

**GROUPE DE TRAVAIL SUR L'EVOLUTION DU DMI2**  
**Proposition de rapport d'étape**  
**Avril 2004**

## SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	2
I) Présentation du dispositif DMI2 :.....	3
1. Historique :.....	3
2. Principales caractéristiques du dispositif DMI2 : .....	4
II) Le groupe de travail sur l'évolution du DMI2 : .....	6
1. Identification des points forts et des points faibles :.....	6
2. Constitution du groupe de travail sur l'évolution du DMI2 :.....	6
III) L'état d'avancement des travaux des 3 sous groupes :.....	7
1. Sous groupe n° 1 : redéfinition des objectifs en fonction des besoins des utilisateurs .....	7
2. Sous groupe n° 2 : amélioration de l'outil informatique.....	10
3. Sous groupe n° 3 : amélioration, développement et diffusion des productions DMI2 ....	13
ANNEXE N°1 : Dispositif général lié au DMI2.....	15
ANNEXE N°2 : liste des établissements et services hospitaliers inscrits dans le dispositif DMI2 .....	16
ANNEXE N° 3 : Liste des professionnels volontaires pour le groupe de travail sur l'évolution du DMI2 .....	17
ANNEXE N° 4 : Liste des participants aux 3 sous groupes de travail sur l'évolution du DMI2 .....	22
ANNEXE N° 5 : .....	23
Sous groupe n°1 : redéfinition des objectifs du DMI2.....	23
ANNEXE N° 6 : .....	26
Sous groupe n°1 : Tableau des principaux objectifs - « Document martyr ».....	26
ANNEXE N° 6 bis : .....	29
Tableau des principaux objectifs retenus par le sous groupe n°1 .....	29
ANNEXE N° 7 : .....	32
Problèmes soulevés pour la détermination du circuit informatique du DMI2 .....	32

Dans les suites du rapport 2002 « Prise en charge des personnes infectées par le VIH », coordonné par le Pr. Delfraissy, un comité de pilotage sur l'organisation des soins et la qualité de la prise en charge des personnes infectées par le VIH a été mis en place fin 2002. Les membres de ce comité, s'inquiétant de l'avenir du logiciel DMI2, ont demandé en janvier 2003 qu'un groupe de travail réfléchisse à son évolution.

Ce rapport d'étapes présente, tout d'abord, le dispositif DMI2 (historique et principaux aspects du logiciel – I -) ainsi que le contexte de création du groupe de travail sur son évolution (II), et rend compte de l'état d'avancement de ces travaux (III).

## **I) Présentation du dispositif DMI2 :**

### **1. Historique :**

Dès 1987, en réponse à l'émergence de l'épidémie à VIH, ont progressivement été créés, sur l'ensemble du territoire, des centres d'information et de soins sur l'immunodéficience humaine (CISIH), dont une des missions est dévolue au développement du suivi et de la recherche épidémiologiques, cliniques et médico-économiques<sup>1</sup>.

Pour favoriser cette démarche, un dispositif a été mis à disposition des CISIH et des centres hospitaliers :

- dès 1988, un premier système d'information (DMI I), créé par le ministère (mission SIDA de la direction des hôpitaux)<sup>2</sup>, centré sur les recours hospitaliers des patients et leurs principaux aspects médico-économiques ;
- dès 1989, à la demande de M. Alain Pompidou (à l'époque conseiller Sida au cabinet du ministre de la santé), un programme informatique, le DMAC (dossier médical minimum anonyme commun), créé par l'INSERM SC n°4, centré sur le patient pris en charge à l'hôpital et les aspects médico-épidémiologiques de l'épidémie.
- pour assurer la gestion de l'ensemble de ces données, et de leurs bases informatiques, des postes de techniciens d'études cliniques (TEC) ont été créés à partir de 1987 et mis à disposition des CISIH.

Dès le début 1990, la Direction des hôpitaux et l'INSERM ont affirmé la volonté d'unifier leur programme d'information, et envisagé un projet de fusion des 2 systèmes d'information. Après l'avis favorable de la CNIL du 27 novembre 1991 (J.O. du 17 janvier 1992)<sup>3</sup>, le nouveau logiciel, le DMI2, a été déployé dans les services hospitaliers volontaires des CISIH à partir de 1992.

Le logiciel est propriété du Ministère en charge de la santé, mais la base est gérée conjointement par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (mission Sida puis bureau E2 « qualité et sécurité des soins en établissements de santé ») et par l'équipe de l'INSERM EMI 0214 (« Epidémiologie clinique et thérapeutique de l'infection à VIH », qui a fait suite au SC4).

---

<sup>1</sup> Lettre DH/SPE n° 7223 du 2 juin 1988 relative aux centres d'information et de soins pour l'immunodéficience humaine

<sup>2</sup> création du SESI : service des statistiques, des études et des systèmes d'information

<sup>3</sup> Arrêté du 27 novembre 1991 autorisant le traitement informatisé des dossiers médico-économiques et épidémiologiques de l'immunodéficience humaine dans les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine et autres établissements hospitaliers

Avec la création fin 2000 de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la gestion informatique assurée en direct par le bureau E2 a progressivement été transférée à cette agence à partir de 2003.<sup>4</sup>

## 2. Principales caractéristiques du dispositif DMI2<sup>5</sup>:

Ce logiciel hospitalier, centré sur le patient, a pour but de saisir et de traiter des informations de nature médicale, clinique, épidémiologique et d'activité hospitalière, concernant les patients infectés par le VIH et suivis dans les services hospitaliers utilisant le DMI2.

Ses fonctionnalités ont été adaptées à l'évolution de l'épidémie et de sa prise en charge. Ainsi initialement, des données d'ordre économique étaient recueillies à partir d'un échantillonnage de patients. Ces données pouvant être obtenues par ailleurs (enquêtes spécifiques, PMSI), ce type de recueil a été abandonné en 1999. Au cours du second semestre 2004, la version 16.1 du logiciel sera installée.

### *L'implantation hospitalière :*

Le logiciel DMI2 est implanté dans 62 services hospitaliers répartis dans 29 des 30 CISIH<sup>6</sup>. Sous forme anonymisée et cryptée, les informations sont transmises, par support informatique, tous les semestres au niveau national. Les deux bases nationales - INSERM et DHOS – sont légèrement différentes : en effet, l'INSERM accepte d'insérer dans sa base les données de tous les services quelle que soit la date d'installation du logiciel ; par contre, jusqu'à présent, la DHOS n'accepte pas de nouveau service et insère les données de 57 services hospitaliers («base historique» existante depuis 1992 - cf. en annexe n°2 la liste actualisée des services hospitaliers ayant transmis leurs données jusqu'à fin 2002 à l'ATIH). L'assistance technique est assurée par l'ATIH depuis le premier semestre 2003. Les demandes de codages des médicaments et des pathologies sont effectuées auprès de l'ATIH par les techniciens d'études cliniques (TEC). Les codages sont transmis par l'ATIH, soit à la demande soit à l'ensemble des TEC pour actualisation annuelle, après des procédures de validation (notamment en ce qui concerne les pathologies, par le Groupe d'Epidémiologie Clinique – GEC – regroupant des cliniciens sous la coordination de l'INSERM EMI214).

### *Les critères d'inclusion dans la base :*

Pour être inclus dans la base, le sujet doit répondre à quatre critères :

- être infecté par le VIH-1 ou le VIH-2,
- être suivi dans un CISIH,
- être âgé de 15 ans et plus,
- et avoir donné son consentement éclairé par écrit.

### *Les principales données recueillies :*

Lors du premier recours dans le CISIH, un "Dossier patient" est ouvert. Il comprend des données invariables (identification, sexe, groupe de transmission, date de première sérologie positive, notion de contage daté, antécédents cliniques de l'infection à VIH, ...). Les fiches de suivi comprennent des informations cliniques (pathologies classantes, autres diagnostics,...), biologiques (charge virale et CD4 notamment), et thérapeutiques (antirétroviraux, prophylaxies primaires et secondaires, traitements des manifestations cliniques). Ces données

<sup>4</sup> arrêté du 22/12/2003 modifiant l'arrêté du 27 novembre 1991 autorisant le traitement informatisé des dossiers médico-économiques et épidémiologiques de l'immunodéficience humaine dans les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine et autres établissements hospitaliers

<sup>5</sup> Cf. en annexe n°1 un schéma synthétique du dispositif

<sup>6</sup> 57 services hospitaliers transmettent leurs données à la DHOS et 62 à l'INSERM

sont recueillies à chaque hospitalisation (classique ou de jour) et à chaque consultation du patient, si un événement clinique et/ou thérapeutique s'est produit ou au moins tous les 6 mois.

*Une cohorte hospitalière unique :*

Les données incluses dans la base concernent une file active d'environ 96 000 personnes de 15 ans et plus, dont près de 89 000 suivies au moins une fois dans une période de 10 années, entre le 1<sup>er</sup> janvier 1992 et le 31 décembre 2002.

Figurent également dans la base près de 2 millions de recours en hospitalisation et en consultation.

*Les principales utilisations :*

- outil d'aide à la décision :

Les informations fournies par la base à la mission SIDA ont d'emblée constitué une aide au pilotage de la politique nationale d'organisation des soins aux personnes infectées, et ont permis d'apprécier l'accès aux soins des patients et les modalités de prises en charge hospitalière.

- exploitations nationales :

Les bases ont été utilisées pour de multiples exploitations locales et nationales. Les bases nationales sont principalement exploitées :

- par la DHOS :

- pour des productions médico-économiques régulières (BIM - Bulletin d'Information Médico-économique ; enquête 24 hôpitaux – interrompue fin 2002 - ; suivi semestriel de la consommation des antirétroviraux – arrêté depuis la fin du second semestre 2001) ;

- pour des publications de synthèse « les chiffres clés du sida et du VHC » (tous les deux ans) ;

- pour des exploitations médicales ponctuelles et thématiques, essentiellement : le suivi des échappements thérapeutiques, la planification des besoins en dosage de la charge virale plasmatique, l'estimation de la file active hospitalière, des travaux d'évaluation et de planification ;

- pour des recherches médico-économiques (notamment par mise à disposition de données à l'INSERM) ;

- par l'INSERM EMI 0214 :

- pour un suivi d'épidémiologie clinique (publication annuelle du « RICE » : retour d'information clinico-épidémiologique) ;

- pour des travaux initiés par le GEC et mis en place par l'INSERM dans le cadre de projets de recherche et d'études scientifiques ;

- pour des publications et interventions nationales et internationales, notamment à partir de travaux de recherche clinico-épidémiologique.

Au total, il s'agit d'un outil commun unique pour une pathologie donnée :

- utilisé par un réseau multicentrique réparti dans la France entière,
- générant une richesse d'informations médicales, cliniques et thérapeutiques longitudinales,
- à partir d'une cohorte hospitalière exceptionnelle par sa taille, son contenu et son historicité,
- avec un recueil et un traitement fiable et de qualité assurés localement par les techniciens d'études cliniques.

## **II) Le groupe de travail sur l'évolution du DMI2 :**

Dans les suites du rapport 2002 du Pr. Delfraissy, une consultation des CISIH a été organisée fin 2002. Le questionnaire comportait des items relatifs au DMI2 et a permis d'identifier les forces et les faiblesses de ce dispositif, pointés par les répondants (1). Ces données ont servi de point de départ aux travaux du groupe constitué (2).

### **1. Identification des points forts et des points faibles :**

*Les points forts* ont été soulignés :

- aspect unique de cet outil médico-épidémiologique, orienté sur le patient ;
- richesse et l'antériorité de la base de données ;
- intérêt pour les informations épidémiologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques ; pour l'activité hospitalière et comme outil d'aide à la décision, que ce soit d'ordre local ou national ;
- aspect structurant du dispositif basé sur plus de 60 services hospitaliers et 120 techniciens d'études cliniques.

Par contre, des inquiétudes ont été formulées face aux *faiblesses identifiées* :

manques d'informations, principalement sur les co-infections, sur certaines données socio-démographiques et habitudes de vie, sur l'impact des traitements ;  
qualité des données non consolidée, depuis, entre autres, l'interruption des audits externes de qualité effectués par l'INSERM ;  
manque de convivialité de l'outil ;  
peu de compatibilité avec les différents systèmes informatisés de plus en plus utilisés dans les services hospitaliers ;  
utilisation et valorisation insuffisantes des données ;  
interruption de la formation des TEC depuis 1999, avec des prises de fonction de nouveaux TEC non formés et une absence de formation continue.

### **2. Constitution du groupe de travail sur l'évolution du DMI2 :**

Un appel à candidature a été lancé pour participer à un groupe de travail lors de l'envoi du questionnaire CISIH et auprès des membres du comité de pilotage sur l'organisation des soins et la qualité de la prise en charge des personnes infectées par le VIH. Près de 40 professionnels se sont portés volontaires pour participer à ce groupe<sup>7</sup>.

Une première réunion le 5 septembre 2003 a permis d'entériner la constitution de 3 sous groupes de travail, avec les principaux thèmes suivants :

sous groupe n°1 « redéfinition des objectifs en fonction des besoins des utilisateurs », en charge d'une réflexion :

\* sur les besoins des utilisateurs (locaux, régionaux, nationaux), la définition des objectifs, les axes de collaboration, l'actualisation des variables ;

sous groupe n°2 « amélioration de l'outil informatique », menant une réflexion :

\* sur la compatibilité du logiciel, sa convivialité, la transmission des données ;

---

<sup>7</sup> Cf. liste des participants au groupe de travail en annexe n°3

sous groupe n° 3 « amélioration, développement et diffusion des productions DMI2 », en charge :

\* de la réflexion sur la formation des TEC, la qualité des données, les exploitations, la communication sur les exploitations, la diffusion des bases.

*L'organisation des travaux :*

Chaque sous groupe comprend entre 10 et 15 professionnels, la majorité émanant du groupe de travail lui-même et une minorité s'étant portée volontaire pour travailler uniquement dans un sous groupe (la liste complète des membres des 3 sous groupes est consultable en annexe n° 4).

Un co-pilotage, en binôme avec le bureau E2 de la DHOS, est assuré dans chacun des sous groupes par un professionnel *ad hoc* volontaire :

\* pour le sous groupe n°1, co-pilotage de Mme Dominique Costagliola, directrice du service de l'INSERM.EMI 0214 ;

\* pour le sous groupe n°2, co-pilotage de Mme Annik Rivet, ATIH ;

\* pour le sous groupe n°3, co-pilotage de Mme Christel Poirot, technicienne d'études cliniques à l'hôpital Tenon, AP-HP.

Les réunions suivantes ont été organisées :

pour le sous groupe n°1, 4 réunions (10 octobre, 5 novembre et 5 décembre 2003, 3 mars 2004) ;

pour le sous groupe n°2, 2 réunions (14 octobre et 27 novembre 2003) ;

pour le sous groupe n°3, 2 réunions (16 octobre et 5 décembre 2003, 30 mars 2004).

Il a été possible de collaborer aux travaux de deux manières : soit par participation directe aux réunions de travail, soit par consultation par courrier électronique.

Des experts et/ou professionnels ont été invités soit à participer soit à faire part de leurs réflexions et besoins : participation du bureau E3 de la DHOS (systèmes d'information hospitaliers et PMSI) au sous groupe n°2 ; invitation de représentants de l'Afssaps<sup>8</sup> et de l'InVS (institut de veille sanitaire) pour qu'ils fassent part de leurs besoins aux membres du sous groupe n°1.

Les travaux ont été validés après les comptes-rendus des co-pilotes et par consensus successifs.

### **III) L'état d'avancement des travaux des 3 sous groupes :**

#### **1. Sous groupe n° 1 : redéfinition des objectifs en fonction des besoins des utilisateurs**

Au cours des 3 réunions, les besoins des utilisateurs (a) ainsi que les objectifs principaux et intermédiaires (b) ont été définis.

##### **a. Les besoins des utilisateurs :**

Les besoins des principaux utilisateurs ont été re-précisés (cf. en annexe n°5 un tableau plus complet regroupant les principaux utilisateurs, le résumé de leurs besoins et les commentaires y afférant faits en cours de réunions) :

---

<sup>8</sup> Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

*pour l'INSERM EMI 0214 et le GEC (groupe d'études cliniques à l'INSERM) :*

attentes d'un outil de recherche épidémiologique et d'alerte pour :

- \* décrire, suivre et analyser l'épidémiologie clinique du VIH et son évolution
- \* repérer les nouvelles tendances (complications associées à la maladie ou aux traitements - échecs thérapeutiques – problème d'observance..)
- \* assurer un retour d'information et une surveillance à la demande (autres unités de l'Inserm telle que l'U593, afssaps, associations,...) ;

*pour la DHOS :*

besoin d'un outil d'analyse pour disposer de données sur l'évolution de l'activité, de la file active, des modalités de prise en charge, sur l'évaluation des pratiques et sur la qualité des soins

*pour la DGS :*

intérêt pour toutes les données de suivi si elles permettent une approche pour la surveillance de l'épidémie, la prévention, l'évolution de la consommation médicamenteuse, des analyses spécifiques, la participation au système de veille et d'exploration d'une éventuelle alerte.  
intérêt également dans les relations avec les services déconcentrés

*- pour les CISIH et les services hospitaliers :*

besoin d'un outil pour :

- \* décrire, suivre et analyser l'activité
- \* utiliser comme outil de recherche (inclusions dans des essais thérapeutiques, dans des protocoles )
- \* mieux appréhender localement les pratiques médicales ;

*pour l'administration hospitalière :*

besoin d'un outil d'analyse permettant de :

- \* fournir des tableaux de bord de suivi : file active, activité
- \* réorienter les moyens au sein des services, selon l'activité (par ex : de l'intra vers les consultations..)
- \* d'argumenter auprès des tutelles à partir de données fiables ;

*pour les services déconcentrés (DRASS, DDASS, ARH) :*

besoin d'un outil d'analyse pour :

- \* aider à la planification et à l'évaluation (données médicales et d'activité hospitalière)
- \* aider à l'élaboration de plans de lutte contre le sida
- \* participer au système de veille et d'exploration d'une éventuelle alerte ;

*pour les institutions publiques (comme l'Afssaps, l'InVS,..) :*

besoin d'informations pour faire des analyses spécifiques (médicaments, évaluation des pratiques, ...), pour optimiser leur participation au système de veille et pour explorer une éventuelle alerte ;

*pour les associations :*

attente d'informations qui permettent d'améliorer la connaissance du virus, de participer au système d'alerte (notamment quant aux effets secondaires des traitements), et attente d'un dispositif pour accéder facilement à ces informations actualisées.

**b. Les objectifs en fonction de l'identification des besoins :**

Un premier tableau d'objectifs principaux et intermédiaires a été présenté pour servir de base aux discussions, et le tableau suivant a été retenu (Cf. l'annexe n°6 qui présente le premier tableau et retrace les principaux motifs ayant amené à retenir ou non les objectifs, et l'annexe n°6-bis comportant le tableau retenu avec leur faisabilité dans le DMI2).

Objectifs principaux	Objectifs intermédiaires
<b>A décliner au niveau local, régional et national</b>	
<b>Décrire, suivre et analyser l'épidémiologie clinique de l'infection à VIH</b>	suivre la prévalence des infections à VIH prises en charge dans les services hospitaliers participant au recueil suivre l'incidence des infections à VIH prises en charge dans les services hospitaliers participant au recueil suivre la répartition de l'infection par sexe suivre la répartition de l'infection par âge suivre la répartition de l'infection par mode de transmission suivre la répartition par origine géographique en s'alignant sur les données déjà demandées par l'InVS dans les DO suivre les incidences des principales pathologies associées suivre des co-morbidités spécifiques : cancers, hépatites suivre les traitements antirétroviraux suivre certains effets secondaires des traitements antirétroviraux correspondant à des événements cliniques bien caractérisés (comme infarctus du myocarde ou ostéonécrose) suivre les principales caractéristiques des nouveaux cas de sida suivre le délai entre le diagnostic de la séropositivité et le passage au stade sida suivre la distribution des CD4 et des charges virales suivre les décès et leurs caractéristiques, en différenciant la cause immédiate de la cause initiale fournir des informations sur les ARV à l'AFSSAPS (CEPS) : (population cible, estimation des patients naïfs, associations et prescriptions les plus fréquentes, effets sur les CD4 et CV, impact sur l'environnement thérapeutique) évaluer le nombre de consultations d'observance demander au comité de pilotage sur l'amélioration et la qualité de la prise en charge des personnes infectées par le VIH qu'il soit fait mention dans le texte d'organisation des futurs CISIH de la nécessité de fournir des données DMI2
<b>Repérer les nouvelles tendances, dont les spécificités locales, et participer à l'exploration des alertes</b>	analyser les caractéristiques émergentes des nouveaux patients infectés (répartition par sexe, origine géographique, stade de la maladie...) analyser les nouveaux effets secondaires liés aux traitements antirétroviraux analyser les évolutions des co-morbidités et pathologies associées Aider à l'exhaustivité des DO de l'infection à VIH et du Sida
<b>Décrire, suivre et analyser les principaux aspects de l'activité hospitalière vis à vis de l'infection à VIH</b>	estimer la file active hospitalière et ses caractéristiques suivre l'évolution des types de recours à l'hôpital élargir la base DMI2 à tout service qui en fait la demande
<b>Participer à l'évaluation des pratiques et de la qualité de la prise en charge</b>	Evaluer le respect des bonnes pratiques telles que recommandées dans le rapport Delfraissy (thérapeutiques et suivi) Evaluer le suivi psycho-social Comparer les pratiques entre établissements, entre CISIH, entre régions identifier les professionnels <i>ad hoc</i> capables d'approfondir la question psycho-sociale et surtout l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

<p><b>Aider à la réflexion sur la prévention et le dépistage</b></p>	<p><i>Pour le dépistage et la prévention :</i>                  suivre les caractéristiques des personnes arrivant tard dans le système de soins pour cibler les interventions de dépistage et de prévention                  suivre les caractéristiques des personnes perdues de vue ou ayant un suivi irrégulier pour cibler les interventions de dépistage et de prévention</p>
<p><b>Améliorer la gestion du dispositif DMI2</b></p>	<p>assurer la diffusion de données générales et spécifiques → cf. <i>les travaux des sous groupes n°2 et 3</i>                  favoriser le partenariat avec les différents institutions, agences, instituts en matière de suivi et de surveillance de l'épidémie de sida                  assurer la formation initiale et continue des techniciens d'études cliniques → cf. <i>les travaux du sous groupe n°3</i></p>

## 2. Sous groupe n° 2 : amélioration de l'outil informatique

Ce sous groupe s'est surtout attaché à aborder les problèmes de compatibilité avec les logiciels à vocation médicale (DMI : dossier médical informatisé), qu'ils soient spécifiques ou non à l'infection à VIH, et qui sont de plus en plus implantés dans les établissements de santé. Le bureau E3 de la DHOS en charge des systèmes d'information hospitaliers et du PMSI, a été convié en tant qu'expert.

Au cours des 2 réunions ont été proposés un schéma sur le circuit du DMI2 (a) ainsi qu'une liste d'actions (b).

### a. Le circuit du DMI2 et les principaux problèmes techniques :

Dans le souci d'assurer la pérennité des données DMI2, il est proposé que le logiciel DMI2 tienne compte de l'évolution de l'environnement technique hospitalier et s'inscrive à part entière dans le système d'information hospitalier (SIH) mis en œuvre dans l'établissement de santé où il est implanté. Pour ce faire, le circuit proposé essaie de concilier les impératifs de confidentialité et de qualité des données, et la compatibilité entre les systèmes d'information hospitaliers.

L'INSERM et la DHOS sont avant tout demandeuses de données fiables et de qualité, quel que soit le support informatique existant, le DMI2 constituant le cadre de ces données. De ce fait, sachant que le ministère est l'initiateur du logiciel DMI2, il ne s'agit pourtant pas pour le groupe de travail de promouvoir tel ou tel outil, mais plutôt de garantir la production de données et ainsi de s'orienter vers la détermination d'un formats d'échanges entre le DMI2 et tout autre dossier médical informatisé (DMI).

(Cf. le schéma proposé en page suivante).

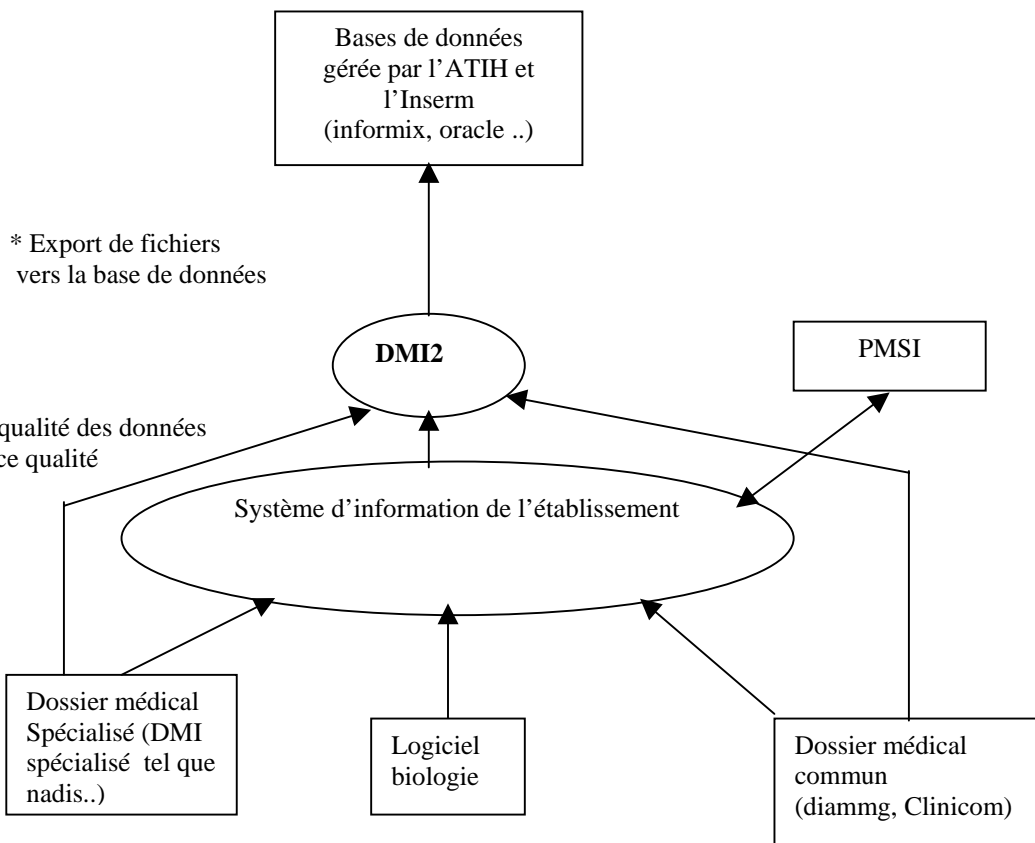
**Au niveau national :**

**Au niveau des Etablissements :**

Anonymisation  
 protocoles de contrôle de la qualité des données  
 rôle des TEC dans l'assurance qualité

Compatibilité avec fichiers  
 (format DHOS-ATIH)

Exemples de logiciels  
 de saisie :



Lors de l'élaboration de ce circuit, différents problèmes ont été soulevés, avec détermination de propositions. Cela a concerné principalement l'anonymisation des données, leur cryptage, le contrôle de la cohérence des données, le codage des pathologies et des actes.

Les préconisations suivantes ont été faites :

- Dans un premier temps, l'utilisation locale du DMI2 apparaît encore indispensable avant tout transfert au niveau national des bases de données locales utiles au DMI2, pour un contrôle local de cohérence et pour la confidentialité des données (anonymisation ; cryptage).
- Le contrôle de la cohérence des données doit être protocolisé au niveau local.
- Pour les codages, une harmonisation est souhaitée: entre les codages de pathologies « DMI2 » et celles du PMSI :

pour éviter les doubles voire les triples saisies et pour tenir compte du futur déploiement de la T2A (tarification à l'activité) dans tous les établissements de santé, il devient nécessaire d'harmoniser les codages et de disposer de thésaurus et de référentiels communs (et/ou compatibles) :

- 1- répertoire les codes CIM 10 « sauvages » dans le DMI2 (voir avec le thésaurus existant et l'ATIH)
- 2- Envisager une rencontre entre les cliniciens (notamment du GEC) et les spécialistes du PERNNS (ATIH) pour réflexion sur une procédure d'harmonisation des codages.

(cf. en annexe n°7 un résumé de la teneur des débats sur ces thèmes).

En conclusion des débats, il a été préconisé de *se rapprocher des institutions normatives*, pour mettre le DMI2 le plus possible en conformité et/ou en adéquation avec les normes techniques et professionnelles existantes :

en ce qui concerne les codages (ATIH pour le PMSI, la CCAM et l'équivalent du PERNNS) ;  
 en ce qui concerne les systèmes d'information hospitaliers (bureau E3 de la DHOS ; GMSIH<sup>9</sup>, notamment pour la normalisation de l'identification des patients).

La liste des actions :

Un plan d'actions, présentant les objectifs opérationnels, la méthode de travail avec les personnes ressources et un premier calendrier, a été adopté.

<b>Sous groupe n°2 : améliorer l'outil informatique</b>		
<b>Objectifs opérationnels :</b>	<b>Méthode de travail / personnes ressources</b>	<b>Calendrier de début des travaux</b>
<b>Rédiger un cahier des charges pour les formats d'échanges entre le DMI2/FHDH et tout autre dossier médical informatisé (DMI), avec son guide d'utilisation</b>	Groupe de travail piloté par la DHOS (bureau E2), l'ATIH et l'Inserm Expertise du bureau E3 Rencontre avec les responsables PMSI Présentation au GMSIH	2 <sup>ème</sup> semestre 2004
<b>Elaborer la procédure de maintenance de ces formats</b>	Idem Appui du bureau E3	2005
<b>Rédiger l'arrêté correspondant à ce cahier des charges</b>	Idem Appui E3	2005
<b>Rédaction d'un protocole de contrôle de cohérence de données insérées au (ou à insérer dans le) DMI2</b>	Réunion ATIH –Inserm – DHOS + comité de pilotage DMI2	2 <sup>ème</sup> semestre 2004
<b>Harmoniser les codages DMI2 avec ceux de l'ATIH (PERNNS) :</b>  répertorier les codes CIM 10 du DMI2  organiser des réunions GEC/PMSI	Travaux coordonnées par l'ATIH et E2 :  Réunion pour répertorier les codes discordants  Réunions de concertation GEC/PMSI	1 <sup>er</sup> semestre 2004  2004
<b>Permettre la mise en réseau du DMI2</b>	Co-pilotage DHOS/ATIH Rencontre avec la CNIL + Rencontre avec les associations Constitution d'un dossier	2 <sup>ème</sup> semestre 2004

<sup>9</sup> GMSIH = groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers - chargé de travaux de définition et de standardisation des infrastructures de systèmes d'information (identification du patient, annuaires, politiques et services de sécurité), de normalisation de ces systèmes par des travaux d'expertise, de concertation et de consensus (normes informatiques existantes : AFNOR, au plan national, CEN, au plan européen et celles ISO, au plan international)

### 3. Sous groupe n° 3 : amélioration, développement et diffusion des productions DMI2

Pour affiner le plan d'actions proposé, le sous groupe a décidé d'améliorer ses connaissances sur l'utilisation courante du DMI2, les exploitations produites par les CISIH, et la répartition de la charge de travail des TEC.

Pour ce faire, un questionnaire à l'attention des TEC a été élaboré et envoyé courant janvier 2004 (par courrier papier et électronique). Une relance a été effectuée début avril, face au nombre important de non répondants (32 %).

Dans l'attente de cet approfondissement, une liste d'actions est proposé. Il est présenté dans le tableau suivant :

<b>Sous groupe n° 3 : Tableau des actions à mener - mars 2004</b>		
<b>Objectifs du sous groupe</b>	<b>Propositions d'actions</b>	<b>Responsable(s) / début des actions</b>
* <b>Participer à la mise en place d'une formation initiale et continue des TEC</b>	- saisie orale et écrite d'Epi'gest à M. Couty pour demander la (re)mise en place d'une formation des TEC	Epi'gest - Premier semestre 2004
	- saisie du bureau P2 et de l'OPRC pour la mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire sur la formation des TEC et ARC, avec choix d'un opérateur (dissocier la question de la formation de celle du statut)	Bureau E2 / Deuxième semestre 2004 pour débiter les réunions Un à deux ans de réflexions / négociations
* <b>Mieux connaître la répartition de la charge de travail des TEC</b>	- courrier auprès des CISIH pour leur demander de prévoir des stages pratiques pour tout TEC ayant pris ses fonctions sans formation initiale (dans l'attente d'une nouvelle formation)	Bureau E2 / Premier semestre 2004
	- Analyse du questionnaire adressé aux TEC  - Détermination d'un plan de communication sur les résultats du questionnaire	Bureau E2 / Deuxième semestre 2004  Bureau E2 – comité de pilotage du DMI2 – Epi'gest / Deuxième semestre 2004
* <b>Améliorer la qualité des données</b>	- Reprise des audits externes par l'Inserm (rythme et modalités de retour d'informations à déterminer)	Inserm / deuxième semestre 2004
	- Elaboration et diffusion d'une liste hiérarchisée des données essentielles à ne pas oublier de renseigner	Inserm- bureau E2 – ATIH / deuxième semestre 2004
	- Elaboration d'un protocole pour améliorer les déclarations des décès	Inserm- bureau E2 – ATIH / deuxième semestre 2004
	- Elaboration d'un nouveau guide de codage des pathologies, après harmonisation des codages avec la mission PMSI	Inserm (GEC) – E2 – ATIH (mission PMSI) / deuxième semestre 2004  Comité de pilotage DMI2 /

	- Rédaction d'un protocole sur la qualité des saisies et le contrôle interne de qualité	deuxième semestre 2004
<b>* Améliorer notre connaissance des exploitations locales des données</b>	- Analyse du questionnaire adressé aux TEC et communication des résultats	Bureau E2 Premier semestre 2004
<b>* Améliorer les productions nationales</b>	- Constitution d'un groupe de travail pour améliorer le BIM  - Consultation de professionnels et experts pour envisager comment utiliser le DMI2 pour participer à l'évaluation des pratiques professionnelles et à celle de la qualité des prises en charge	Bureau E2 - Comité de pilotage du DMI2 / deuxième semestre 2004  Bureau E2 – Inserm - Comité de pilotage du DMI2
<b>* Mieux communiquer sur les productions</b>	- Mise en ligne sur le site internet de l'Inserm du RICE et de listes de publications issus de la FHDH  - Utilisation du site du club des utilisateurs pour diffuser les productions locales après sélection et accord des responsables, avec procédure de validation par le comité de pilotage du DMI2, (pour l'usage interne des TEC)  - Utilisation d'un site « intercisih » s'il existe ( <i>selon les résultats des travaux du comité de pilotage sur les CISIH</i> )  - demander aux services déconcentrés d'utiliser au mieux les productions DMI2 comme outil d'aide aux états des lieux et aux suivis des futurs « nouveaux CISIH »	Inserm / premier trimestre 2004  Comité de pilotage du DMI2 / Club des utilisateurs du DMI2  Bureau E2 A partir de 2005

**ANNEXE N°1 : Dispositif général lié au DMI2**  
(Schéma élaboré par Mme Dominique Costagliola)



**Ministère de la Santé  
(DHOS)  
ATIH (depuis 2003)**

**Inserm E0214**

**Données Médico-Économiques**

**Données Épidémiologiques**

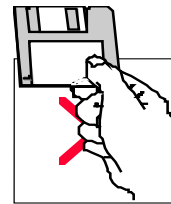
**62 Hôpitaux (France  
métropolitaine et DOM)  
29 CISH**



**Consultations  
Hospitalisations**

**Sérologie positive VIH-1  
ou VIH-2  
Signature d'un  
consentement libre et  
éclairé**

**Collecte de données  
standardisées**



**2 fois par an  
Transmission  
anonyme et cryptée**



**Logiciel DMI2 géré par  
les TEC**

**ANNEXE N°2 : liste des établissements et services hospitaliers inscrits dans le dispositif DMI2**

Hôpital	Hôpital	Hôpital	Hôpital
		Nîmes	St Denis
Antibes	Lariboisière	Pare Ambroise	St Etienne
Avicenne	Lille	Pitié Salpêtrière (Pr. Bricaire)	
Béclère Antoine	Lyon (Croix Rousse)	Pitié Salpêtrière (Pr. Herson)	
Belfort	Lyon (HD)	Poincaré Raymond	
Besançon	Lyon (HEH)	Reims	
Bicêtre	Marseille (Conception)	St Joseph	
Bichat	Marseille (IPC-GAS)	St Louis	
Bichat (Pr. Vilde)	Marseille Nord	Strasbourg	
Brousse Paul	Marseille (Ste Marguerite)	Tenon	
Caen	Martinique	Toulon	
Clermont Ferrand	Montpellier	Toulouse	
Cochin	Mourier Louis	Tours	
Dijon	Mulhouse	Verdier Jean	
Grenoble	Nancy	Rennes	
Guadeloupe	Nantes	Réunion	
Guyane	Necker Adulte	St Antoine (Pr. Girard)	
HEGP ( ex Broussais)	Nice	St Antoine (Pr. Imbert)	

**ANNEXE N° 3 : Liste des professionnels volontaires pour le groupe de travail sur l'évolution du DMI2**

**PARTICIPATION AUX REUNIONS DU GROUPE DE TRAVAIL**

<b>Noms et Prénoms</b>	<b>Professions + lieu d'exercice professionnel</b>	<b>Téléphone + Adresse électronique</b>	<b>Cadre pour la participation</b>
Dr Elvire Aronica	Médecin – DHOS bureau E2 – Paris	Tel : 01 40 56 50 17 / fax : 01 40 56 58 30 <a href="mailto:elvire.aronica@sante.gouv.fr">elvire.aronica@sante.gouv.fr</a>	Comités de pilotage DMI2 et infection VIH <sup>10</sup>
Mme Laure Beaujouan	Chargée d'études - Mission Sida, addictions, hépatites, soins aux détenus – AP HP Paris	Tel : 01 40 27 36 49 / fax : 01 40 27 31 21 <a href="mailto:laure.beaujouan@sap.ap-hop-paris.fr">laure.beaujouan@sap.ap-hop-paris.fr</a>	Comité de pilotage DMI2 et infection VIH
Dr Michelle Bentata	Médecin – Hôpital Avicenne – AP HP Paris	Tel : 01 48 95 51 44/ fax : 01 48 95 58 56 <a href="mailto:hiv.bentata@avc.ap-hop-paris.fr">hiv.bentata@avc.ap-hop-paris.fr</a>	Réponse favorable à l'appel à candidature
Dr Eric Billaud	Médecin – CHU de Nantes	Tel : 02 40 08 33 49 / fax : 02 40 08 31 13 <a href="mailto:eric.billaud@wanadoo.fr">eric.billaud@wanadoo.fr</a>	Commission de la formation de la FNCLS
Dr François Boué	Médecin – Hôpital Antoine Bécclère – AP HP Paris	Tel : 01 41 28 80 00 / fax : 01 46 31 22 77 <a href="mailto:francois.boue@abc.ap-hop-paris.fr">francois.boue@abc.ap-hop-paris.fr</a>	Comité de pilotage DMI2
Mme Christelle Braconnier	TEC - CHU de Dijon	Tel : 03 80 29 36 31 / fax : 03 80 29 36 38 <a href="mailto:christelle.braconnier@chu-dijon.fr">christelle.braconnier@chu-dijon.fr</a>	Réponse favorable à l'appel à candidature
M. Louis Brunel	ATIH- Lyon		
Dr Khadoudja Chemlal	DGS – SD6 – 6A : « lutte contre le VIH »	Tel : 01 40 56 72 80 <a href="mailto:khadoudja.chemlal@sante.gouv.fr">khadoudja.chemlal@sante.gouv.fr</a>	

<sup>10</sup> Il existe deux comités de pilotage : celui du logiciel DMI2, existant depuis 1992 ; celui sur « organisation des soins et qualité de la prise en charge des patients infectés par le VIH », appelé ici « comité de pilotage infection VIH » pour plus de commodité.

Mme Marie-Annick Chotard	AAH – CHU de Rennes	Tel : 02 99 28 43 32 / Fax : 02 99 28 41 82 <a href="mailto:marie-annik.chotard@chu-rennes.fr">marie-annik.chotard@chu-rennes.fr</a>	Comité de pilotage infection VIH
Dr Luc Chouchkaieff	MISP – DDASS de la Marne (51)	Tel : 03 26 66 49 02 <a href="mailto:luc.chouchkaieff@sante.gouv.fr">luc.chouchkaieff@sante.gouv.fr</a>	Réponse favorable à appel à volontariat
Mr Louis Cormerais Remplacé par M. Jean Luc Ecobichon	TEC - CHU de Clermont Ferrand TEC – CH Bichat – AP-HP	Tel : 04 73 75 00 72 / fax : 04 73 75 00 67 <a href="mailto:l.cormerais@chu-clermontferrand.fr">l.cormerais@chu-clermontferrand.fr</a>	Comité de pilotage infection VIH
Mme Elisabeth Cornot	TEC - CHU de Dijon	Tel : 03 80 29 36 31 / fax : 03 80 29 36 38 <a href="mailto:elisabeth.cornot@chu-dijon.fr">elisabeth.cornot@chu-dijon.fr</a>	Réponse favorable à l'appel à candidature
Mme Dominique Costagliola	Directrice – Inserm EMI 0214 – Paris	Tel : 01 42 16 42 82 ou 87 / fax : 01 42 16 42 61 <a href="mailto:dominique.costagliola@ccde.chups.jussieu.fr">dominique.costagliola@ccde.chups.jussieu.fr</a>	Comité de pilotage DMI2
Mme Sandrine Delvaux	TEC au CISIH de Bordeaux Centre hospitalier Pellegrin - Hôpital du Tondu	Tel : 04 56 79 56 06 <a href="mailto:sandrine.delvaux@chu-bordeaux.fr">sandrine.delvaux@chu-bordeaux.fr</a>	
Dr Hung Do Cao	MISP - DDASS de Seine Maritime (76)	Tel : 02 32 18 31 66 <a href="mailto:hung.docao@sante.gouv.fr">hung.docao@sante.gouv.fr</a>	Réponse favorable à appel à volontariat
Dr Laurence Durif	Expert associé au PERNNS	<a href="mailto:laurence.durif@mail.ap-hm.fr">laurence.durif@mail.ap-hm.fr</a>	Proposition ATIH et bureau E2
Dr Patricia Enel	Médecin – AP HM Marseille Membre GEC et conseil scientifique du GEC	Tel : 04 91 38 18 32 / fax : 04 91 38 18 23 <a href="mailto:patricia.enel@ap-hm.fr">patricia.enel@ap-hm.fr</a>	Comité de pilotage DMI2
Dr Catherine Gaud	Médecin – Saint Denis de la Réunion	Tel : 0 262 90 55 66 / fax : 0 262 90 55 67 <a href="mailto:immuno@chd-fguyon.fr">immuno@chd-fguyon.fr</a>	Réponse favorable à l'appel à candidature
Dr Brigitte Haury	Chef de bureau – bureau E2 –	Tel : 01 40 56 52 77 / 01 40 56 58 30	Comités de pilotage infection VIH et

	Ministère Paris	<a href="mailto:brigitte.haury@sante.gouv.fr">brigitte.haury@sante.gouv.fr</a>	DMI2
Mme Nadine Jacquemet	ATIH - Lyon	Tel : 04 37 69 71 24 <a href="mailto:nadine.jacquemet@atih.sante.fr">nadine.jacquemet@atih.sante.fr</a>	Comité de pilotage DMI2
Dr Denis Lacoste	Médecin CISH – CHU Bordeaux Hôpital Saint André	Tel : 05 56 79 58 23 / fax : 05 56 79 58 22 <a href="mailto:Denis.lacoste@chu-bordeaux.fr">Denis.lacoste@chu-bordeaux.fr</a>	Comité de pilotage infection à VIH
Mme Viviane Lecomte	TEC – Hôpital de la Conception – AP- HM Marseille	Tel : 04 91 38 35 30 / fax : 04 91 38 12 24 <a href="mailto:viviane.lecomte@mail.ap-hm.fr">viviane.lecomte@mail.ap-hm.fr</a>	Réponse favorable à l'appel à candidature
Mme Laurence Lièvre	Informaticienne – Inserm EMI 0214 - Paris	Tel : 01 42 16 42 52 / fax : 01 42 16 42 61 <a href="mailto:laurence.lievre@ccde.chups.jussieu.fr">laurence.lievre@ccde.chups.jussieu.fr</a>	Comité de pilotage DMI2
Mme Catherine Lupin	TEC - Hôpital St Antoine – AP HP Paris	Tel : 01 49 28 24 86 / fax : 01 49 28 25 95 <a href="mailto:catherine.rousseau@sat.ap-hop-paris.fr">catherine.rousseau@sat.ap-hop-paris.fr</a>	Réponse favorable à l'appel à candidature
Mme Murielle Mary Krause	Epidémiologiste - Inserm EMI 0214 – Paris	Tel : 01 42 16 42 76 / fax : 01 42 16 42 61 <a href="mailto:murielle.mary-krause@ccde.chups.jussieu.fr">murielle.mary- krause@ccde.chups.jussieu.fr</a>	Comité de pilotage DMI2
Dr Jean François Noury	Médecin expert du PMSI	<a href="mailto:Jean-françois.noury@atih.sante.fr">Jean-françois.noury@atih.sante.fr</a>	Proposition ATIH et bureau E2
Dr Isabelle Poizot-Martin	Praticien hospitalier CISH AP HM Marseille	Tel : 04 91 74 49 66 / fax : 04 91 74 50 69 <a href="mailto:Isabelle.poizot@mail.ap-hm.fr">Isabelle.poizot@mail.ap-hm.fr</a>	Proposition du comité de pilotage infection VIH
Mme Annik Rivet	Informaticienne – ATIH Lyon	Tel : 04 37 69 71 46 / fax : 04 37 69 71 21 <a href="mailto:annik.rivet@atih.sante.fr">annik.rivet@atih.sante.fr</a>	Comité de pilotage DMI2
Mme Véronique Ronat	TEC – Hôpital St Etienne	Tel : 04 77 12 05 65 / fax : 04 77 12 78 24 <a href="mailto:veronique.ronat@chu-st-etienne.fr">veronique.ronat@chu-st-etienne.fr</a>	Réponse favorable à l'appel à candidature
Pr Willy Rozenbaum	Médecin – Hôpital de Tenon – AP HP Paris	Tel : 01 56 01 74 12 (service)/ fax : 01 56 01 74 14 <a href="mailto:willy.rozenbaum@tnn.ap-hop-paris.fr">willy.rozenbaum@tnn.ap-hop-paris.fr</a>	Comité de pilotage infection VIH

Dr Milko Sobesky	Médecin - CH de Cayenne - Guyane	Tel : 0 594 39 51 94 / fax : 0 594 39 51 77 <a href="mailto:sobeskym@nplus.gf">sobeskym@nplus.gf</a>	Réponse favorable à l'appel à candidature
Mme Sandrine Thevenet	TEC – Hôpital Tenon AP HP Paris	Tel : 01 56 01 74 44 / fax : 01 56 01 74 46 <a href="mailto:sandrine.thevenet@tnn.ap-hop-paris.fr">sandrine.thevenet@tnn.ap-hop-paris.fr</a>	Comité de pilotage DMI2
Dr Véronique Tirard Fleury	Médecin – DHOS bureau E2 – Paris	Tel : 01 40 56 77 35 / fax : 01 40 56 58 30 <a href="mailto:veronique.tirard-fleury@sante.gouv.fr">veronique.tirard-fleury@sante.gouv.fr</a>	Comités de pilotage infection VIH et DMI2
Mme Isabelle Tortay	Adjointe au chef de bureau - DHOS bureau E2 – Paris	Tel : 01 40 56 43 84 / fax : 01 40 56 58 30 <a href="mailto:isabelle.tortay@sante.gouv.fr">isabelle.tortay@sante.gouv.fr</a>	Comité de pilotage DMI2
M. Emmanuel Trenado	Association d'usagers : Aides Membre du TRT5	<a href="mailto:etrenado@aides.org">etrenado@aides.org</a> <a href="mailto:trenado@free.fr">trenado@free.fr</a>	Proposition du comité de pilotage infection VIH

#### PARTICIPATION AU GROUPE DE TRAVAIL PAR MAIL

Noms et Prénoms	professions + lieu d'exercice professionnel	Téléphone + Adresse électronique	Cadre pour la participation
Dr Lise Cuzin	Médecin – CHU de Toulouse	Fax : 05 61 77 21 38 <a href="mailto:cuzin.l@chu-toulouse.fr">cuzin.l@chu-toulouse.fr</a>	Réponse favorable à l'appel à candidature
Mme Marie-Claude Delmont	TEC - CHU de Rennes	Tel : 02 99 28 43 21 p. 86 434 / fax : 02 99 28 24 52 <a href="mailto:marie-claude.delmont@chu-rennes.fr">marie-claude.delmont@chu-rennes.fr</a>	Réponse favorable à l'appel à candidature
Mme Emelyne Duvallon	TEC – CHU Pointe à pitre - Guadeloupe	Tel : 0 590 89 15 83 / fax : 0 590 89 15 93 <a href="mailto:ite.goerger@wanadoo.fr">ite.goerger@wanadoo.fr</a>	Réponse favorable à l'appel à candidature
Dr Geneviève Feyfant Raymond	Médecin - DRASS 31 Toulouse	Tel : 02 62 73 93 39 / fax : 02 62 73 93 54 <a href="mailto:genevieve.feyfant-raymond@sante.gouv.fr">genevieve.feyfant-raymond@sante.gouv.fr</a>	Réponse favorable à l'appel à candidature
Mme Eva Garcia	TEC – HCL Hôtel Dieu Lyon	Tel : 04 72 41 30 98 : fax : 04 72 41 31 40 <a href="mailto:eva-beatrice.garcia@chu-lyon.fr">eva-beatrice.garcia@chu-lyon.fr</a>	Comité de pilotage DMI2

Dr M. Thérèse Goerger-Sow	Médecin – CHU Pointe à Pitre - Guadeloupe	Tel : 0 590 89 16 59 / fax : 0 590 89 15 93 <a href="mailto:ite.goerger@wanadoo.fr">ite.goerger@wanadoo.fr</a>	Réponse favorable à l'appel à candidature
Pr Alain Goudeau	Médecin - CHU Tours	Tel : 02 47 47 69 97 / fax : 02 47 47 38 12 <a href="mailto:goudeau@med.univ-tours.fr">goudeau@med.univ-tours.fr</a>	Réponse favorable à l'appel à candidature
Mme Magali Marquiant	TEC – CH Pays d'Aix – Aix en Provence	Tel : 04 42 33 92 06 / fax : 04 42 33 90 79 <a href="mailto:mmarquiant@ch-aix.fr">mmarquiant@ch-aix.fr</a>	Réponse favorable à l'appel à candidature

- Participation éventuelle, comme expert, d'un représentant du bureau E3 (systèmes d'information hospitaliers et PMSI)

#### PARTICIPATION AUX SOUS GROUPES DE TRAVAIL

Noms et Prénoms	professions + lieu d'exercice professionnel	Téléphone + Adresse électronique	Cadre pour la participation
Florence Balsarin	TEC – CISIH de Toulouse	Tel : 05 61 77 21 50 <a href="mailto:cisih@chu-toulouse.fr">cisih@chu-toulouse.fr</a>	Sous groupes 2 et 3
Pierre Druart	TEC – AP-HM Hôpital de la Conception	Tel : 01 91 38 30 89 / Fax : 04 91 38 12 24 <a href="mailto:pduart@mail.ap-hm.fr">pduart@mail.ap-hm.fr</a>	Sous groupe 2 (amélioration de l'outil informatique)
Claudine Duvivier	Médecin – hôpital de la Pitié Salpêtrière, service du Pr Bricaire, Paris	Tel (service) : 01 42 16 10 84/ Fax : 01 42 16 10 87 <a href="mailto:claudine.duvivier@psl.ap-hop-paris.fr">claudine.duvivier@psl.ap-hop-paris.fr</a>	Sous groupe 2 (amélioration de l'outil informatique)
Christian Pradier	Médecin – CHU de Nice	Tel: 04 92 03 56 35 / 04 92 03 56 27 (secrétariat CISIH) <a href="mailto:pradier.c@chu-nice.fr">pradier.c@chu-nice.fr</a>	Sous groupe 1 (re-définition des objectifs en fonction des besoins des utilisateurs)

DHOS, bureau E2, groupe de travail sur l'évolution du DMI2, rapport d'étapes, document de travail provisoire, avril 2004

**ANNEXE N° 4 : Liste des participants aux 3 sous groupes de travail sur l'évolution du DMI2**

<b>Sous groupe 1 : Re-définition des objectifs en fonction des besoins des utilisateurs</b>	<b>Sous groupe 2 : Amélioration de l'outil informatique</b>	<b>Sous groupe 3 : Amélioration, développement et diffusion des productions DMI2</b>
Co-pilotage : Dominique Costagliola (INSERM)	Co-pilotage : Annik Rivet (ATIH)	Co-pilotage : Christel Poirot (TEC)
Elvire Aronica, DHOS, bureau E2 Florence Balsarin, CHU Toulouse Laure Beaujouan, AP-HP Christine Benoit, DHOS, bureau E2 François Boué, hôpital Antoine Bécclère de Clamart Kadou Chemlal, DGS/SD6A Marie Annick Chotard, CHU de Rennes Louis Cormerais, CHU de Clermont Ferrand (remplacé par Jean Luc Ecobichon, hôpital Bichat, AP-HP) Dominique Costagliola, INSERM EMI 214 Patricia Enel, AP-HM Nadine Jacquemet, ATIH Christian Pradier, CHU Nice Isabelle Poizot Martin, Assistance Publique de Marseille Willy Rozenbaum, hôpital Tenon, Paris Isabelle Tortay, DHOS, bureau E2 Emmanuel Trenado, TRT5 (remplacé par Fabrice Pilorgé)	Elvire Aronica, DHOS, bureau E2 Christine Benoit, DHOS, bureau E2 Eric Billaud, FNLCS, CHU de Nantes Lise Cuzin, CHU Toulouse Pierre Druart, Assistance Publique de Marseille Laurence Durif, ATIH et DIM Claudine Duvivier, hôpital Pitié Salpêtrière (service Pr. Bricaire) Corinne Jung, C.H. Henri Mondor, AP-HP Pierre Lesteven, DHOS, bureau E3 Laurence Lièvre, INSERM EMI 214 Jean François Noury, ATIH Annik Rivet, ATIH Willy Rozenbaum, hôpital Tenon, Paris Sandrine Thevenet, hôpital Tenon, Paris Isabelle Tortay, DHOS, bureau E2	Elvire Aronica, DHOS, bureau E2 Florence Balsarin, CHU Toulouse Christine Benoit, DHOS, bureau E2 Michelle Bentata, hôpital Avicenne de Bobigny Christelle Braconnier, CISIH de Dijon Louis Cormerais, CHU de Clermont Ferrand (remplacé par Jean Luc Ecobichon, hôpital Bichat, AP-HP) Elisabeth Cornot, CISIH de Dijon Marie Claude Delmont-Hanry, CISIH de Rennes Sandrine Delveaux, CISIH de Bordeaux Hung Do-Cao, DDASS de Rouen Emelyne Duvallon, CISIH de Guadeloupe Catherine Lupin, hôpital Saint Antoine, Paris Murielle Mary Krause, INSERM EMI 214 Christel Poirot, hôpital Tenon, AP-HP Isabelle Tortay, DHOS, bureau E2 Emmanuel Trenado, TRT5 (remplacé par Fabrice Pilorgé)

**ANNEXE N° 5 :**

**Sous groupe n°1 : redéfinition des objectifs du DMI2  
en fonction des besoins des utilisateurs – tableau des besoins des utilisateurs**

<b>ACTEURS / UTILISATEURS</b>	<b>BESOINS</b>	<b>COMMENTAIRES / ACTIONS</b>
<p><b>GEC (groupe d'études cliniques à l'INSERM)</b></p>	<p>Outil de recherche épidémiologique et d'alerte :</p> <p>décrire, suivre et analyser l'épidémiologie clinique du VIH et son évolution</p> <p>repérer les nouvelles tendances (complications associées à la maladie ou aux traitements - échecs thérapeutiques – problème d'observance..)</p> <p>assurer un retour d'information et une surveillance à la demande (autres unités de l'Inserm telle que l'U593, afssaps, associations,...)</p>	<p><u>Points forts :</u></p> <p>→ Les analyses et les tableaux issus du DMI2 sont en constante évolution (recherche de l'incidence d'une pathologie classante, patients en échec, caractéristiques des nouveaux patients)</p> <p>→ les études ont permis d'identifier certains facteurs de risque médicamenteux (ex : infarctus du myocarde, ostéonécroses..)</p> <p>→ la vision de l'épidémie est celle correspondant à la prise en charge effectuée par les services spécialisés</p> <p>→ il s'agit d'un outil complémentaire aux études de cohortes (plus représentatif et plus utile vis à vis de certaines données)</p> <p>→ système plus réactif et qualité des données</p> <p>→ Nombreuses productions scientifiques et collaborations internationales</p> <p><u>Limites :</u></p> <p>→ L'outil ne permet pas de répondre à toutes les questions épidémiologiques pour des raisons liées à la CNIL, à l'outil et au recueil (certains effets secondaires, comme les lipodystrophies, l'ostéoporose)</p> <p>→ La richesse des données produites est mal connue par les institutionnels et certains professionnels du monde de la santé</p>

<b>CISIH et services</b>	<p>décrire, suivre et analyser l'activité</p> <p>s'en servir comme outil de recherche (inclusions dans des essais thérapeutiques, dans des protocoles )</p> <p>mieux appréhender localement les pratiques médicales</p>	<p><u>Points forts :</u></p> <p>→ Existence d'un outil d'exploitation, avec possibilités d'exploitations locales diversifiées</p> <p>→ Existence de variables locales</p> <p>→ bénéfique direct avec un délai relativement court</p> <p><u>Limites :</u></p> <p>→ le développement local et le rythme de ces analyses sont dépendants de l'intérêt des médecins</p> <p>→ encore trop de services ne l'utiliseraient pas localement</p> <p>→ pour les exploitations : outil limité et prédéfini</p> <p>→ non exhaustif (patients – consultations par exemple)</p> <p>→ évaluation des pratiques constitue un point faible car son appréhension est très globale</p>
<b>Institutions publiques (Afssaps, InVS,..)</b>	<p>faire des analyses spécifiques (médicaments, évaluation des pratiques, ...)</p> <p>participer au système de veille et d'exploration d'une éventuelle alerte</p>	
<b>Administration hospitalière</b>	<p>fournir des tableaux de bord de suivi : file active, activité</p> <p>réorienter les moyens au sein des services, selon l'activité (par ex : de l'intra vers les consultations..)</p> <p>avoir des arguments de négociations auprès des tutelles</p>	<p><u>Limites :</u></p> <p>→ pas d'exhaustivité</p> <p>→ description très sommaire de l'activité ambulatoire</p> <p>→ le cas particulier de l'évolution de la position du siège de l'AP-HP : pas de soutien des services, notamment vis à vis du système d'information, et désintérêt pour les données produites ; pas de soutien du DSIO → marginalisation du DMI2</p>
<b>Services déconcentrés (DRASS, DDASS, ARH)</b>	<p>aider à la planification et à l'évaluation (données médicales et d'activité hospitalière)</p> <p>aider à l'élaboration de plans de lutte contre le sida</p> <p>participer au système de veille et d'exploration d'une éventuelle alerte</p>	<p>En 2003 : la DRASS de la région PACA, grâce à la collaboration des CISIH de Marseille et de Nice et à partir des bases DMI2, a pu faire le point sur la population VIH suivie de 1999 à 2002</p>

<b>DHOS</b>	disposer de données sur : l'activité la file active les modalités de prise en charge l'évaluation des pratiques la qualité des soins	<u>Points forts :</u> Outil permettant le suivi de l'activité hospitalière Aide à l'allocation de ressources (quand existaient des crédits fléchés) Suivi de l'évolution de l'épidémie et de sa prise en charge hospitalière <u>Limites:</u> → Absence d'exhaustivité pour le recueil des données de consultations → le bureau E2 ne valorise pas suffisamment les productions existantes → l'analyse détaillée de l'activité hospitalière et des pratiques n'est pas effective au niveau national
<b>DGS</b>	intérêt pour toutes les données de suivi si elles permettent une approche pour : la surveillance de l'épidémie, la prévention, l'évolution de la consommation médicamenteuse, des analyses spécifiques, la participation au système de veille et d'exploration d'une éventuelle alerte intérêt dans les relations avec les services déconcentrés	
<b>Associations</b>	améliorer la connaissance du virus participer au système d'alerte (ex. par rapport aux effets secondaires) accéder facilement aux informations actualisées	<u>Points forts :</u> Un des outils de suivi médico-épidémiologique de l'épidémie Analyse possible des grandes tendances de l'épidémie <u>Limites :</u> → le DMI2 ne permet pas de surveiller et d'alerter sur certains événements

**ANNEXE N° 6 :**  
**Sous groupe n°1 : Tableau des principaux objectifs - « Document martyr »**  
**proposé aux participants du sous groupe n°1 et résumé des discussions (en rouge)**

Evolution du DMI2 : Redéfinition des objectifs en fonction des besoins des utilisateurs				
Objectifs principaux	Objectifs intermédiaires (SVP, à corriger, modifier et compléter)	Faisabilité avec le DMI2 actuel (y compris la version 16.1)		
A décliner aux niveaux local, régional et national		Oui	Non ou partiel	Si non ou partiel, intérêt d'une faisabilité avec le DMI2 (tenir compte des contraintes : technique, organisation...)
<b>Décrire, suivre et analyser l'épidémiologie clinique de l'infection à VIH</b>	<p>suivre la prévalence des infections à VIH prises en charge dans les services hospitaliers participant au recueil <b>OUI</b></p> <p>suivre l'incidence des infections à VIH prises en charge dans les services hospitaliers participant au recueil <b>OUI</b></p> <p>suivre la répartition de l'infection par sexe <b>OUI</b></p> <p>suivre la répartition de l'infection par âge <b>OUI</b></p> <p>suivre la répartition de l'infection par mode de transmission <b>OUI</b></p> <p>suivre la répartition par origine géographique <b>OUI</b> mais en s'alignant sur les données déjà demandées par l'InVS dans les DO</p> <p>suivre les incidences des principales pathologies associées <b>OUI</b></p> <p>suivre des co-morbidités spécifiques : cancers, hépatites <b>OUI</b></p> <p>suivre les traitements antirétroviraux <b>OUI</b></p> <p>suivre <del>certaines les principaux</del> effets secondaires des traitements antirétroviraux <b>correspondant à des événements cliniques bien caractérisés (comme infarctus du myocarde ou ostéonécrose)</b></p> <p>suivre les <b>principales</b> caractéristiques des nouveaux cas de sida <b>OUI</b></p> <p>suivre le délai entre le diagnostic de la séropositivité et le passage au stade sida <b>OUI</b></p> <p>suivre la distribution des CD4 et des charges virales <b>OUI</b></p> <p>suivre les décès et leurs caractéristiques, <b>en différenciant la cause immédiate de la cause initiale</b></p> <p>fournir des informations sur les ARV à l'AFSSAPS (CEPS) : (population cible, estimation des patients naïfs, associations et prescriptions les plus fréquentes, effets sur les CD4 et CV, impact sur l'environnement thérapeutique)</p> <p><b>évaluer le nombre de consultations d'observance</b></p>			<p><b>Existant déjà</b></p> <p><b>Existant déjà</b></p> <p><b>Existant déjà</b></p> <p><b>Existant déjà</b></p> <p><b>Existant déjà</b></p> <p>Ajouter 2 variables (pays de naissance –nationalité) avec demande à la CNIL</p> <p>Pour l'hépatite C, amélioration dans v 16.1</p> <p><b>Existant déjà</b></p> <p><b>A créer</b></p> <p><b>Possible à condition de</b></p>

			déterminer quels éléments, de prioriser les demandes et de les protocoliser
			Question à approfondir
Repérer les nouvelles tendances, dont les spécificités locales, et participer à l'exploration des alertes	<p><del>analyser repérer</del> les caractéristiques émergentes des nouveaux patients infectés (répartition par sexe, origine géographique, stade de la maladie...)</p> <p><del>analyser repérer</del> les nouveaux effets secondaires liés aux traitements antirétroviraux</p> <p><del>analyser repérer</del> les évolutions des co-morbidités et pathologies associées</p> <p><del>Fournir des informations à l'InVS permettant de participer à la surveillance des IST (syphilis...)</del></p> <p><del>participer au système de déclarations obligatoires de l'infection à VIH</del></p> <p><del>- Aider à l'exhaustivité des DO de l'infection à VIH et du Sida</del></p>		Une enquête comme VESPA permet de repérer l'évolution des caractéristiques des patients, notamment sur le plan sociologique
Décrire, suivre et analyser les principaux aspects de l'activité hospitalière vis à vis de l'infection à VIH	<p>estimer la file active hospitalière et ses caractéristiques OUI</p> <p>suivre l'évolution des <del>modalités de prise en charge hospitalières</del> types de recours à l'hôpital</p> <p><del>connaître les principales spécialités médico-chirurgicales impliquées dans la prise en charge</del></p> <p><del>connaître et suivre les filières de soins</del></p>		Impossible à réaliser Impossible à réaliser
Participer à l'évaluation des pratiques et de la qualité de la prise en charge	<p><del>évaluer les délais d'attente de la PEC</del></p> <p><del>évaluer la durée des consultations</del></p> <p><del>évaluer l'accessibilité à toutes les spécialités préconisées par les recommandations Delfraissy en fonction des besoins (cardiologie, gastro-entérologie, chirurgie esthétique, AMP...)</del></p> <p>Evaluer le respect des bonnes pratiques telles que recommandées dans le rapport Delfraissy (thérapeutiques et suivi) OUI</p> <p><del>-Suivre les événements indésirables (infections nosocomiales...)</del></p> <p>Evaluer le suivi psycho-social</p> <p><del>Evaluer les moyens mis en œuvre pour lutter contre les troubles nutritionnels</del></p> <p><del>Evaluer les moyens mis en œuvre pour lutter contre la douleur</del></p> <p><del>Evaluer la qualité des soins palliatifs mis en œuvre</del></p> <p><del>Evaluer la satisfaction du patient vis à vis de la prise en charge</del></p> <p>Comparer <del>les PEC</del> les pratiques entre établissements, entre CISIH, entre régions</p> <p>Identifier les professionnels ad hoc capables d'approfondir la question psycho-sociale et surtout l'évaluation des pratiques professionnelles</p>		<p>Impossible à réaliser</p> <p>Impossible à réaliser</p> <p>Impossible à réaliser</p> <p>Impossible à réaliser</p> <p>Cela se fait ailleurs (systèmes déclaratifs )</p> <p>Question à approfondir</p> <p>Impossible à réaliser</p> <p>Impossible à réaliser</p> <p>Impossible à réaliser</p> <p>Impossible à réaliser</p>

<p><b>Aider à la réflexion sur la prévention, le dépistage et l'organisation de la prise en charge des personnes atteintes</b></p>	<p><u>Pour le dépistage et la prévention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <del>identifier</del>-suivre les caractéristiques des personnes arrivant tard dans le système de soins pour cibler les interventions de dépistage et de prévention</li> <li>- <del>identifier</del>-suivre les caractéristiques des personnes perdues de vue ou ayant un suivi irrégulier pour cibler les interventions de dépistage et de prévention</li> <li>- <del>évaluer le nombre de consultation d'observance</del></li> </ul> <p><u>Pour l'organisation de la prise en charge :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <del>évaluer la participation des services à un travail en réseau</del></li> <li>- <del>évaluer l'orientation des patients de l'hôpital vers la médecine de ville</del></li> </ul>			<p>Recueil difficile à organiser</p> <p>Impossible à réaliser</p> <p>Impossible à réaliser</p>
<p><b>Améliorer la gestion du dispositif DMI2</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- assurer la diffusion de données générales et spécifiques → cf. les travaux des sous groupes n°2 et 3</li> <li>- favoriser le partenariat avec les différents institutions, agences, instituts en matière de suivi et de surveillance de l'épidémie de sida</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- assurer la formation initiale et continue des techniciens d'études cliniques → cf. les travaux du sous groupe n°3</li> </ul>			<p>Formaliser une collaboration avec l'InVS (département maladies infectieuses , sida, IST) et voir avec la DGS (médicaments ARV)</p>

**ANNEXE N° 6 bis :**  
**Tableau des principaux objectifs retenus par le sous groupe n°1**

Evolution du DMI2 : Redéfinition des objectifs en fonction des besoins des utilisateurs				
Objectifs principaux	Objectifs intermédiaires	Faisabilité avec le DMI2		
A décliner aux niveaux local, régional et national		Oui	Non ou partiel	Commentaires et actions
<b>Décrire, suivre et analyser l'épidémiologie clinique de l'infection à VIH</b>	- suivre la prévalence des infections à VIH prises en charge dans les services hospitaliers participant au recueil	X		Existant déjà
	- suivre l'incidence des infections à VIH prises en charge dans les services hospitaliers participant au recueil	X		Existant déjà
	- suivre la répartition de l'infection par sexe	X		Existant déjà
	- suivre la répartition de l'infection par âge	X		Existant déjà
	- suivre la répartition de l'infection par mode de transmission	X		Existant déjà
	- suivre la répartition par origine géographique en s'alignant sur les données déjà demandées par l'InVS dans les DO		X	Ajouter 2 variables (pays de naissance –nationalité) avec demande à la CNIL
	- suivre les incidences des principales pathologies associées	X		Existant déjà
	- suivre des co-morbidités spécifiques : cancers, hépatites		X	Pour l'hépatite C, amélioration dans v 16.1
	- suivre les traitements antirétroviraux	X		Existant déjà
	- suivre certains effets secondaires des traitements antirétroviraux correspondant à des événements cliniques bien caractérisés (comme infarctus du myocarde ou ostéonécrose)	X		Existant déjà
	- suivre les principales caractéristiques des nouveaux cas de sida	X		Existant déjà
	- suivre le délai entre le diagnostic de la séropositivité et le passage au stade sida	X		Existant déjà
	- suivre la distribution des CD4 et des charges virales	X		Existant déjà
	- suivre les décès et leurs caractéristiques, en différenciant la cause immédiate de la cause initiale	X		Variables à créer
	- fournir des informations sur les ARV à l'AFSSAPS (CEPS) : (population cible, estimation des patients naïfs, associations et prescriptions les plus fréquentes, effets sur les CD4 et CV, impact sur l'environnement thérapeutique)	X		Possible à condition de déterminer quels éléments, de prioriser les demandes et de les protocoliser
- évaluer le nombre de consultations d'observance			X	<i>A priori</i> très difficile à faire

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- demander au comité de pilotage sur l'amélioration et la qualité de la prise en charge des personnes infectées par le VIH qu'il soit fait mention dans le texte d'organisation des futurs CISIH de la nécessité de fournir des données DMI2</li> </ul>	X		avec le DMI2 – la question est à approfondir  A demander au comité de pilotage CISIH
<b>Repérer les nouvelles tendances, dont les spécificités locales, et participer à l'exploration des alertes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- analyser les caractéristiques émergentes des nouveaux patients infectés (répartition par sexe, origine géographique, stade de la maladie...)</li> <li>- analyser les nouveaux effets secondaires liés aux traitements antirétroviraux</li> <li>- analyser les évolutions des co-morbidités et pathologies associées</li> <li>- Aider à l'exhaustivité des DO de l'infection à VIH et du Sida</li> </ul>	X  X  X	X  X	Une enquête comme VESPA permet de repérer l'évolution des caractéristiques des patients, notamment sur le plan sociologique Difficulté d'identifier les effets secondaires directement liés aux traitements dans l'état actuel des codages
<b>Décrire, suivre et analyser les principaux aspects de l'activité hospitalière vis à vis de l'infection à VIH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- estimer la file active hospitalière et ses caractéristiques</li> <li>- suivre l'évolution des types de recours à l'hôpital</li> <li>- élargir la base DMI2 à tout service qui en fait la demande</li> </ul>	X X	X	Déjà faisable Déjà faisable A mettre en place
<b>Participer à l'évaluation des pratiques et de la qualité de la prise en charge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluer le respect des bonnes pratiques telles que recommandées dans le rapport Delfraissy (thérapeutiques et suivi)</li> <li>- Evaluer le suivi psycho-social</li> <li>- Comparer les pratiques entre établissements, entre CISIH, entre régions</li> <li>- identifier les professionnels <i>ad hoc</i> capables d'approfondir la question psycho-sociale et surtout l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)</li> </ul>		X  X  X	Question à approfondir  Question à approfondir  La question de l'EPP est importante et pourrait être exploitée avec le DMI2 mais nécessité de trouver des personnes ressources

<p><b>Aider à la réflexion sur la prévention et le dépistage</b></p>	<p><i>Pour le dépistage et la prévention :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- suivre les caractéristiques des personnes arrivant tard dans le système de soins pour cibler les interventions de dépistage et de prévention</li> <li>- suivre les caractéristiques des personnes perdues de vue ou ayant un suivi irrégulier pour cibler les interventions de dépistage et de prévention</li> </ul>		<p>X</p>	<p>Proposer des critères de suivi aux professionnels</p>
<p><b>Améliorer la gestion du dispositif DMI2</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- assurer la diffusion de données générales et spécifiques → <i>cf. les travaux des sous groupes n°2 et 3</i></li> <li>- favoriser le partenariat avec les différents institutions, agences, instituts en matière de suivi et de surveillance de l'épidémie de sida</li>   <li>- assurer la formation initiale et continue des techniciens d'études cliniques → <i>cf. les travaux du sous groupe n°3</i></li> </ul>			<p>Formaliser une collaboration avec l'InVS (département maladies infectieuses , sida, IST) et voir avec la DGS (médicaments ARV)</p>

## ANNEXE N° 7 :

### Problèmes soulevés pour la détermination du circuit informatique du DMI2

La mise en œuvre d'un dispositif communicant avec l'ensemble du système d'information hospitalier impose de tenir compte :

- *de l'anonymisation et du cryptage des données, ainsi que du contrôle de la cohérence des données :*

\* L'anonymisation et le cryptage des données continuera à être fait localement (nécessité de s'inspirer du dispositif PMSI).

\* L'utilisation locale du DMI2 apparaît encore indispensable avant tout transfert au niveau national des bases de données locales utiles au DMI2, pour un contrôle local de cohérence et pour la confidentialité des données (anonymisation ; cryptage).

\* Le contrôle local de la cohérence des données doit être protocolisé.

- *du codage des pathologies et des actes :*

La problématique est la suivante :

Les codages des pathologies et des actes présentent des problèmes de compatibilité avec les systèmes existants :

1 – avec le codage CIM 10 coordonné par le PERNSS et le PMSI : certaines extensions de codages CIM 10 ont été effectuées par le groupe d'études cliniques (GEC) pour mieux caractériser les pathologies rencontrées, mais il n'y a pas eu de concertation avec le PERNSS pour, semble-t-il, une trentaine de codage. En cas de recherche d'interopérabilité entre le DMI2 et tout autre dossier médical informatisé (DMI), il y aura une procédure de récupération de données CIM10 du DMI pour transfert vers le DMI2. Il sera alors nécessaire d'envisager un transcodage entre les codages du DMI issus du PMSI et ceux conçus pour le DMI2, mais cela sera difficile à réaliser et à maintenir, avec de fait des discordances et une perte de données potentielle.

2 – avec la prochaine CCAM ((nouvelle nomenclature des actes médico-techniques réalisés par les médecins) : d'une part, la CCAM va imposer aux établissements de santé un codage « à la source » au plus proche de la production de ces actes, ce qui n'est pas compatible avec une première saisie dans le DMI2 car elle est habituellement effectuée par les TEC à distance des actes. D'autre part, dans le DMI2, il y aurait des problèmes techniques de codage de la CCAM dans le DMI2 (seulement 4 cases peuvent être saisies dans le DMI2 alors que la CCAM nécessite au moins 9 cases). Le codage des actes dans le DMI2 devra alors être abandonné à moins de restructurer le DMI2.

La conduite à tenir suivante a été préconisée:

Nécessité d'harmoniser les codages et de disposer de thésaurus et de référentiels communs (et/ou compatibles) :

1- répertorier les codes CIM 10 « sauvages » dans le DMI2 (voir avec le thésaurus existant et l'ATIH)

2- Envisager une rencontre entre les cliniciens (notamment du GEC) et les spécialistes du PERNSS (ATIH) pour réflexion sur une procédure d'harmonisation des codages.