Le SYNAMIM a donc pris la décision de rejoindre le SDIM à compter d'aujourd'hui

Les DIM sont mal reconnus alors qu'ils ont un rôle crucial à jouer dans l'optimisation et la rationalisation des soins (pour aider à maintenir la qualité des soins au profit de tous nos concitoyens). En effet, par leur formation et leur rôle dans les établissements de santé, ils sont au carrefour des informations médicales et économiques.

Les deux syndicats débutent leur action avec un questionnaire destiné à faire un bilan de la situation des DIM.

Ce questionnaire qui est disponible sur le site SDIM.fr va être envoyé dès la semaine prochaine par courrier papier à tous les DIM de France. Le SDIM communiquera largement les résultats de cette enquête nationale avant la fin du mois de juin.

Dr Alain Ricci
Président du SYNAMIM
Tel : 06.64.28.23.33
Le 16 avril 2014

Dr Christophe Segouin
Président du SDIM
tel : 06.13.24.30.42

**Utilisation de données nominatives à l'hôpital :
Le SDIM dénonce les pressions des directeurs sur les DIM (28 avril)**

L'utilisation des données dont dispose un hôpital doit respecter les règles nationales : tout traitement de données nominatives doit faire l'objet d'une déclaration à la CNIL. Toutes les informations nominatives doivent faire l'objet d'une validation par le règlement intérieur. La finalité des traitements doit être validée au préalable par les instances concernées, en particulier la commission médicale d'établissement ou la conférence médicale pour ce qui concerne les médecins.

Les DIM sont dépositaires d'informations confidentielles. La loi a voulu qu'ils soient médecins car leur indépendance professionnelle, inscrite dans le Code de déontologie, est le garant du respect de ces règles. Or, de nombreux collègues subissent des pressions de la part de leur direction pour communiquer des informations nominatives au mépris des règles nationales qui s'imposent à tous. Le SDIM alerte une nouvelle fois la population sur les dérives actuelles qui font la une de la presse.