



N° 133 JANVIER-FÉVRIER 2019

LES FICHES DE DROIT HOSPITALIER

Sous la direction de Jean-Marie CLÉMENT

Professeur de droit hospitalier et médical

Ancien membre de l'IGAS

Ancien directeur d'hôpital

ABONNEMENT 1 AN : 204 € (Métropole) - 233 € (hors Métropole)

ISSN : 1280-9772

ÉDITION BIMESTRIELLE D'INFORMATION JURIDIQUE ET LÉGISLATIVE HOSPITALIÈRE

HOPITALEX

Le portail expert en droit hospitalier

HOPITALEX®, la solution complète d'information juridique hospitalière

Les FDH accessibles en ligne depuis leur création sur www.hopitalex.com

Pour en savoir plus, connectez-vous sur le site :
www.hopitalex.com

Pour obtenir une démonstration, et pour plus d'informations sur le fonctionnement et les tarifs, notre service commercial se tient à votre disposition.

Groupe LEH • Hopitalex
253-255, cours du Maréchal-Gallieni • 33 000 Bordeaux
Tél. 05 57 57 03 66 • Fax 05 57 57 03 62
info@hopitalex.com



En application de la loi du 11 mars 1957 il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement la présente publication sans l'autorisation de l'éditeur ou du Centre français du copyright.

Les Fiches de droit hospitalier FDH®

FDH, édition bimestrielle d'information juridique et législative hospitalière

N° de commission paritaire :
0622 T 89176

LEH Édition SAS
253-255, cours du Maréchal-Gallieni
33 000 Bordeaux
Tél. 05 56 98 85 79
Fax 05 56 96 88 79
www.leh.fr
SAS au capital de 60 000 €

Direction de la publication :
Sébastien CLÉMENT

Conseil scientifique :
Jean-Marie CLÉMENT

Routage/impression : El Presta
Dépôt légal : à parution
ISSN 1280-9772

1^{er} numéro paru en février 1997

Abonnement 2018

Revue bimestrielle 6 numéros
Métropole : 202 €
Hors métropole : 231 €

Les fiches de droit hospitalier

janvier-février 2019

397

LE DÉPARTEMENT D'INFORMATION MÉDICALE (DIM)

5847

398

L'ESPACE NUMÉRIQUE COMMUN DES EMPLOIS VACANTS

5855

399

LA COMMISSION DE COORDINATION GÉRIATRIQUE

5863

C'est une circulaire du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux qui marque la création officielle du DIM au sein de l'hôpital en France. Il s'agit d'une structure spécialement dédiée au traitement, à la gestion centralisée de l'information médicale pour tout l'établissement de santé. À l'origine, il a été recommandé qu'elle prenne la forme d'un département pour les établissements disposant de plus de 200 lits actifs. C'est ainsi que cette notion de DIM s'est imposée dans la pratique pour désigner cette structure hospitalière, notamment pour marquer son caractère transversal en la distinguant ainsi des services internes. Ceci étant, le DIM va connaître certaines évolutions avec l'émergence de la nouvelle organisation interne des établissements de santé en pôles d'activités initiée par l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

À l'origine, la mise en place du DIM est étroitement liée à l'avènement du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI). Aujourd'hui, cette structure interne s'est imposée comme un acteur central dans les établissements de santé. La mission de gestion informatisée et normalisée de l'information médicale, dont elle a la charge, se trouve à la base de deux dispositifs fondamentaux pour les établissements de santé – celui de l'évaluation de leur activité et celui de leur tarification à partir de la mise en place de la T2A devenue obligatoire pour les établissements publics de santé le 1^{er} mars 2005. Le DIM est aussi responsable d'autres tâches importantes en dehors du cadre du PMSI comme celle de la gestion et de l'archivage centralisé des dossiers médicaux des patients admis dans l'établissement.

L'importance croissante des données à caractère personnel et la nécessité d'assurer leur protection ont amené la réglementation à évoluer, sous l'impulsion du règlement européen du 27 avril 2016 qui a profondément impacté la législation nationale (loi du 6 janvier 1978). Par ailleurs, la création des groupements hospitaliers de territoire a également eu un effet sur la fonction DIM puisque l'établissement support assure la fonction de DIM du territoire.

Le DIM a été créé pour faciliter la mise en œuvre du PMSI dans les établissements de santé, qui émerge en France au début des années 1980 et qui est emprunté au modèle américain. Il se développe tout d'abord à titre expérimental. Ce programme est présenté comme un outil de description et de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Son objectif initial est d'évaluer l'activité des établissements de santé et de calculer l'allocation budgétaire qui en découle.

Ainsi, à l'origine, le PMSI s'inscrit plutôt dans une démarche d'évaluation de l'activité de l'hôpital. Cette évaluation devient obligatoire pour tout établissement de santé, quel que soit son statut (public ou privé) depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, avec une obligation de transmission des données de l'analyse d'activité à un certain nombre d'autorités (État, ARS, Assurance Maladie) qui commence à se formaliser dans l'ordre juridique dans les années 1995-1996. C'est dans cette logique d'analyse de l'activité hospitalière que le PMSI constitue, en quelque sorte, un outil de planification pour l'établissement de santé, en tant qu'il permet de disposer des données statistiques importantes permettant de mieux réguler les activités sanitaires et les équipements matériels lourds pour l'établissement.

C'est depuis le 1^{er} mars 2005 que ce PMSI acquiert une nouvelle dimension, car il s'inscrit pleinement dans la nouvelle tarification des établissements de santé qui est désormais fondée sur leur activité dans le cadre du dis-

I. LES MISSIONS DU DIM

II. LES PERSONNELS AU SEIN DU DIM

A. Les personnels médicaux

B. Les personnels non médicaux

III. LE DIM DE TERRITOIRE

positif de la T2A et non plus sur une dotation budgétaire globale. Or, justement, c'est cette activité qui détermine le financement de l'établissement, évaluée grâce au PMSI. La rémunération de l'établissement repose désormais sur un classement informatisé des données par groupes de séjours qui présentent une similitude médicale et économique.

Le PMSI regroupe aujourd'hui plusieurs secteurs de l'activité hospitalière – la médecine chirurgie obstétrique (MCO), les urgences, la psychiatrie, l'hospitalisation à domicile les soins de suite et de réadaptation. Ce programme fonctionne conformément aux L6113-7 et L6113-8 du CSP. L'article L6113-7 du CSP précise notamment que les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation de celle-ci au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.

Plus concrètement, la collecte, la circulation et la gestion des informations médicales à l'hôpital reposent sur de nombreux outils dans le cadre du PMSI.

En MCO, un résumé de sortie standardisé (RSS) est élaboré pour chaque patient le plus tôt possible après sa sortie. Le RSS est constitué d'un ou de plusieurs résumés d'unité médicale (RUM). Le RSS contient obligatoirement le diagnostic principal qui a motivé l'admission du patient et éventuellement les diagnostics associés au diagnostic principal. Les différents RSS élaborés pour chaque patient contiennent des informations codées et sont par la suite affectés à une catégorie d'information synthétique dénommée groupe homogène de malade (GHM). Chaque GHM regroupe des données médicales similaires de point de vue médical (diagnostic), mais aussi de point de vue économique (coût de la prise en charge). L'information ainsi collectée est transmise aux autorités compétentes désignées à l'article L6113-8 du CSP, sous forme d'un résumé de sortie anonyme (RSA), c'est-à-dire aux agences régionales de santé, à l'État ou à la personne publique qu'il désigne et aux organismes d'assurance maladie. Si ces informations ne sont pas transmises, les établissements s'exposent à une pénalité prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé, dans la limite de 5 % de leurs recettes annuelles d'assurance maladie. En effet, l'enjeu est important car ces éléments sont nécessaires à l'élaboration et à la révision du projet régional de santé, à la détermination des ressources des établissements, à l'évaluation de la qualité des soins, à la veille et la vigilance sanitaires, ainsi qu'au contrôle de leur activité de soins et de leur facturation.

C'est le DIM qui est l'acteur principal dans la gestion du PMSI au sein des établissements de santé. Il convient de s'arrêter sur le rôle attribué à cette structure au travers d'un examen de ces missions (I), ainsi que sur les personnels au sein du DIM (II). Par ailleurs, il ne faut pas méconnaître l'impact du DIM de territoire (III).

I. LES MISSION DU DIM

Les missions du DIM sont multiples et peuvent être réparties en plusieurs catégories. Elles peuvent faire l'objet de différentes classifications. Ceci étant, aucun texte de valeur juridique contraignante n'énumère précisément les missions qui doivent être attribuées au DIM à l'hôpital. Le texte principal de référence reste une circulaire ancienne qui date du 24 juillet 1989. Ainsi, les missions confiées au DIM peuvent varier d'un établissement à l'autre, mais, normalement, tout ce qui touche à la gestion de l'information médicale dans l'établissement est du ressort de cette structure. Parmi ces missions, on peut trouver :

1° Tout d'abord, un certain nombre des missions du DIM ressort directement de son rôle principal à l'hôpital lié à la gestion du PMSI. Ces missions sont les plus nom-

breuses et les plus classiques pour cette structure. À ce titre, le DIM est chargé notamment :

- d'aider les praticiens responsables à produire et à transmettre les RSS ;
- de s'assurer auprès des médecins responsables, de la qualité des données transmises, de leur cohérence avec le dossier médical du patient, de leur vraisemblance et de leur exhaustivité ;
- de coder les informations transmises dans le cadre d'un système de codage centralisé, d'impulser et contrôler la mise en place des outils d'aide au codage ;
- de procéder à la classification en GHM pour l'ensemble de l'établissement ;
- de manière générale, de participer à la conception et au développement du système d'information médicale.

2° D'autres missions peuvent être confiées au DIM, qui marquent en particulier l'importance de son rôle dans le cadre du dispositif financier et budgétaire de l'établissement. Ici, on peut citer par exemple :

- la participation à l'élaboration de l'état de prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) avec le contrôle de gestion de l'établissement et les instances pluriprofessionnelles de l'établissement ;
- la participation avec la direction des finances et le contrôle de gestion à l'analyse des comptes de résultat (CREA) et des tableaux coût case mix (TCCM) des pôles cliniques, dans le cadre d'une comptabilité analytique.

3° Le DIM peut avoir un rôle important dans la gestion des dossiers médicaux à l'établissement. Ainsi, il est souhaitable que le DIM assure une mission d'archivage et de gestion centralisée des dossiers médicaux des patients de l'établissement, tout en s'assurant que lesdits dossiers seront constamment mis à jour et mis à la disposition, en cas de besoin, dans le respect des dispositions législatives et déontologiques. Cette mission d'archivage des dossiers médicaux inclut par ailleurs d'autres fonctions, en particulier celle de la conception et de l'amélioration du dossier médical.

4° Le DIM a un rôle important de conseil et d'expertise dans le domaine de l'information médicale. À ce titre, il :

- coordonne la formation de l'ensemble du personnel concerné à la production et à l'utilisation de l'information médicale ;
- assiste les médecins dans leur réflexion par l'accès aux bases de données DIM ;
- analyse l'information médicale et expertise les conclusions tirées.

5° Finalement, le DIM a pour mission de s'assurer de la confidentialité de l'information médicale circulante à l'échelle de l'établissement, notamment des informations médicales **nominatives**.

Les FDH et toutes les références signalées par un  sont à retrouver dans leur intégralité sur www.hopitalex.com

Il ressort clairement des missions confiées au DIM qu'il a une dimension transversale au sein de l'établissement de santé. C'est pour cette raison qu'il a été choisi, à l'époque, de constituer cette structure sous forme du département dans les établissements, ce qui permettrait de la distinguer des services à l'intérieur de l'hôpital.

Il faut aujourd'hui situer le DIM dans le cadre de la nouvelle organisation interne des établissements de santé en pôles d'activités. Il y a une certaine hétérogénéité des pôles dans lesquels ce DIM peut se voir intégré.

Pour ce qui est des CHU, par exemple, le DIM est très souvent attaché au pôle « santé publique ».

Pour ce qui est des plus petits établissements de santé, le DIM peut intégrer un pôle médico-technique, médical ou administratif. Il est envisageable aussi que certains DIM existent en tant que pôles autonomes.

En vertu de l'article R.6113-1, les établissements de santé, publics et privés, procèdent à la synthèse et au traitement informatique de données figurant dans le dossier médical mentionné à l'article L.1112-1 qui sont recueillies, pour chaque patient, par le praticien responsable de la structure médicale ou médico-technique ou par le praticien ayant dispensé des soins au patient et qui sont transmises au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.

Ces données ne peuvent concerner que :

- 1° L'identité du patient et son lieu de résidence sauf si le patient conserve l'anonymat ;
- 2° Les modalités selon lesquelles les soins ont été dispensés, telles qu'hospitalisation avec ou sans hébergement, hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile, consultation externe ;
- 3° L'environnement familial ou social du patient en tant qu'il influe sur les modalités du traitement de celui-ci ;
- 4° Les modes et dates d'entrée et de sortie ;
- 5° Les unités médicales ayant pris en charge le patient ;
- 6° Les pathologies et autres caractéristiques médicales de la personne soignée ;
- 7° Les actes de diagnostic et de soins réalisés au profit du patient au cours de son séjour dans l'établissement.

Il n'est pas étonnant que les traitements de données nominatives prévus dans chaque établissement de santé fassent l'objet avant leur mise en œuvre d'une demande d'avis ou d'une déclaration préalable de l'établissement concerné ou, pour les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire, de l'établissement support pour le compte de l'ensemble des établissements parties auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés.

Des arrêtés précisent ensuite, en fonction de la catégorie de l'établissement dans lequel les soins sont dispensés et de la nature de ces soins :

1° Les données dont le recueil et le traitement ont un caractère obligatoire ;

2° Les nomenclatures et classifications à adopter ;

3° Les modalités et la durée minimale de conservation des fichiers.

Ainsi, quatre arrêtés du 23 décembre 2016 sont ainsi applicables en MCO, HAD, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation.

Les dispositions réglementaires de l'article R.6113-4 du code de la santé publique précisent bien la responsabilité propre à chaque praticien qui intervient dans cette chaîne.

Le praticien responsable d'une structure médicale ou médico-technique ou le praticien ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement ou, pour les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire, dans l'établissement support.

Le médecin responsable de l'information médicale coordonne l'élaboration et contribue à la mise en œuvre du plan d'assurance qualité des recettes, destiné à garantir l'exhaustivité et la qualité des données transmises et à fiabiliser les recettes de l'établissement.

Le plan d'assurance qualité des recettes est présenté chaque année par le médecin responsable de l'information médicale à la conférence ou la commission médicale d'établissement pour information.

Ce médecin conseille les praticiens pour la production des informations. Il veille à la qualité des données qu'il confronte, en tant que de besoin, avec les dossiers médicaux et les fichiers administratifs.

Les praticiens de l'établissement ont un droit d'accès et de rectification quant aux informations relatives aux soins qu'ils ont dispensés ou qui ont été dispensés dans une structure médicale ou médico-technique dont ils ont la responsabilité. Ils sont régulièrement destinataires des résultats des traitements de ces informations.

Afin d'exercer les missions qui lui sont confiées, le DIM est doté d'un certain nombre de personnels dont le nombre et le temps du travail sont susceptibles de varier selon la taille de l'établissement.



le DIM est l'acteur principal dans la gestion du PMSI au sein des établissements de santé.

II. LES PERSONNELS AU SEIN DU DIM

Le DIM a la particularité de se situer à la frontière entre le domaine médical et le domaine technique et administratif. Cela explique qu'on peut trouver en son sein des personnels médicaux d'une part et des personnels administratifs et techniques de l'autre.

A. Les personnels médicaux

Le personnage clé du DIM est le médecin responsable de l'information médicale. Ce terme apparaît pour la première fois dans des circulaires de 1989. Aujourd'hui, le Code de la santé publique contient un certain nombre d'articles relatifs au rôle de ce médecin à l'hôpital.

Le médecin responsable de l'information médicale est désigné par le directeur dans les établissements publics de santé et par l'organe délibérant des établissements de santé privés, après avis de la commission médicale ou de la conférence médicale. Les conditions de cette désignation et les modes d'organisation de la fonction d'information médicale, en particulier les conditions dans lesquelles des personnels placés sous l'autorité du praticien responsable ou des commissaires aux comptes intervenant au titre de la mission légale de certification des comptes peuvent contribuer au traitement de données, sont fixés par décret.

Le médecin responsable du DIM peut être recruté en temps plein ou en temps partiel. Dans ce dernier cas de figure, le médecin responsable du DIM exerce cette activité particulière en plus de sa pratique clinique. Une spécialité de santé publique est conseillée pour occuper l'emploi du médecin responsable de l'information médicale à l'hôpital.

En cas d'indisponibilité momentanée du médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement, le directeur a la possibilité de transmettre aux autorités compétentes (État, AM, ARS) les données médicales relatives à l'analyse et à la tarification de l'activité de l'établissement, tout en s'assurant que les informations en questions ont été préalablement traitées par le personnel du DIM qui a dû avoir procédé à leur anonymisation. Il peut, par la suite, procéder au recrutement d'un autre médecin responsable de l'information médicale (👁 Questions-réponses, « Comment faire face à l'indisponibilité du médecin DIM? », décembre, 2012. Disponible dans sa version numérique sur www.hopitalex.com). En effet, si un médecin se trouve empêché d'exercer cette fonction pendant une période excessive qui n'est pas compatible avec l'exigence de continuité du service de collecte et de traitement des informations médicales, le recrutement d'un nouveau praticien sur cette poste

s'avère nécessaire, les textes ne prévoient pas la possibilité d'un remplacement du médecin responsable du DIM pendant son absence, ni la possibilité qu'il soit assisté dans ces missions par d'autres médecins de l'établissement (👁 Questions-réponses « Un PH assurant les fonctions de DIM peut-il être remplacé ou assisté par un PH biologiste? » mai, 2009. Disponible dans sa version numérique sur: www.hopitalex.com). Néanmoins, avant qu'il soit mis fin aux fonctions d'un médecin responsable de l'information médicale par l'autorité administrative compétente (directeur d'établissement dans les établissements publics de santé), les démarches procédurales nécessaires doivent être engagées, afin que les droits de la défense de l'intéressé soient protégés – consultation du dossier –, notamment lorsque la mesure de cessation de la fonction est prise en considération de la personne (👁 Cour administrative d'appel, PARIS, 26/10/2004, *CH Nemours* - 00PA02112, *FJH*, n° 078, 2005, p. 367. Disponible dans sa version numérique sur: www.hopitalex.com).

Il faut préciser que l'existence en France du dispositif du PMSI et la manière dont sa gestion est assurée, en vue de procéder à l'évaluation de l'activité des établissements de santé, constituent une exception au principe du secret médical, au droit à la confidentialité des informations des patients qui figure à l'article L1110-4 du CSP. En même temps, l'exigence d'une interprétation stricte du principe du secret médical en droit français conduit à ce que l'exception au secret médical ne peut être admise que si les informations médicales à caractère secret sont transmises à un autre professionnel qui, malgré son absence à la participation à la prise en charge médicale du patient, doit obligatoirement avoir la qualité de médecin.

C'est pour cette raison que le DIM se trouve sous l'autorité du médecin responsable de l'information médicale. L'importance de ce dernier, dans les établissements de santé, est telle qu'un certain nombre de dispositions le concernant sont codifiées au sein du CSP justement, afin de préciser son rôle et concilier la gestion des informations médicales dans l'hôpital avec les exigences découlant du principe du secret médical.

En vertu de l'article L6113-7 du CSP, les praticiens dans les établissements de santé publics et privés doivent transmettre les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation de ceux-ci au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement. Lorsque ces praticiens ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent en vertu de cet article, leur rémunération fait l'objet de la retenue prévue à l'article 4 de la loi des finances rectificative pour 1961 (retenue du salaire pour absence de service fait). L'on peut relever qu'il s'agit là d'un des rares cas où la sanction est pécuniaire et clairement annoncée.

L'article R6113-4 du CSP précise les obligations respectives du médecin responsable de l'information médicale et des autres praticiens impliqués dans le processus de la circulation des informations au sein de l'établissement

qui sont les praticiens responsables d'une structure médicale ou médico-technique ou ceux ayant dispensé des soins au patient (voir supra).

Tous les médecins chargés de la collecte des données médicales nominatives ou du traitement des fichiers comportant de telles données sont soumis à l'obligation de secret dont la méconnaissance est punie conformément aux articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.

Depuis l'entrée en vigueur de la réglementation dite RGPD au printemps 2018 et la nécessité de protéger les données, il est désormais prévu que « sont soumis à l'obligation de secret dont la méconnaissance est punie conformément aux articles 226-13 et 226-14 du Code pénal :

1° Les personnes de l'établissement de santé ou de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire qui contribuent au traitement des données à caractère personnel mentionnées à l'article R. 6113-1 sous l'autorité du médecin responsable de l'information médicale ;

2° Les personnes intervenant sur le matériel et les logiciels utilisés pour le traitement des données à caractère personnel mentionnées à l'article R. 6113-1 ;

3° Les commissaires aux comptes qui ont accès, pour consultation uniquement et sans possibilité de création ou de modification, à des données à caractère personnel mentionnées à l'article R. 6113-1, dans le cadre de leur mission légale de certification des comptes des établissements de santé mentionnée à l'article L. 6145-16 ;

4° Les prestataires extérieurs qui contribuent sous la responsabilité du médecin responsable de l'information médicale au traitement des données à caractère personnel mentionnées à l'article R. 6113-1 dans le cadre de leur contrat de sous-traitance.

Les commissaires aux comptes et les prestataires extérieurs mentionnés aux deux alinéas précédents peuvent accéder aux seules données à caractère personnel nécessaires mentionnées à l'article R. 6113-1 dans la stricte limite de ce qui est nécessaire à leurs missions ».

Le décret du 26 décembre 2018 modifie le Code de la santé publique afin d'adapter les pratiques du DIM (département d'information médicale) à la protection des données personnelles, après la parution de la loi du 20 juin 2018.

Après avis selon le cas de la commission médicale d'établissement, ou, pour les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire, du collège médical ou de la commission médicale de groupement, ou de la conférence médicale, le représentant de l'établissement ou le représentant de l'établissement support pour les établissements partie à un groupement hospitalier de territoire prend toutes dispositions utiles, en liaison avec le président de ces instances et le médecin res-

pensable de l'information médicale, afin de préserver la confidentialité des données médicales nominatives. Ces dispositions concernent notamment l'étendue, les modalités d'attribution et de contrôle des autorisations d'accès ainsi que l'enregistrement des accès.

L'article R6113-7 du CSP s'arrête sur la place du patient soigné dans l'établissement dans le cadre du processus de collecte et du traitement des informations le concernant en vue de l'analyse d'activité de l'établissement et sur la relation patient-médecin responsable de l'information médicale.

En effet, les patients doivent être informés par le livret d'accueil ou par tout autre document écrit que :

- des données les concernant font l'objet d'un traitement automatisé dans les conditions fixées par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

- ces données sont transmises au médecin responsable de l'information médicale et, depuis le décret du 26 décembre 2018, aux personnes intervenant sous son autorité dans l'établissement et sont protégées par le secret médical ; et que ces mêmes données donnant lieu à facturation peuvent faire l'objet d'une consultation aléatoire de traçabilité par le commissaire aux comptes dans sa fonction de certificateur des comptes annuels de l'établissement (là aussi, inséré par le décret du 26 décembre 2018) ;

- ils peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification et que ce droit s'exerce, le cas échéant, auprès du médecin responsable de l'information médicale dans l'établissement, directement ou par l'intermédiaire du praticien responsable de la structure médicale dans laquelle ils ont reçu des soins ou du praticien ayant constitué leur dossier ;
- ils ont le droit de s'opposer, pour des raisons légitimes, au recueil et au traitement de données nominatives les concernant, dans les conditions fixées à l'article 38 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978. Ce droit ne s'applique pas aux traitements devant être autorisés par un acte réglementaire pris après avis motivé de la CNIL (article 15), c'est-à-dire les traitements automatisés d'informations nominatives opérés pour le compte de l'État, d'un établissement public ou d'une collectivité territoriale ou d'une personne morale de droit privé gérant un service public.

Une fois les informations médicales traitées par le médecin responsable du DIM, celui-ci transmet à la CME ou à la conférence médicale et au représentant de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales. Ces informations sont transmises systématiquement ou à la demande. Elles consistent en statistiques agrégées



ou en données par patient, constituées de telle sorte que les personnes soignées ne puissent être identifiées. Par la suite, c'est le représentant de l'établissement qui adresse lui-même aux services centraux ou déconcentrés des ministères de la Santé et de la Sécurité sociale et aux organismes d'assurance maladie ainsi qu'aux agences régionales de santé des statistiques de caractère non nominatif. La commission ou la conférence médicale reçoit préalablement communication de ces statistiques. Après avis de la CME, le directeur doit ainsi prendre toutes les dispositions utiles en liaison avec le président de la CME et le médecin responsable de l'information médicale, afin de préserver la confidentialité des données médicales nominatives. Ces dispositions concernent notamment l'étendue, les modalités d'attribution et de contrôle des autorisations d'accès ainsi que l'enregistrement des accès.

Les instances compétentes de l'établissement définissent, après avis de la CME, les modalités de mise en œuvre du recueil, du traitement, de la validation et de la transmission interne des données médicales définies au 1° de l'article R. 6113-2 ou recueillies à l'initiative de l'établissement, et notamment les obligations des praticiens concernés quant à la transmission et au contrôle de la qualité des données ainsi que leur droit au retour d'informations.

Sur la base et dans la limite des données fournies par les praticiens et transmises par le médecin responsable de l'information médicale dans les conditions fixées à l'article R. 6113-8, le représentant de l'établissement ou, pour les activités de soins exploitées en commun par un groupement de coopération sanitaire autorisé à facturer les soins dans les conditions fixées à l'article R. 6133-14, l'administrateur du groupement adresse aux services centraux ou déconcentrés des ministères de la santé et de la sécurité sociale et aux organismes d'assurance-maladie ainsi qu'aux agences régionales de santé des statistiques de caractère non nominatif, sous une forme et selon des modalités qui sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de la commission des systèmes d'information des établissements de santé.

La commission ou la conférence médicale reçoit préalablement communication de ces statistiques.

Chaque établissement de santé a accès, sur la demande de son représentant, aux informations le concernant, issues des données qu'il a transmises en application de l'article R. 6113-10, qui sont détenues par les services centraux ou déconcentrés des ministères de la santé et de la sécurité sociale et par les organismes d'assurance-maladie et les agences régionales de santé.

B. Les personnels non médicaux

Au sein du DIM, le médecin responsable de l'information médicale peut être assisté par des personnels administratifs et techniques comme c'est le cas par exemple des techniciens de l'information médicale (TIM) qui seront chargés des aspects techniques de la

collecte et du traitement des informations médicales nécessaires à l'évaluation et à la tarification de l'activité de l'établissement de santé. Un statut propre au métier du TIM n'existe pas à l'heure actuelle, ni en ce qui concerne le secteur public, ni en ce qui concerne le secteur privé. Néanmoins, dans les établissements publics de santé, les TIM sont nommés dans le corps de technicien supérieur hospitalier dont le statut figure dans le décret du 27 juin 2011. Son article 3 précise que les techniciens supérieurs hospitaliers de 2e classe et les techniciens supérieurs hospitaliers de 1re classe accomplissent leurs missions ou travaux dans les spécialités regroupées dans les domaines mentionnés au I et dans celles correspondant aux domaines suivants : [...]

3° Télécommunications, systèmes d'information et traitement de l'information médicale.

Des personnels administratifs viennent compléter l'équipe, selon l'importance du service.

III. LE DIM DE TERRITOIRE

Les traitements de données nominatives prévus dans chaque établissement de santé font l'objet avant leur mise en œuvre d'une demande d'avis ou d'une déclaration préalable de l'établissement support pour le compte de l'ensemble des établissements parties auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés.

La création des groupements hospitaliers de territoire a, nécessairement, abouti à créer des DIM de territoire. Un Guide leur a été dédié en 2017.

Cette fonction est dévolue à l'établissement support depuis la loi Santé de 2016. Ce DIM de territoire est créé à partir des départements de l'information médicale existants dans les établissements parties, et procède à l'analyse de l'activité de tous les établissements parties. Il est sous la responsabilité d'un médecin, désigné par le directeur de l'établissement support sur proposition du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement. Les praticiens lui transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité. Ses missions sont définies à l'article R. 6113-11-3 du code de la santé publique :

1° Préparer les décisions des instances compétentes des établissements parties, mentionnées à l'article R. 6113-9, afin d'assurer l'exhaustivité et la qualité des données transmises, au travers d'un plan d'action présenté devant le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire ;

2° Participer à l'analyse médico-économique de ces données, en vue de permettre leur utilisation dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet

d'établissement des établissements parties et du projet médical partagé, ainsi que des missions définies à l'article R. 6113-8;

3° Contribuer à la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients, dans les conditions définies à l'article R. 6113-6;

4° Contribuer aux travaux de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico-économique des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

L'organisation du DIM de territoire est définie par le médecin responsable du DIM de territoire en fonction des besoins et des ressources existantes, et s'appuie sur les différents professionnels du DIM, dans le but d'articuler au mieux les missions à mettre en œuvre à l'échelle d'un établissement, et celles à mettre en œuvre à l'échelle du GHT. Il peut être un pôle inter-établissements.

Les coûts de gestion du DIM de territoire, comme pour l'ensemble des fonctions dévolues à l'établissement support, sont retracés dans le budget annexe G de l'établissement support.

Le médecin DIM de territoire a des fonctions étendues. Il est désigné par le directeur de l'établissement support sur proposition du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement. Il a ainsi autorité fonctionnelle sur les personnels du département d'information médicale. Il coordonne les relations entre le département de l'information médicale de territoire et les instances médicales de chacun des établissements parties au groupement; il fait le lien entre le DIM et les instances du GHT. À ce titre, il rend compte, au moins une fois par an, de l'activité des établissements parties au comité stratégique du groupement hospitalier de territoire.

Un médecin référent du département de l'information médicale de territoire assiste à la commission médicale des établissements parties au groupement.



L'organisation du DIM de territoire est définie par le médecin responsable du DIM de territoire en fonction des besoins et des ressources existantes.



POUR ALLER PLUS LOIN...

1. Codes

Code de la santé publique: Articles L. 6113-1 et s., L. 1110-4, R. 6113-1 à R. 6113-11

Code pénal: Articles 226-13, 226-14, 226-20

2. Arrêtés

Arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du Code de la santé publique

Arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement

Arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite et de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du Code de la santé publique

Arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du Code de la santé publique

- <http://hopitalex>
- <http://bnds>

