



**EHESP**

---

**Directeur d'établissement sanitaire,  
social et médico-social**

Promotion : **2014-2015**

Date du Jury : **Décembre 2015**

---

**L'informatisation du dossier  
patient au Centre Hospitalier de la  
Ferté-Bernard : les enjeux de la  
construction d'un hôpital  
numérique**

---

**Alexis GARDAN**

---

# Remerciements

---

Qu'il me soit permis de remercier chaleureusement Catherine ROBIC, Directrice du Centre Hospitalier de La Ferté-Bernard et maître de stage, pour m'avoir permis de réaliser cette riche expérience au sein de son établissement.

Je remercie aussi, tout naturellement, Christophe COMPARIN, Directeur adjoint en charge des ressources humaines et référent du secteur médico-social, pour sa rigueur, ses questionnements pertinents, et ses conseils prodigués pendant ces huit mois.

J'adresse également mes plus vifs remerciements à Gérard de DARAN, encadrant mémoire et coordonnateur des cours sur le système d'information à l'Ecole de Hautes Etudes en Santé Publique, qui a accepté de me guider dans la rédaction de cette composition.

Mes remerciements vont également à Sophie LEFEVRE et Naky LA LOUZE pour leurs sympathies et leurs professionnalismes, qui m'ont éclairé sur ce sujet, ainsi qu'aux autres membres de l'équipe du service des Systèmes d'Information.

Je tiens également à saluer Gaëlle CHESNAIS, Nadège ROZE et Annie VINCENT, pour m'avoir transmis les enseignements de la conduite du projet d'informatisation sur leurs établissements respectifs.

Je tiens également à remercier l'ensemble des professionnels impliqués dans la construction de ce mémoire.

Je voudrais, enfin, remercier mes parents, mes sœurs et mes amis.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1 Le défi de la construction d'un hôpital numérique par la mise en œuvre d'un dossier patient informatisé : le partage de l'information au cœur d'un projet transversal .....</b>	<b>7</b>
1.1 L'historique de l'établissement appelle à une forte mobilisation des acteurs .....	7
1.1.1 L'échec de l'informatisation de 2010 démontre une déliquescence du SIH..	7
1.1.2 L'impulsion d'une dynamique proactive dans le domaine du système d'information, condition <i>sine qua non</i> à l'émergence de la confiance des différents acteurs.....	9
1.1.3 Les vecteurs de l'acceptabilité sociale du projet d'informatisation semblent réunis.....	11
1.2 La déclinaison du programme Hôpital numérique à l'échelon local incite à la modernisation du système d'information hospitalier, levier de l'optimisation du circuit de l'information.....	13
1.2.1 Le programme Hôpital numérique implique les hôpitaux dans une modernisation des systèmes d'information hospitalier, maillon du chainage des établissements à l'importance croissante.....	13
1.2.2 L'inéluctable informatisation des dossiers patients, suscitée par le programme Hôpital numérique, au bénéfice des usagers .....	16
1.2.3 L'informatisation du circuit du médicament participe de la qualité de la prise en charge.....	18
1.3 La structuration d'une dynamique de conduite du changement par des acteurs impliqués.....	18
1.3.1 Une conduite du changement pluri-professionnelle : un vecteur de réussite du projet	19
1.3.2 Un projet bénéficiant de ressources aguerries du service informatique.....	21
1.3.3 Un projet adossé au département qualité pour minimiser les risques .....	22
<b>2 La réussite de l'informatisation du dossier patient conditionnée par des considérations légales, culturelles et organisationnelles .....</b>	<b>24</b>
2.1 L'informatisation du dossier patient doit répondre à un cadre juridique strict.....	24
2.1.1 L'informatisation permet la préservation de la confidentialité des données .	24
2.1.2 L'évolution de l'acceptation du secret médical en phase avec l'usage du numérique.....	27
2.1.3 Une conception divergente du secret professionnel entre le Centre Hospitalier de la Ferté-Bernard et le prestataire.....	29

2.2	L'impact de l'informatisation du dossier patient sur les pratiques professionnelles : le nécessaire dépassement de l'appréhension des utilisateurs .....	30
2.2.1	La modification des pratiques professionnelles induite par l'informatisation suscite une crainte modérée du personnel .....	30
2.2.2	Les problématiques technico-organisationnelles engendrées par l'informatisation soulignent une difficile transition pour certains acteurs .....	32
2.2.3	L'atténuation progressive des craintes et difficultés par le rôle primordial de la formation des professionnels et du management opérationnel .....	34
2.3	L'informatisation du dossier patient confronté à des difficultés techniques et aux errances du prestataire .....	37
2.3.1	Des difficultés techniques sous-jacentes à l'informatisation .....	37
2.3.2	La difficile mobilisation du prestataire .....	39
2.3.3	La prescription informatisée révélatrice du manque d'expertise du prestataire dans le secteur sanitaire .....	40
<b>3</b>	<b>Au-delà d'un partage d'information efficient, coordonner les acteurs sur le territoire : les préconisations pour renforcer l'ancrage du Centre Hospitalier dans la démarche numérique .....</b>	<b>43</b>
3.1	Maintenir la dynamique d'informatisation sur les services déjà engagés et initier l'émulation du déploiement sur les autres unités .....	43
3.1.1	S'assurer de l'appropriation par les professionnels de santé de l'outil informatique .....	43
3.1.2	Susciter l'autonomie des professionnels dans l'usage de l'outil informatique et du logiciel DPI .....	45
3.2	Evaluer les bénéfices <i>in situ</i> de l'informatisation et s'engager dans une démarche prospective de renouvellement des outils numériques .....	47
3.2.1	Apprécier l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins auprès des usagers .....	47
3.2.2	Apprécier l'amélioration des conditions de travail des professionnels de santé et le retour sur investissement que l'informatisation a généré .....	48
3.3	Instituer le Centre Hospitalier de la Ferté Bernard comme établissement de référence sur le territoire est-sarthois .....	49
3.3.1	Penser le territoire .....	49
3.3.2	Engager le Centre Hospitalier dans une démarche prospective en matière d'évolution des produits technologiques et de contrôle de l'utilisation des deniers publics .....	53
	<b>Conclusion .....</b>	<b>55</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>57</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAP	=	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ATIH	=	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
ARS	=	Agence Régionale de Santé
ASIP-Santé	=	Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
CHLFB	=	Centre Hospitalier de La Ferté-Bernard
CHT	=	Communauté Hospitalière de Territoire
CLS	=	Centre Lesieur Soulbieu
CME	=	Commission Médicale d'Etablissement
CIL	=	Correspondant Informatique et Liberté
CoPil	=	Comité de Pilotage
CNIL	=	Commission Nationale Informatique et Libertés
CSP	=	Code de Santé Publique
DPI	=	Dossier Patient Informatisé
DIPI	=	Dossier d'Instruction des Projets d'Investissement
DGOS	=	Direction Générale de l'Offre de Soins
DSI	=	Direction des Soins Infirmiers
DSIO	=	Direction des Systèmes d'Information ou RSI = Responsable des Systèmes d'Information
DMP	=	Dossier Médical Personnel
EHPAD	=	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPRD	=	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
FAM	=	Foyer d'Accueil Médicalisé
GAP	=	Gestion Administrative des Patients
GHT	=	Groupement Hospitalier de Territoire
GHZ	=	Giga Hertz
HDS	=	Hébergeur de Données de Santé
HN	=	Hôpital Numérique (programme)
IDE	=	Infirmier Diplômé d'Etat
MAS	=	Maison d'Accueil Spécialisée
MOA	=	Maitrise d'Ouvrage
NTIC	=	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OSIS	=	Observatoire des Systèmes d'Information de Santé
PACS	=	Picture Archiving and Communication System
PGFP	=	Plan Global de Financement Pluriannuel

ROI	=	Retour sur Investissement
RSSI	=	Responsable Sécurité Systèmes d'Information
rSSI	=	référent Sécurité Systèmes d'Information
SIH	=	Système d'Information Hospitalier
SI	=	Système d'Information
SSR	=	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	=	Tarifcation A l'Activité
VA	=	Vérification d'Aptitude
VPN	=	Virtual Private Network
VSR	=	Vérification du Service Régulier

L'importance d'une information claire, transparente et rapide d'accès transcende aujourd'hui l'ensemble des organisations. L'immixtion des nouvelles technologies de l'information et des communications (NTIC) dans la sphère hospitalière participe de cette montée en charge d'une gestion de l'information qui soit la plus optimale possible. A ce titre, les centres hospitaliers ne peuvent plus aujourd'hui ignorer la nécessité de construire le Dossier Patient Informatisé (DPI).

Le DPI traduit la finalité du processus de dématérialisation du dossier patient classique. Par dossier patient, nous retenons, au-delà de la spécification technique du dossier médical procurée par l'article R.1112-2 du code de santé publique<sup>1</sup> ou de la large description donnée par KHOLER et TOUSSAINT<sup>2</sup>, la définition du professeur Francis ROGER-FRANCE, qui le caractérise comme « *une mémoire écrite des informations cliniques, biologiques, diagnostiques et thérapeutique d'un malade à la fois individuelle et collective, constamment mise à jour* »<sup>3</sup>. Ainsi, le dossier du patient constitue la première des sources d'information pour la pratique médicale et soignante.

La dématérialisation du dossier patient est aujourd'hui devenue incontournable pour les établissements de santé. Tant par ses réponses aux besoins d'une médecine toujours plus technique, aux exigences des usagers en droit de recevoir les meilleurs soins, ou aux évolutions des modes de management, le DPI apparaît comme un outil essentiel que les pouvoirs publics ont entendu promouvoir. A ce titre, certains auteurs ont pu parler « *d'une reconfiguration du champ de la santé sous l'impulsion de politiques publiques* »<sup>4</sup>.

### De la déclinaison des plans nationaux

Les pouvoirs publics intiment aux établissements, depuis plusieurs années, d'entrer dans une démarche d'informatisation du dossier patient, afin de construire progressivement l'hôpital numérique de demain. En effet, pour accompagner les établissements dans cette perspective, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a, en 2007, initié un mouvement d'informatisation par l'édification du Plan Hôpital 2012. Efforts aujourd'hui poursuivis par le Programme Hôpital Numérique (HN).

---

<sup>1</sup> Texte cité en annexe 2.

<sup>2</sup> KHOLER E. et TOUSSAINT E. définissent le DPI comme l'« *Ensemble des informations médicales, soignantes, sociales et administratives, qui permettent d'assurer la prise en charge harmonieuse et coordonnée d'un patient en termes de soins et de santé par les différents professionnels qui en assurent la prise en charge. C'est à partir du dossier que l'on assure la traçabilité de la démarche de prise en charge et c'est à partir de vues différentes des données qu'il contient que l'on élabore des bilans d'activité et des travaux de recherche. Enfin, les dossiers servent à l'enseignement* ».

<sup>3</sup> ROGER-France Francis, président de l'école de santé publique catholique de Louvain en Belgique.

<sup>4</sup> TINE Marius André ; *Une critique du processus d'informationnalisation du système de santé français* ; Tic et société ; Vol.2 ; n°1 ; 2008 ; p.67.

Le Plan Hôpital 2012 apparaît comme la première étape de l'informatisation du dossier patient. En effet, ce plan d'aide à l'investissement hospitalier, dans son volet « système d'information » porte sur un montant de 275 millions d'euros d'investissement et de 135 millions d'euros d'aides pour 86 opérations identifiées. Les projets informatiques financés par Hôpital 2012 portent pour la plupart, sur le domaine de l'informatisation du dossier patient, l'informatisation des processus de soins, et sur l'adaptation des systèmes d'information hospitaliers à la tarification à l'activité (T2A)<sup>5</sup>. Toutefois, malgré cet effort d'accompagnement financier, le mouvement d'informatisation du dossier patient est resté balbutiant sur la période, du fait de la frilosité des gestionnaires d'établissements - malgré les mesures d'accompagnement financiers - à s'engager dans cet investissement conséquent.

Le programme HN poursuit les efforts du plan précédent en s'appuyant sur les ambitions suivantes : coordonner l'ensemble des acteurs (établissements, industriels, agences régionales de santé, ministère) autour d'une feuille de route commune pour les systèmes d'information hospitaliers ; amener l'ensemble des établissements de santé à un niveau de maturité de leur système d'information ; et enfin soutenir les projets innovants.

Afin d'atteindre ces objectifs, la DGOS a publié un guide des indicateurs des prérequis et des domaines fonctionnels prioritaires. Les prérequis sont indispensables pour assurer une prise en charge du patient en toute sécurité (identités-mouvements ; fiabilité-disponibilité ; confidentialité). Les domaines fonctionnels prioritaires définissent des exigences d'usage du système d'information (résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie ; dossiers patient informatisé et interopérable ; prescription électronique alimentant le plan de soins ; programmation des ressources et agenda du patient ; pilotage médico-économique). Les résultats du programme HN sont d'ores et déjà effectifs : près de 800 établissements avaient atteints fin 2014, les prérequis du programme<sup>6</sup>. Plus encore, dans le champ de l'informatisation du dossier patient, 92 % des établissements déclaraient avoir un programme d'informatisation du dossier patient, achevé ou en cours<sup>7</sup>. Ces résultats tranchent radicalement avec ceux présentés par Jean-Jacques JEGUOU dans son rapport d'information de 2005<sup>8</sup>, lequel estimait à cette date que « 20 à 25% seulement des établissements disposent d'un dossier patient électronique ». L'ère du numérique semble ainsi être amorcée au sein des établissements hospitaliers.

---

<sup>5</sup> Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

<sup>6</sup> TRIBAULT Géraldine ; *Plus de 800 établissements ont atteint les prérequis Hôpital numérique* ; Hospimédia ; Système d'information ; 29 janvier 2015.

<sup>7</sup> TRIBAULT Géraldine ; *92 % des établissements ont un projet achevé ou en cours de dossier patient informatisé* ; Hospimédia ; Salons santé autonomie ; 21 mai 2015.

<sup>8</sup> JEGUOU Jean-Jacques ; *Rapport d'information fait au nom de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation sur l'informatisation dans le secteur de la santé* ; Sénat ; 3 novembre 2005.



Le système d'information hospitalier (SIH) est fortement sollicité dans le cadre du programme HN, et *in fine*, par le processus d'informatisation du dossier patient. Le SIH, est défini réglementairement par la circulaire ministérielle du 6 janvier 1989 comme « *l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique* »<sup>9</sup>. Cette définition réglementaire s'avère toutefois restrictive, car elle exclut implicitement les organisations et processus implémentés. Le SIH constitue en réalité une des composantes du système d'information de santé. Aussi, pour comprendre ce qu'englobe le SIH, retiendrons-nous la conception donnée par Gérard PONCON : « *Le système d'information hospitalier est inséré dans l'organisation "hôpital" en perpétuelle évolution; il est capable, selon des règles et modes opératoires prédéfinis, d'acquérir des données, de les évaluer, de les traiter par des outils informatiques ou organisationnels, de distribuer des informations contenant une forte valeur ajoutée à tous les partenaires internes ou externes de l'établissement, collaborant à une œuvre commune orientée vers un but spécifique, à savoir la prise en charge d'un patient et le rétablissement de celui-ci* »<sup>10</sup>.

Le SIH s'est progressivement imposé comme un maillon important et incontournable du chainage hospitalier. Cette montée en charge des SIH apparaît à travers l'étude des dépenses des établissements : longtemps marginales, elles représentent aujourd'hui environ 2 % des dépenses des établissements, pour un montant moyen de 1,6 millions d'euros par an<sup>11</sup>.

Assurer la sécurité du système d'information est un des objectifs premiers des établissements. La sécurité des données du patient recèle de nombreux enjeux, au premier rang desquels peut être mis en cause la responsabilité du Directeur. Cette sécurité s'entend en termes de disponibilité, d'intégrité, de confidentialité et de preuve. La disponibilité correspond à la capacité d'un élément (matériel ou logiciel) à être accessible et à fonctionner. L'intégrité est la capacité d'un système (souvent un logiciel) à maintenir des données cohérentes et à tenter à ce qu'elles ne soient pas altérées (par un bug ou un piratage). La confidentialité se définit comme la capacité d'un système à ne donner un accès à des données qu'aux personnes ayant le droit et le besoin de les connaître. Enfin, la preuve est la capacité d'un système à tracer les actions techniques réalisées. *In fine*, le SIH cristallise aujourd'hui de nombreuses préoccupations, attendant tant à la sécurité des

---

<sup>9</sup> Circulaire ministérielle du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics.

<sup>10</sup> PONCON Gérard ; *Le management du système d'information hospitalier : la fin de la dictature technologique* ; éditions de l'École Nationale de la Santé Publique ; 2000 ; p.25.

<sup>11</sup> Direction générale de l'offre de soins ; *Atlas 2015 des SIH* ; Ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes ; Etat des lieux des systèmes d'information hospitaliers ; Mai 2015.

données conservées, qu'aux potentiels d'utilisation que ces données suscitent. Le programme HN participe de cette amélioration du SIH.

### **Problématique générale au Centre Hospitalier de La Ferté-Bernard (CHLFB)**

Le Centre Hospitalier de La Ferté-Bernard est un hôpital de proximité doté d'un secteur sanitaire<sup>12</sup> et d'un secteur médico-social<sup>13</sup>. Il s'est inscrit en janvier 2014 dans cette démarche d'informatisation, dont la candidature a été retenue au programme HN. Situé aux confins de la Sarthe, cet établissement a débuté l'informatisation des dossiers patients en octobre 2014, d'abord sur le secteur sanitaire (médecine, urgences, soins de suite et de réadaptation), avant d'amorcer en février 2015 le même mouvement sur le champ médico-social (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, foyer d'accueil médicalisé et maison d'accueil spécialisée). Cette dynamique se poursuit encore aujourd'hui, sur les activités non-encore informatisées (consultations externes, imagerie, bloc opératoire). Eu égard à cette diversité des populations accueillies ou prises en charge, le terme de « patient » sera utilisé de manière indifférenciée pour le secteur sanitaire comme médico-social.

L'informatisation du dossier patient est un des axes majeur du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens<sup>14</sup>, et en conséquence, du projet d'établissement<sup>15</sup> du CHLFB. Ainsi, le projet du système d'information hospitalier énonce très clairement que « *le projet de DPI consiste à mettre en place un logiciel permettant d'informatiser le circuit du médicament et le dossier patient commun afin d'améliorer la prise en charge du patient grâce à une connaissance suffisante et rapide de ses antécédents médicaux, de sa trajectoire, de ses pathologies ou de ses traitements entrepris* ». Ce projet semble donc innover l'ensemble de l'établissement depuis plusieurs années : il trouve aujourd'hui sa concrétisation dans son déploiement progressif sur l'ensemble de la structure. A ce titre, le choix d'un logiciel adapté tant au secteur sanitaire qu'au secteur médico-social était une des exigences du cahier des charges.

Pourtant, le passif de l'établissement invite à la plus grande prudence quant à la réussite du projet. En effet, une première tentative d'informatisation avait échoué en 2010, par manque de préparation, mais surtout, par un défaut d'adhésion des utilisateurs lié à une mauvaise conduite du projet par la Direction<sup>16</sup>. Conséquence de cette défection, le CHLFB était, à l'aune du projet DPI de 2014, empêtré dans une multiplicité des logiciels, parfois obsolètes, souvent inutilisés. Le déploiement du DPI devait pour se faire, s'accompagner d'une modernisation du SIH que sous-tend le programme HN. L'enjeu est

---

<sup>12</sup> Voir annexe n°1.

<sup>13</sup> Voir annexe n°1.

<sup>14</sup> Le CPOM contractualisé entre l'Agence Régionale de Santé et le CHLFB court actuellement sur la période 2012-2016.

<sup>15</sup> Le projet d'établissement court actuellement sur la période 2013-2017.

<sup>16</sup> Ce point sera détaillé plus bas (voir infra).

de taille, car les bénéfices du DPI, envisagés dans la littérature, et constatés sur des établissements du même type, doivent pouvoir également s'exprimer au CHLFB.

**EHESP** Mais les bénéfices attendus ne doivent pas éluder les différentes contraintes qu'entraîne l'informatisation, que celles-ci soient d'ordre technologiques, générationnelles, culturelles, ou financières. La dématérialisation du dossier patient dans le champ sanitaire et médico-social doit en effet s'analyser en termes de « *changements et ruptures* »<sup>17</sup>. Ainsi, s'engager dans le processus d'informatisation du dossier patient au CHLFB, c'est ouvrir la structure à une nouvelle organisation basée sur l'usage du numérique. Mais c'est aussi et avant tout, s'afférer à conduire le changement.

Dès lors, la question centrale de ce mémoire revient à s'interroger sur le niveau de maturité de l'établissement : est-il suffisant pour concevoir une organisation progressivement axée sur l'usage du numérique ? La perspective de ce nouvel usage, dont le DPI constitue la première étape, s'adaptera-t-il aux vicissitudes d'un SIH en pleine mutation ?

### **Méthodologie et supports de réflexion**

Afin de pouvoir répondre à cette problématique, diverses méthodes de travail ont été utilisées.

L'étude de la littérature a tout d'abord permis de dégager les grands axes de réflexions qui jalonnent ce thème. Le DPI est en effet un sujet d'actualité pour les établissements de santé, qui ne peuvent désormais plus faire l'économie d'un SIH performant où la dématérialisation constitue la pierre angulaire de leur activité. C'est ainsi que nombre de références, attendant à la sécurité des systèmes d'information hospitalier, à la sociologie des organisations, ou encore d'éminences technico-organisationnelles, ont permis de faire évoluer la réflexion de l'élève Directeur, afin de cheminer vers les questions centrales que sous-tendent ce thème.

De nombreux entretiens ont par ailleurs été menés auprès des équipes soignantes<sup>18</sup>, afin d'appréhender les représentations sociales que véhicule le DPI, mais également auprès des principaux porteurs du projet d'informatisation (Responsable des services d'information, médecin du département de l'information médicale, technicienne de l'information médicale). Par ailleurs, des rencontres ont également été organisées avec les responsables du projet DPI dans divers établissements : les Centres Hospitaliers de Saint-Calais<sup>19</sup>, de Vitré<sup>20</sup>, et de La-Guerche-de-Bretagne<sup>21</sup> ont ainsi été sollicités dans le

<sup>17</sup> HANSSKE Arnaud ; *Systèmes d'information en santé : l'heure des ruptures* ; Revue Hospitalière de France ; N°552 ; Mai-juin 2013 ; p.30.

<sup>18</sup> 15 et 16 juin 2015 : participation aux transmissions sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du CHLFB et en service de médecine.

<sup>20</sup> 20 juin 2015 : entretien avec une infirmière diplômée d'état exerçant à l'établissement pour personnes âgées dépendantes Saint-Joseph de Saint-Aubin du Cormier (35).

<sup>19</sup> 23 mars 2015 : entretien au Centre Hospitalier de Saint-Calais (72)

cadre de la rédaction de ce mémoire. L'objectif de ces échanges était de pouvoir capitaliser sur leur expérience dans le domaine de la conduite du projet d'informatisation : il a ainsi été collecté les perspectives d'évolution et d'amélioration pouvant être suggérées au CHLFB.

Enfin, la collecte d'informations lors des instances, des réunions DPI, des échanges informels ou formels entre soignants, médecins et Directions des soins, ont permis d'alimenter la réflexion et le contenu du présent mémoire.

L'informatisation du dossier patient constitue sans nul doute une mutation organisationnelle conséquente pour les structures hospitalières. Par la modification des pratiques professionnelles qu'elle induit, par les enjeux techniques qu'elle suscite, ou par l'investissement financier important qu'elle engendre, l'informatisation se définit comme un projet transversal. L'étude de ce thème s'est révélée extrêmement pertinente afin de comprendre les leviers de la conduite du changement en centre hospitalier. Structures en perpétuels mouvements, souvent contraints par la rigueur financière, les établissements de santé doivent aujourd'hui s'inscrire dans une démarche prospective afin de faire évoluer leur organisation vers des objectifs de qualité et de sécurité des soins, mais aussi d'efficience de la prise en charge. Alors, usage du numérique : quelles perspectives pour le Centre Hospitalier de La Ferté-Bernard ?

Afin de répondre à cette problématique, nous verrons dans un premier temps que le défi de la construction d'un hôpital numérique, par la mise en œuvre d'un dossier patient informatisé, constitue un projet transversal ayant pour enjeu le partage de l'information [1]. La réussite de l'informatisation du dossier patient est toutefois conditionnée par le dépassement de considérations légales, culturelles et organisationnelles [2]. Si la dynamique conduisant à la réussite du projet semble perceptible, il n'en demeure pas moins qu'au-delà d'un partage d'information efficient, il convient de renforcer l'ancrage du Centre Hospitalier dans la démarche numérique [3].

---

<sup>20</sup> 5 juin 2015 : entretien au Centre Hospitalier de Vitré (35).

<sup>21</sup> 29 juin 2015 : entretien au Centre Hospitalier de La-Guerche-de-Bretagne (35).

# **Le défi de la construction d'un hôpital numérique par la mise en œuvre d'un dossier patient informatisé : le partage de l'information au cœur d'un projet transversal**

L'enjeu de l'informatisation est très conséquent au CHLFB. Cela tient au fait qu'une première tentative ait échoué en 2010. Ce nouveau projet appelle dès lors à une forte mobilisation des acteurs [1.1]. En effet, la perspective de cette informatisation, permis par le programme HN, est de taille : elle concerne l'optimisation du circuit de l'information [1.2]. Afin de parvenir à la réussite du projet, une dynamique de conduite du changement est impulsée par des acteurs impliqués [1.3].

## **1.1 L'historique de l'établissement appelle à une forte mobilisation des acteurs**

Les raisons de l'échec de l'informatisation de 2010 sont nombreuses, mais démontrent de manière générale une déliquescence du SIH de l'établissement [1.1.1]. Face à ce constat d'inertie, une politique proactive devait nécessairement être impulsée pour reconquérir la confiance des acteurs du Centre Hospitalier comme des autorités [1.1.2]. Une dynamique de co-construction du projet d'informatisation devait pour cela être initiée [1.2.3].

### **1.1.1 L'échec de l'informatisation de 2010 démontre une déliquescence du SIH**

#### **A) Un projet méconduit**

En 2010, le CHLFB avait esquissé une première tentative d'informatisation du dossier patient aux urgences et en radiologie. Pour ce faire, l'établissement avait bénéficié d'une subvention de 165 000 euros dans le cadre d'Hôpital 2012. Cette initiative s'était toutefois avérée infructueuse.

En effet, la Direction de l'établissement en place en 2010, avait retenu de façon unilatérale un logiciel DPI, sans consultation des professionnels de santé, et au demeurant, de la communauté médicale, ignorant ainsi les fondements même d'une prise de décision collective qui sied à toute conduite de projet. Il en est résulté l'absence d'acceptabilité sociale de l'outil déployé. La co-construction d'un projet entre les acteurs de l'établissement est en effet gage de réussite<sup>22</sup>. L'absence de concertation entraîne inéluctablement le rejet des objectifs fixés, qui plus est lorsque le projet en question transcende l'ensemble de l'organisation hospitalière<sup>23</sup>. L'utilisation du DPI est alors

<sup>22</sup> Voir en ce sens : Madeleine AKRICH ; « Co-construction », in CASILLO I. ; Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation ; Paris ; GIS Démocratie et Participation ; 2013.

<sup>23</sup> Selon une étude CIGREF de 2004, seuls 16% des projets aboutissent au résultat escompté en respectant les délais et les budgets : CIGREF, Réseau des grandes entreprises ; *Dynamique des* Alexis GARDAN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2014-2015

tombée en désuétude. Bien que le logiciel fût maintenu dans les rouages du SIH, il ne fut utilisé par aucun des acteurs du CHLFB.

B) L'absence d'informatisation du dossier patient et du circuit de l'information relevée lors de la certification V. 2010

Le défaut d'informatisation a été nettement relevé lors de la visite de Certification V.2010. La certification est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels mandatés par la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>24</sup>. Cette procédure porte, à la fois sur le niveau des prestations et de soins délivrés aux patients, ainsi que sur la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements

La visite de certification V.2010 s'est tenue en novembre 2010. Les experts visiteurs, après envoi d'un rapport de suivi par l'établissement, ont adressés deux recommandations : l'une portant sur la sécurité du système d'information, et l'autre relative à la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

De telle manière, il était ainsi mis en exergue le défaut d'informatisation au sein du CHLFB, que ce soit dans le domaine du dossier patient ou de prescription médicamenteuse.

En raison du caractère itératif de la procédure de certification<sup>25</sup>, une nouvelle dynamique devait être érigée pour réanimer le feu projet d'informatisation. Cette nouvelle perspective a pu être engagée par la recomposition progressive de l'équipe de Direction, faisant ainsi fi des errances de leurs prédécesseurs.

Afin de structurer cette nouvelle dynamique dans le domaine informationnel, un audit du SIH a été sollicité auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS), dont l'objectif était de réaliser un état des lieux qui puisse le conduire vers son urbanisation et sa modernisation.

C) La réalisation d'un audit par les autorités de tutelles affirme la déliquescence du SIH

La volonté de la Direction de réengager l'informatisation du dossier patient et du circuit du médicament devait à juste titre passer par un état des lieux du SIH. Ceci constitue un prérequis indispensable à la conduite du projet<sup>26</sup>. Mené par l'ARS en 2012, cet état des lieux a démontré que la politique du SIH était méconduite, et que l'infrastructure informatique -vieillissante- n'était pas en mesure de soutenir un projet d'informatisation.

---

*relations autour des systèmes d'information dans les équipes de direction des grandes entreprises françaises* ; Livre blanc ; septembre 2004.

<sup>24</sup> La HAS est une autorité administrative indépendante (API) créée par la loi du 13 août 2004 n°2004-810 relative à l'assurance maladie.

<sup>25</sup> La procédure de certification ayant lieu tous les 4 ans.

<sup>26</sup> ANAP ; *Systèmes d'information dans le secteur médico-social, Retours d'expérience* ; septembre 2013, p. 28.

La politique du SIH s'avérait de prime abord défavorable à la conduite d'un projet d'informatisation. En effet, comme le relève l'ARS, elle souffrait de l'absence de pilotage par un acteur institutionnel identifié. Au demeurant, les ressources humaines qui lui étaient affectées apparaissaient insuffisantes. Enfin, l'accompagnement au changement des utilisateurs était inexistant.

L'infrastructure informatique s'avérait par ailleurs désuète. L'ARS souligne en effet que des fonctions critiques s'appuyaient sur des applications obsolètes, soit par ancienneté de leurs versions, soit par la pérennité de l'éditeur. Pour simple exemple, le logiciel de dispensation des médicaments, en cours d'arrêt lors de l'audit, était déjà obsolète depuis 2009.

Les errances du SIH soulevées par l'ARS étaient donc nombreuses. La formulation d'un plan d'action devait alors permettre au SIH d'élaborer une stratégie future de l'établissement afin d'intégrer le plan HN. Le premier des objectifs fut d'élaborer un projet d'établissement, dans lequel figurerait un schéma Directeur du SIH.

### **1.1.2 L'impulsion d'une dynamique proactive dans le domaine du système d'information, condition *sine qua non* à l'émergence de la confiance des différents acteurs**

#### A) Une conduite stratégique inscrite dans le projet d'établissement

L'informatisation du dossier patient et du circuit du médicament a été érigée en objectif prioritaire par la Direction de l'établissement. L'élaboration d'une démarche prospective de l'établissement devait en ce sens trouver place dans la rédaction du projet d'établissement. En effet, bien qu'obligatoire<sup>27</sup>, le CHLFB n'en disposait plus depuis 2009. L'édification de ce document, définissant les objectifs généraux de l'établissement pour la période 2013-2017, a redonné au SIH un souffle nouveau. Ce dernier s'était vu identifier des objectifs pertinents, heureuses conséquences des constats formulés tant par la HAS, l'ARS, que les équipes du Centre Hospitalier :

- Axe 1 : « développer des nouveaux outils informatiques »
- Axe 2 : « sécuriser le système d'information »
- Axe 3 : « fiabiliser l'identification du patient »

Une donnée remarquable sied toutefois dans l'axe n°1 : la discordance des retro-plannings de l'action « informatiser le circuit du médicament » prévue sur 2014, et l'action « informatiser le dossier patient », devant être réalisée sur 2016. Or, ces deux thèmes recelant tellement d'enjeux pour l'établissement, une décision de la Direction, en accord

<sup>27</sup> Loi n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

avec l'ensemble des acteurs du CHLFB, a été prise : déployer ces outils en même temps afin d'optimiser l'efficacité de la prise en charge.

#### B) L'évaluation des prérequis permettant la mise en œuvre du projet SIH

Définir et mettre en œuvre un projet de SIH implique l'évaluation de certains prérequis. Ces derniers sont multiples.

En premier lieu, l'inscription de l'informatisation du dossier patient et du circuit du médicament dans le projet d'établissement soutient le portage stratégique. En effet, le portage du projet par la Direction est indispensable : les personnels de l'établissement doivent être convaincus que le projet est stratégique pour la structure, afin d'y adhérer pleinement.

En second lieu, les pratiques des professionnels doivent à *minima* être harmonisées. Cela permet de faire converger les besoins et d'obtenir l'adhésion des acteurs autour de l'outil qui sera mis en œuvre. Dans le champ du DPI, cette exigence métier a été structurée autour d'un dossier patient unique formalisé, et consultable sur le site de gestion documentaire. Comme le soulignait le médecin du Département de l'Information Médicale (DIM) lors d'un entretien en date du 27 mai 2015 : « *il faut toujours un bon dossier unique pour se lancer dans le DPI* ».

En troisième lieu, il est aussi nécessaire de mettre à niveau les infrastructures (réseau Ethernet et WIFI, serveurs, postes de travail). Ce point rejoint la politique d'investissement de l'établissement, qui dans le cadre de l'Etat Prévisionnel des recettes et des Dépenses (EPRD) et du Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) a échelonné le financement des achats ou des travaux nécessaires pour soutenir l'informatisation.

Enfin, en dernier lieu, l'identification de points critiques constitue le dernier des prérequis à la conduite de l'informatisation. Ceux-ci sont essentiellement d'ordre financier. L'établissement rencontre en effet des difficultés financières importantes, caractérisées par l'absence de capacité d'investissement. Ce frein peut être conséquent et par ailleurs bloquant pour la conduite du projet, dont le coût est évalué à minima à 430.000 euros.

#### C) La perspective de la certification V.2014 soutient la capacité de résilience des établissements

Même marqué par l'échec de l'informatisation de 2010, le CHLFB semble être en passe de réaliser son projet d'informatisation. Il apparaît en effet qu'une organisation dispose d'une capacité de résilience.

Selon Karl E. WEICK, les organisations sont dotées du pouvoir de résilience<sup>28</sup>. Cette notion se définit comme la capacité, pour un établissement, à maintenir un système

---

<sup>28</sup> WEICK Karl ; *The Collapse of Sensemaking in Organizations : The Mann Gulch Disaster*, Administrative Science Quarterly ; Vol.38 ; p.628-652 ; 1993.



d'actions organisé dans le but de préserver la vie de l'organisation. Les facteurs de la résilience sont au nombre de quatre et doivent être exaltés par la Direction :

- EHESP**
- *Maintenir mentalement la structure de l'organisation dans le cas où celle-ci devait s'effondrer* : cela se traduit par l'élaboration du projet d'établissement, lequel fait « vivre » la structure.
  - *Avoir une attitude de sagesse*, par la prise en compte de l'historique de l'établissement et de sa façon d'exister sur le territoire.
  - *Favoriser l'interaction respectueuse* : avec les acteurs qui le composent, et qui sont la mémoire vivante de l'établissement, lesquels doivent être consultés et associés aux projets de l'établissement.
  - *Faire preuve d'improvisation en cas de besoin* : cela se traduit par le fait de ne pas être désarçonné lorsqu'une opposition se manifeste.

Cette théorie trouve une application concrète au CHLFB. En effet, il a pu être constaté que la philosophie de l'équipe de Direction respecte ces vecteurs de résilience, éloignant ainsi le spectre d'une gestion de l'informatisation hasardeuse, telle qu'elle fut menée par le passé. En somme, il appartient de « *tirer parti de ses échecs [afin] de reconnaître leur contribution à l'apprentissage plutôt que d'ignorer ou nier ceux-ci* »<sup>29</sup>.

Cette capacité de résilience est par ailleurs stimulée par la perspective de la Certification V.2014 du CHLFB en mai 2015. Par sa nature, elle est un vecteur d'émulation des équipes de Direction et de Soins, dans le cadre d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Dès lors, capitaliser sur les précédentes erreurs commises dans le domaine du SIH doit pouvoir permettre d'éviter toutes nouvelles recommandations dans le domaine de l'informatisation du dossier patient et du circuit du médicament, lesquels seraient désastreuses pour la vie de l'établissement.

Afin de soutenir la réussite de ce projet, l'opportunité d'une adhésion au programme HN s'est présentée. Suite à un dépôt de candidature début janvier 2014, le CHLFB a été retenu. Cela implique pour l'établissement, en retour d'une aide financière, d'apporter les garanties d'une modernisation de son SIH.

### **1.1.3 Les vecteurs de l'acceptabilité sociale du projet d'informatisation semblent réunis**

La perspective d'une utilisation d'outils numériques est conditionnée par leur acceptation sociale. La notion d'acceptabilité sociale, qui est éminemment pertinente dans le cadre de ce mémoire, a été approfondie au cours d'un entretien avec un psychosociologue de l'École de Hautes Etudes en Santé Publique.

---

<sup>29</sup> THORNE M. ; *Interpreting corporate transformation through failure* ; Management Decision ; vol. 38, ; n° 5 ; 2000 ; p. 313.

L'étude de l'acceptabilité sociale d'une nouvelle technologie, ou d'un nouveau projet, au sein d'une organisation, met souvent en évidence une réalité qui n'avait pas été envisagée avant le lancement du projet. Le concept d'acceptabilité sociale doit être abordé selon deux aspects :

- la perception des risques par les acteurs (remise en cause du professionnalisme, de la qualité et des pratiques quotidiennes) et la prise en compte des répercussions possibles sur l'image de la structure et du travail réalisé par les acteurs concernés ;
- la construction de l'acceptabilité sociale : une fois le risque perçu, il faut avoir un discours informatif auprès des personnes directement concernées.

Pour construire l'acceptabilité sociale, deux principes apparaissent incontournables : d'une part, la confiance, avec un rejet absolu de la pratique du secret, et d'autre part, la co-construction, qui intègre d'impliquer très tôt les personnes concernées, de les rendre acteurs du processus, de trouver des arguments qui vont les amener à participer au projet, en donnant un sens et en leur faisant comprendre les enjeux. L'idée-clé de l'acceptabilité sociale d'un outil ou projet est qu'il ne doit pas seulement être "bon techniquement", mais également accepté par les acteurs concernés. Sinon, son implantation est vouée à l'échec, puisqu'un dispositif peut respecter l'ensemble des critères d'utilisabilité mais être impossible à faire accepter. La co-construction appelle par ailleurs la notion de communication. M. CROZIER et E. FRIEDBERG, dans leur ouvrage *L'Acteur et le système*, énumèrent quatre sources du pouvoir dont celle de la communication. Pour ces auteurs, tout individu a besoin d'informations. Ils considèrent que la communication d'informations a toujours une grande valeur stratégique<sup>30</sup>. Ces différentes sources nous montrent que les préalables à un projet passent par une communication adaptée, réfléchie et organisée et qu'il ne faut pas minimiser le « jeu des acteurs », sachant que les enjeux sont différents selon le rôle et la place occupée dans l'institution. Il est donc nécessaire d'associer les acteurs concernés dès l'origine de celui-ci, en favorisant la participation sur la base d'une présentation des enjeux.

Au CHLFB, les facteurs de l'acceptabilité sociale du projet d'informatisation semblent à l'œuvre. Ainsi que l'a rappelé la Directrice lors de la visite de Certification en mai 2015, « le choix du DPI s'est réalisé dans le cadre d'une CME élargie, associant les cadres. Le choix a ensuite été acté en Directoire ». L'initiation de cette dynamique collective a ainsi permis une meilleure acceptation du projet. Pourtant, force est de constater, que certains professionnels, et *a fortiori* les médecins, n'étaient pas favorables à cette informatisation, tel que l'a souligné l'entretien avec le médecin DIM.

---

<sup>30</sup> CROZIER Michel ; FRIEDBERG Erhard ; *L'Acteur et le système* ; Editions du Seuil ; Paris, 1977.

## **1.2 La déclinaison du programme Hôpital numérique à l'échelon local incite à la modernisation du système d'information hospitalier, levier de l'optimisation du circuit de l'information**

Le programme Hôpital numérique entraîne des évolutions significatives pour les établissements. Ces derniers sont en effet impliqués dans une modernisation de leur système d'information, maillon du chainage hospitalier à l'importance croissante [1.2.1]. Cette évolution du SI permet dès lors l'atteinte d'objectifs cibles, dont le premier est le DPI. Cet outil recèle de nombreux avantages pour les usagers du système de santé [1.2.2]. Corrélativement, il en est de même pour l'informatisation du circuit du médicament [1.2.3].

### **1.2.1 Le programme Hôpital numérique implique les hôpitaux dans une modernisation des systèmes d'information hospitalier, maillon du chainage des établissements à l'importance croissante**

A) Le système d'information hospitalier engage un enjeu conséquent : la maîtrise de l'information

Le SIH des établissements postule à une optimisation du flux d'informations des centres hospitaliers. En ce sens, le programme HN, centré sur le processus de soins, définit un plan de développement et de modernisation des SIH. Dans ce cadre, une politique d'urbanisation du SIH est essentielle.

La démarche d'urbanisation du SIH a pour objectif de définir l'organisation du SI en différents composants relativement indépendants (référentiels, outils de production, outils de pilotage) et de décrire les interfaces entre ces composants. Elle doit amener à un alignement entre les objectifs stratégiques et opérationnels, les processus métiers, l'architecture fonctionnelle et applicative et l'infrastructure de l'organisation. Ainsi, l'intérêt de cette démarche est de construire, à partir de règles d'urbanisation, un SIH efficient, agile et évolutif. Les cadres d'interopérabilité définissant l'intégration des différents composants entre eux, sont un élément essentiel pour le bon fonctionnement de l'ensemble. Le développement du SIH constitue un levier d'amélioration du partage de l'information.

En ce sens, la proposition d'un schéma du SIH émanant de R. DE COURCY permet d'illustrer l'imbrication des différentes strates le composant<sup>31</sup>. Ce schéma traduit parfaitement l'interdépendance entre SIH et organisation hospitalière. Cette interdépendance résulte du fait que le SIH gouverne l'accès à une ressource clef : l'information. En effet, le SIH, rappelons-le, s'apparente à un ensemble organisé de

---

<sup>31</sup> Voir schéma en annexe 3.

ressources (matériels, logiciels, personnel, données et procédures) qui permet de collecter, regrouper, classer, traiter et diffuser de l'information dans l'organisation hospitalière. De telle manière, le SIH a vocation à optimiser les flux d'informations et de connaissances au sein de l'hôpital, pour, *in fine*, aider les gestionnaires à maximiser les ressources communiquées.

Ainsi, le SIH transcende l'organisation hospitalière. En codifiant et en rationalisant les informations circulant dans l'établissement, il interagit sur les politiques, les structures, les procédures et les cultures. Par là-même, il favorise l'émergence de pratiques transversales et collaboratives, la fluidification du parcours des patients et la fiabilité et la sécurité des transmissions d'informations. De manière générale, il est donc le vecteur d'une amélioration de la qualité des soins.

Enfin, la modernisation des SIH est motrice de l'informatisation des dossiers patients. Comme le soulignait déjà la note d'orientation adressée au ministre de la santé en 2003, « *la mutation [des SIH] vers des systèmes centrés patient, modernes, flexibles et interopérables, est une nécessité pour l'informatisation des processus de soins* »<sup>32</sup>. C'est en ce sens que le programme HN a entendu amener les établissements vers une modernisation de leur SIH.

#### B) Un programme d'envergure orientant l'établissement vers la modernisation des SIH

Le programme HN constitue un programme d'envergure visant à moderniser les SIH. Il se distingue du plan Hôpital 2012, qui n'était pas exclusif au système d'information.

De prime abord, pour accompagner les établissements dans un effort de modernisation de leur SI, le volet financement du programme HN prévoit l'octroi d'un soutien financier aux établissements de santé (hors médico-social) publics, privés et ESPIC éligibles, quel que soit leur champ d'activité, à la double condition de leur conformité aux prérequis, et de l'atteinte - avant le 31 décembre 2016 - des cibles définies sur l'usage du système d'information dans chaque domaine fonctionnel sur lequel l'établissement candidate. Pour ce faire, les établissements déposent leur candidature sur l'outil dossier d'instruction des projets d'investissement (DIPI) et sont informés dans un délai de quatre mois de la sélection de leur dossier par l'ARS. Au niveau national, fin 2014, ce sont près de 61 millions d'euros qui ont ainsi été délégués auprès de 248 établissements<sup>33</sup>.

Le CHLFB a vu sa candidature être acceptée au programme HN. De telle manière, il s'assure d'une montée en gamme de son SIH, laquelle est corrélée au déploiement du DPI (domaine fonctionnel) sur sa structure. L'informatisation recèle en effet d'enjeux

---

<sup>32</sup> FIESCHI M. et MERLIERE Y. ; *Les données du patient partagées : propositions pour l'expérimentation* ; Note d'orientation au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; mai 2003.

<sup>33</sup> Direction Générale de l'Offre de Soins ; *Programme Hôpital numérique* ; rapport d'activité 2014 ; 2015 ; p.3

financiers conséquents pour l'établissement, qu'il est difficile de soutenir en l'absence de subventions extérieures. Ainsi, 406 000 € seront alloués au CHLFB, par l'ARS, dans le cadre de ce programme. Pour 2014, une première enveloppe équivalente à 25 % du financement total (soit 101 500 €) a d'ores et déjà été délivrée.

Par ailleurs, le programme HN bénéficie de la contribution de partenaires, qui démontre, s'il en était encore besoin, son envergure. En effet, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence nationale des Systèmes d'Information Partagés de santé (ASIP Santé), concourent à la réussite du programme. Ce travail collaboratif entre ces diverses institutions doit permettre aux établissements de santé d'être accompagnés dans l'atteinte des prérequis.

### C) Analyse théorique et implications pratiques de l'atteinte des prérequis du programme Hôpital Numérique

Le programme HN se décompose en deux grandes familles : les prérequis et les domaines prioritaires. Si pour Y. LE GUEN<sup>34</sup> « *Les prérequis ne sont qu'un premier palier, les domaines d'usage sont les cibles* », leur atteinte apparaît essentielle. Ceux-ci sont composés de trois groupes.

Le premier groupe des prérequis est celui des « *identités et mouvements* ». Il concerne la complétude et la bonne tenue de l'annuaire des identités, de celui des mouvements et de celui des structures. Concrètement, cela consiste à affirmer que l'intégrité des données de soins - dont l'identité du patient est la composante première - est au sommet de la hiérarchie des préoccupations en matière de sécurité du SIH. En ce sens, une politique d'identito-vigilance doit être structurée afin d'atteindre ces prérequis. Celle-ci est en œuvre au CHLFB. Cela ressort par l'étude de trois points fondamentaux. Tout d'abord, la présence d'une commission d'identitovigilance (CIV), se réunissant régulièrement et dont les comptes rendus sont diffusés, assurant ainsi la minimisation des risques d'erreurs d'identité du patient. Par ailleurs, un corpus de règles encadrant la saisie du nom des patients (selon la règle de l'écriture en majuscule et par nom de naissance) homogénéise l'identification des patients. Enfin, ce dispositif est évalué et amélioré régulièrement : la formation des nouveaux agents, l'analyse des erreurs, la mise à jour des procédures, sont autant d'éléments favorisant l'efficacité de la politique d'identito-vigilance.

Le deuxième groupe des prérequis est relatif à « *la disponibilité des données* ». Cela correspond à la nécessité d'assurer la permanence des processus de soins en cas de panne du SIH. En ce sens, le CHLFB dispose d'un plan de retour à l'activité (PRA) dont l'une des composantes est la procédure dégradée<sup>35</sup>. Cette dernière décrit le processus

---

<sup>34</sup> Direction Générale de l'Offre de Soins ; Sous-Directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, dans *Programme Hôpital numérique*, rapport d'activité 2014 ; p.3.

<sup>35</sup> Voir annexe 7.

organisant le retour au dossier patient papier en cas de dysfonctionnement du logiciel DPI. Elle permet ainsi de maintenir le processus de soins en attendant que la source du dysfonctionnement soit identifiée et résolue. A ce titre, la validation sous format qualité d'une procédure dégradée, rédigée de façon pluridisciplinaire, est en œuvre au CHLFB. Celle-ci a été utilisée à de multiples reprises, lors d'opérations d'installation, de maintenance du logiciel ou pour l'ajout de patches correctifs. La procédure dégradée constitue donc un maillon essentiel de la continuité des soins en cas d'atteinte au fonctionnement du SIH. Son existence participe de la souscription du CHLFB au deuxième groupe des prérequis du programme HN, qui selon Cédric CARTAU « est très clairement le plus difficile à atteindre »<sup>36</sup>.

Le troisième groupe concerne pour partie « la confidentialité des données », mais également l'organisation de la sécurité du SI dans l'établissement. Il s'agit de développer un socle documentaire, dont doit impérativement faire partie une charte informatique<sup>37</sup>, et d'assurer la réglementation relative à la loi du 6 janvier 1978<sup>38</sup> et à la loi du 4 mars 2002<sup>39</sup>, dont les implications seront détaillées plus bas. L'ensemble de ces bonnes pratiques est également en œuvre au CHLFB.

Par l'atteinte de ces prérequis, le CHLFB est en mesure de faire bénéficier à ses usagers des avantages attendus du DPI, lequel constitue un domaine fonctionnel prioritaire<sup>40</sup>.

### **1.2.2 L'inéluctable informatisation des dossiers patients, suscitée par le programme Hôpital numérique, au bénéfice des usagers**

Nous l'avons souligné plus haut : la qualité et l'exhaustivité de l'information sont aujourd'hui au centre des processus décisionnels. L'hôpital, institution complexe, brasse aujourd'hui une immense quantité de données, de nature, de statut juridiques, et de pertinence très variables. L'informatisation du dossier patient est aujourd'hui devenue incontournable. En effet, la dématérialisation du dossier patient permet de répondre aux exigences des usagers du système de santé, par les multiples apports qu'il procure. Ces apports se concentrent autour de trois axes principaux.

En premier lieu, le DPI est vecteur d'accessibilité à l'information et de continuité des soins. En effet, il diminue les temps d'accès et d'acheminement des informations médicales : les informations du patient sont désormais immédiatement disponibles, et accessibles depuis tout poste informatique. Par là-même, le DPI redéfinit les notions de

---

<sup>36</sup> CARTAU Cédric ; *Stratégies du système d'information vers l'hôpital numérique* ; Presses de l'EHESP, 2013, p.130.

<sup>37</sup> Voir annexe 7.

<sup>38</sup> Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

<sup>39</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>40</sup> Voir annexe 5.

temps et d'espace, puisque l'information reste accessible pendant le parcours de soins du patient dans les différents services<sup>41</sup>. Conséquence de cette meilleure accessibilité, le DPI favorise la prise en charge multidisciplinaire : le support papier n'étant plus contenu dans un lieu dédié (tel que la salle des infirmiers sur le secteur médico-social), ou détenu par une seule personne (entre les mains d'un médecin), mais reposant désormais sur le support numérique, il favorise de ce fait les échanges entre l'ensemble des professionnels de santé concourant à la prise en charge du patient. Le DPI est donc un outil de communication entre les professionnels et entre les équipes qui prennent en charge l'utilisateur. *In fine*, en décloisonnant et en partageant ces données initialement captives du support papier, le DPI favorise une meilleure continuité des soins et une optimisation de la prise en charge.

En second lieu, le DPI comporte une fonction de sécurisation des soins. En effet, il assure une réponse au besoin de sécurité et de traçabilité. Sécurité, tout d'abord, car l'accès à un dossier sur support informatique est sectorisé au regard de la fonction de l'utilisateur : les codes d'accès varient selon les catégories socio-professionnelles (CSP). Traçabilité, ensuite, puisque les actions des utilisateurs sont tracées par une simple validation des actes, et engage à ce titre les utilisateurs dans une démarche d'exhaustivité et de justesse des informations renseignées. Sans nul doute, le DPI développe la responsabilité des utilisateurs<sup>42</sup>.

Enfin, en dernier lieu, le DPI comporte une fonction de synthèse, d'analyse et d'évaluation. Fonction de synthèse, d'une part, puisque le DPI permet de regrouper et de classer tant, les soins, les observations et les résultats du séjour, que les courriers de sortie, les comptes rendus d'hospitalisation ou encore les rendez-vous à venir du patient. Fonction d'analyse et d'évaluation d'autre part, car les données renseignées pendant le séjour sont en effet facilement exploitables, car interopérables entre logiciels, par le département de l'information médicale, dans un contexte de montée en charge du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) lié au passage à la T2A. De manière générale, il permet de procéder à des études statistiques, par la production d'indicateurs divers de gestion, de consommations ou d'épidémiologie.

KOHLER et TOUSSAINT ont par ailleurs listé l'ensemble des avantages et inconvénients de l'informatisation du dossier patient<sup>43</sup>. Partie intégrante du DPI, le logiciel de prescription participe par ailleurs d'une amélioration de la qualité de la prise en charge.

---

<sup>41</sup> Exemple de parcours de soins : un résident d'EHPAD est admis aux urgences après une chute. Le diagnostic pose une fracture du fémur. Le patient sera alors opéré au bloc opératoire, avant d'être admis en service de chirurgie.

<sup>42</sup> La loi n°2000-230 du 13 mars 2000 portant adaptation du droit de la preuve aux nouvelles technologies et relative à la signature électronique légitime la valeur de l'écrit électronique qui a la même force probante que l'écrit sur support papier.

<sup>43</sup> KOHLER et TOUSSAINT, mai 2003, disponible sur : <http://www.uvp5.univ-paris5.fr/staticmed/e-dosmed/cours/dossier%20patient/references/Avantages.html>

### **1.2.3 L'informatisation du circuit du médicament participe de la qualité de la prise en charge**

Le circuit du médicament en établissement de santé est composé d'une série d'étapes successives, réalisées par des professionnels différents : la prescription est un acte médical, la dispensation un acte pharmaceutique, et l'administration, un acte infirmier ou médical. Chaque étape de ce circuit est source d'erreurs potentielles qui peuvent générer des risques pour la santé du patient. Aussi, l'arrêté du 6 avril 2011 mentionne-t-il que « *l'informatisation des processus de prise en charge médicamenteuse est une des conditions essentielles de sa sécurisation* »<sup>44</sup>. Cette considération se vérifie à plusieurs égards.

De prime abord, la prescription informatisée est réalisée en temps réel. Cette caractéristique évacue ainsi le risque alors prégnant en présence d'un dossier papier, d'une retranscription infirmière de la prescription. Par ailleurs, l'intégration de la prescription au dossier informatique du patient permet une meilleure traçabilité des informations (les noms et prénoms du prescripteur apparaissent en sus de l'horodatage de l'action de prescription). De la même manière, le partage d'informations entre les prescripteurs, les pharmaciens et les infirmières est favorisé. Enfin, l'informatisation soutient l'aide à la prescription grâce à l'accès possible depuis tout poste connecté sur le réseau de l'établissement de santé à des protocoles locaux validés et à des banques de connaissances, tels que le livret thérapeutique de l'établissement, le site de l'agence nationale de sécurité du médicament, les bases de recommandations de bonne pratique ou de protocoles thérapeutiques formulés par la HAS, ou encore les dictionnaires de monographies des médicaments. *In fine*, l'informatisation du circuit du médicament apparaît comme un élément essentiel de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins au sein de l'établissement, par le développement du travail collaboratif qu'il suscite.

Afin de rendre effectifs ces bénéfices sur le site du CHLFB, la conduite du projet de l'informatisation du dossier patient jouit d'une implication totale des acteurs.

## **1.3 La structuration d'une dynamique de conduite du changement par des acteurs impliqués**

La structuration d'une dynamique de conduite de changement a été portée par des acteurs impliqués, au sein d'une équipe pluri-professionnelle [1.3.1]. Ce projet bénéficie par ailleurs de ressources aguerries du service informatique [1.3.2]. Enfin, la politique

---

<sup>44</sup> Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé



d'amélioration de la qualité, omniprésente dans ce projet, entraîne la participation du service qualité dans le cadre de la minimisation des risques liés à l'informatisation [1.3.3].

## EHESP

### 1.3.1 Une conduite du changement pluri-professionnelle : un vecteur de réussite du projet

- A) Le positionnement de la direction des soins en qualité de chef de projet : une fonction essentielle au portage du projet

Les projets d'informatisation nécessitent une forte implication en gestion de projet. La littérature insiste sur la nécessité pour les gestionnaires de nommer une chefferie de projet bicéphale associant à la fois un profil technique et un profil métier<sup>45</sup>. Ce positionnement permet notamment d'assurer la pérennité de la chefferie de projet en ne faisant pas reposer le projet sur une seule personne.

Exaltant cette recommandation, le projet d'informatisation au CHLFB est mené grâce à l'embauche d'un Ingénieur informatique avec compétences techniques, en la personne du Responsable SI de l'établissement, également référent en Sécurité des Systèmes d'Information (rSSI) et Correspondant Informatique et Liberté (CNIL), mais également par le profil métier de la Directrice des Soins Infirmiers (DSI). S'ils agissent de concert, c'est bien à la Direction des soins que revient le pilotage de l'ensemble du processus d'informatisation, dont le rôle est éminemment stratégique, à plusieurs égards.

Tout d'abord, la DSI jouit d'une analyse de terrain intimement liée à son parcours de soignant puis de cadre de santé. Cette trajectoire personnelle lui permet ainsi d'avoir la faculté de relayer les problématiques et préoccupations soignantes auprès des autres acteurs de l'informatisation, facilitant *in fine* la prise de décision. A l'inverse, son rôle de manager au sein de l'institution hospitalière permet de diffuser sur le terrain les grandes orientations qui lui ont été signifiées par la Direction générale. Bien souvent dépendant hiérarchiquement de la Direction des ressources humaines, le positionnement de la FFDSI peut parfois s'avérer délicat : comme le souligne Josette HART, « *diriger le service infirmier est fondé sur l'injonction paradoxale suivante : dirigez les soignants même si on ne vous en donne pas le pouvoir* »<sup>46</sup>. En pratique, ce paradoxe n'est pas perceptible au CHLFB, où la DSI jouit d'une autorité naturelle. Qui plus est, l'expérience de la FFDSI du CHLFB est un gage de réussite du projet. Cela révèle par ailleurs que le portage d'un projet peut être très personne-dépendant, et force est de constater que son implication est

<sup>45</sup> ANAP ; *Systèmes d'information dans le secteur médico-social, retours d'expériences et grands enseignements* ; Septembre 2013, p.30.

<sup>46</sup> HART J. ; LUCAS S. ; GOUDEAU A.; *Management hospitalier, stratégies nouvelles des cadres* ; 2002 ; p.75.

totale. La dynamique qu'elle impulse est par ailleurs soutenue par une équipe projet pluridisciplinaire.

B) Une chefferie de projet adossée à une équipe pluridisciplinaire

La mise en place d'un dispositif de pilotage est un facteur clé de réussite du projet. Il s'agit de constituer des instances de suivi (comité de pilotage et comité de suivi) dont la composition, les rôles et responsabilités, et la fréquence de réunion sont bien définis.

La nécessité de constituer une équipe projet pluridisciplinaire correctement dimensionnée apparaît incontournable. Celle-ci doit par ailleurs rassembler des visions et des niveaux d'expertises très complémentaires qui permettront de voir mieux et plus loin. C'est pourquoi le Comité de pilotage (Copil) du DPI se compose de la Directrice, du président de la CME, d'un cadre de médecine, d'un cadre des urgences, du Responsable des Systèmes d'Information, du médecin DIM, d'une technicienne d'information médicale également assistante informatique des utilisateurs, et enfin, d'une infirmière des urgences détachée sur le projet.

De telle manière, cette équipe rassemble les CSP utilisatrices (médecins, soignants, paramédicaux, SI et administration) ayant été formés à la solution DPI déployée. Notons toutefois l'absence de pharmacien dans ce groupe. La responsable pharmacie sera cependant associée dans un second temps à la démarche d'informatisation du circuit du médicament, laquelle succède à l'informatisation du dossier patient.

C) La nomination de référents, un acte déterminant

Deux types de référents peuvent être identifiés : les référents utilisateurs et les référents métiers.

Les référents utilisateurs sont les interlocuteurs principaux du prestataire informatique, de l'éditeur et des nouveaux agents. Les référents utilisateurs sont la TIM et l'IDE détachée sur le projet. Leur analyse, « technique » pour l'une, et « métier » pour l'autre, permettent de gérer de façon optimale les problématiques soulevées sur le terrain lors du déploiement du DPI. Ces deux agents se révèlent par ailleurs être des personnes ressources par leur grand degré de connaissances et de compétences dans le domaine informatique. La TIM a par ailleurs une expérience significative dans le champ de l'informatisation des processus de soins<sup>47</sup>. Les problématiques techniques, logistiques ou matérielles, tout comme l'organisation des formations à destination des agents, ont pu être largement anticipées par son concours. Nul ne peut en effet contester l'exigence de bénéficier de ressources humaines expertes et motivées, vecteurs de cohésion au sein du projet.

---

<sup>47</sup> Centre Hospitalier de Saint-Calais (72) et Centre Hospitalier de La Loupe (28).

Quant aux référents métier, ils constituent les acteurs de terrains ayant reçu une formation au logiciel plus poussée que leurs pairs, et sont sollicités par les utilisateurs lorsqu'ils se retrouvent confrontés à une problématique particulière. Ils jouent un rôle primordial dans l'acceptation et l'utilisation du logiciel. En effet, selon une publication de l'ANAP de juin 2015, « *le choix et le management des référents métiers animant la conduite du changement sur le terrain constituent un élément déterminant pour parvenir à un usage satisfaisant de la solution DPI mise en œuvre* »<sup>48</sup>. Le choix a été fait au CHLFB de désigner trois référents DPI par services, dont l'un était nécessairement le cadre de santé. Ces référents métiers ont bénéficié d'une formation approfondie au logiciel par le prestataire DPI. De telle manière, ils bénéficient d'une pleine connaissance du logiciel, et peuvent ainsi conduire les équipes vers l'appropriation pleine et totale de la solution DPI déployée. Toutefois, nommer le cadre de santé comme référent métier peut s'avérer difficile pour les équipes. En effet, par la charge de travail qui leur incombe, ils peuvent être détournés de leur mission d'accompagnement dans l'utilisation du DPI.

Si le projet d'informatisation du dossier patient ne relève pas uniquement de la compétence d'informaticiens, force est de constater que leur contribution est essentielle à sa réussite.

### **1.3.2 Un projet bénéficiant de ressources aguerries du service informatique**

Le soutien des compétences techniques est indispensable au déploiement du DPI. Insuffisantes en 2010, les compétences de ce service ont été particulièrement renforcées pour le projet actuel.

En 2010, tel que l'a répertorié l'audit de l'ARS en 2012, l'organisation du SIH n'était pas optimale. Le Directeur des systèmes d'information (DSIO) était alors le Directeur du CHLFB. L'équipe informatique était composée de deux techniciens supérieurs hospitaliers (TSH) à plein temps et d'une TIM à quart temps. D'une part, les TSH avaient un rôle d'intervention - dont le périmètre était circonscrit au dépannage de premier niveau du réseau, des postes de travail et des serveurs - et d'accompagnement au changement. D'autre part, le TIM opérait sur le paramétrage et le requête applicatif. Malgré ces effectifs, l'absence de compétence de maîtrise d'ouvrage (MOA) des systèmes d'information ne pouvait qu'être constatée.

Pour soutenir le projet d'informatisation actuellement à l'œuvre, de nombreuses compétences ont été recrutées. Tout d'abord, la chefferie du projet informatique a pu être assurée par le recrutement d'un Ingénieur Responsable du service des Systèmes

---

<sup>48</sup> BONTHOUX Thomas ; LEREUN Ronan ; PLASSAIS Olivier ; *Comprendre les problématiques du dossier patient informatisé et interopérable : du dossier papier au dossier informatique* ; Hôpital numérique ; ANAP ; Juin 2015. ; p. 7.

d'Information hospitalier. Un remaniement des fonctions des deux TSH en postes a été opéré, et surtout, la TIM est aujourd'hui à temps plein avec un rattachement plus marqué au service informatique, puisqu'elle assure également l'assistance des utilisateurs au niveau logiciel. Le détachement de l'IDE s'est par ailleurs opéré de septembre 2014 à juin 2015. De telle manière, une équipe élargie et opérationnelle s'est constituée pour mener à bien le projet de l'informatisation.

Si des compétences techniques et précises dans le domaine informatique sont bien évidemment requises, il n'en demeure pas moins que des compétences transversales, émanant du service qualité, sont nécessaires pour assurer la minimisation des risques liés à l'informatisation.

### **1.3.3 Un projet adossé au département qualité pour minimiser les risques**

Le projet d'informatisation bénéficie de l'expertise du service qualité. Son apport est essentiel dans le champ de la validation des procédures relatives au déploiement du DPI. Mais le travail à l'hôpital se veut par essence coopératif : l'ensemble des acteurs sont interdépendants. C'est pourquoi ce point mettra en exergue les liens entre Certification, assumée avant tout par le service qualité, et le programme HN.

A) Le rapprochement opportun du programme Hôpital Numérique et de la Certification V.2014 des établissements de santé

Comme le souligne la HAS dans sa publication *Certification et Hôpital Numérique 2012-2016*, « la modernisation du système d'information hospitalier (SIH) est devenue un enjeu majeur de la politique d'amélioration de l'organisation des soins »<sup>49</sup>.

Rappelons que le programme Hôpital Numérique, centré sur le processus de soins, définit un plan de développement et de modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH) fondé sur un socle de priorités et d'objectifs que l'ensemble des établissements de santé doit atteindre en 2017. Ce palier de maturité du programme HN est constitué de 34 indicateurs : 12 dans les trois domaines constituant les « prérequis » et 22 sur les cinq domaines fonctionnels<sup>50</sup>.

Comme mentionné précédemment, l'une des ambitions de ce programme est de coordonner l'ensemble des acteurs, dont la HAS, autour d'une feuille de route commune pour les systèmes d'information hospitaliers, mais surtout d'amener l'ensemble des établissements de santé à un niveau de maturité de leurs systèmes d'information suffisant pour améliorer significativement la qualité, la sécurité des soins et la performance dans des domaines fonctionnels prioritaires, sur un socle assurant la sécurité des données.

---

<sup>49</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1263542/certification-et-hopital-numerique-20122016](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1263542/certification-et-hopital-numerique-20122016)

<sup>50</sup> Voir annexe 5.

C'est dans cette logique qu'il apparaissait opportun pour la Certification V.2014 de prendre appui sur les indicateurs HN recueillis depuis septembre 2012 par tous les établissements de santé (tout statut, toutes activités, toute taille), sans que cela constitue un surcroît de travail pour ces derniers, puisque ces indicateurs font l'objet d'une remontée obligatoire dans l'observatoire des systèmes d'information de santé (oSIS).

B) Les implications pratiques du rapprochement entre le programme Hôpital Numérique et la certification des établissements de santé

Le rapprochement entre le programme HN, et la procédure de Certification, permet aux établissements de santé de satisfaire à des critères harmonisés. Ainsi, en mutualisant leurs exigences, la DGOS et la HAS limitent la redondance du travail à réaliser par les équipes. Cela se traduit - pour exemple - à travers la validation de procédure concourant à l'atteinte de critères de la Certification (5.b - Sécurité du SI / E2), lequel correspond à l'indicateur relatif au plan de reprise d'activité du SI (HN P2.1). Il s'agit donc pour le gestionnaire d'établissement d'élaborer des procédures satisfaisant à ces deux impératifs. Ces procédures se veulent par essence pluridisciplinaires, car élaborées à un niveau décisionnel, stratégique et opérationnel. Le niveau décisionnel (Responsable DIM, Responsable métier, Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information) définit les règles. Le niveau stratégique (Direction) les valide. Le niveau opérationnel (agents) les met en œuvre. Nous citerons à ce titre l'exemple de la procédure de distribution d'un code d'accès pour le DPI<sup>51</sup>.

### **Conclusion liminaire**

Le défi de la construction d'un hôpital numérique constitue un projet transversal. En effet, il intime à l'ensemble des acteurs du Centre Hospitalier, de se mobiliser, afin que se concrétise l'informatisation du dossier patient. Le CHLFB, marqué par une première tentative d'informatisation en 2010, doit en effet pouvoir faire bénéficier aux patients pris en charge, et aux résidents qu'il accompagne, les bénéfices de la dématérialisation du circuit de l'information.

Ce projet, mené par une équipe pluridisciplinaire, nécessite toutefois de prendre en compte des considérations de divers ordres, qu'elles soient légales, culturelles ou organisationnelles.

---

<sup>51</sup> Voir annexe 7.1.

## **2 La réussite de l'informatisation du dossier patient conditionnée par des considérations légales, culturelles et organisationnelles**

La réussite de l'informatisation du dossier patient est inextricablement corrélée à la prise en compte de considérations, de divers ordres. Elles sont de prime abord légales, car la sensibilité des informations numérisées impose aux établissements le respect de stricts critères de confidentialité, de sécurité et d'intégrité des données [2.1]. Elles sont culturelles d'autre part, puisque l'informatisation impacte fortement les pratiques professionnelles, et suscite en cela des craintes, lesquelles doivent être dépassées [2.2]. Techniques, enfin : l'informatisation engendre nécessairement la modernisation des infrastructures, ce qui n'est pas sans soulever certaines problématiques [2.3].

### **2.1 L'informatisation du dossier patient doit répondre à un cadre juridique strict**

#### **2.1.1 L'informatisation permet la préservation de la confidentialité des données**

- A) La demande d'autorisation préalable auprès de la commission nationale informatiques et libertés : un acte obligatoire visant à respecter le droit au respect de la vie privée des patients

Du fait du caractère « sensible » des données conservées sur le DPI, une procédure d'autorisation auprès de la Commission Nationale d'informatique et Libertés (CNIL) doit être nécessairement réalisée. Cette commission, créée par la loi du 6 janvier 1978, a pour mission générale de veiller à ce que « *l'informatique doit être au service de chaque citoyen [...]. Elle ne doit porter ni atteinte à l'identité humaine, ni aux droits de l'homme, ni à la vie privée, ni aux libertés individuelles ou publiques* »<sup>52</sup>.

Toute constitution d'un fichier informatique contenant des informations nominatives doit ainsi faire l'objet d'une déclaration préalable auprès de la CNIL. Le législateur a entendu définir le terme « nominatif » de manière relativement extensive en vue d'assurer une sécurisation optimale des données détenues, et *in fine*, d'assurer le respect de la vie privée du patient. Est en effet nominative, une donnée qui permet d'identifier une personne physique. La demande d'autorisation doit être formulée par l'établissement de santé, représenté par son Directeur. A défaut d'autorisation demandée auprès de

---

<sup>52</sup> Article 1 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004.

l'autorité administrative indépendante, le législateur a entendu affirmer des sanctions pénales strictes<sup>53</sup>.

**EHESP**

Cette demande d'autorisation précise notamment l'identité et l'adresse du responsable du traitement, la ou les finalités du traitement et la description générale de ses fonctions, les interconnexions avec d'autres traitements. Le Directeur est ainsi tenu de prendre toutes les précautions utiles, au regard de la nature des données et des risques présentés par le DPI, pour assurer la sécurité des données, et notamment empêcher qu'elles soient déformées, endommagées ou encore que des tiers non autorisés y aient accès<sup>54</sup>. Cette considération s'apprécie notamment au regard de l'article 9 du code civil, lequel pose le principe absolu que « *chacun a droit au respect de sa vie privée* ». Egalement sanctuarisé au sein de l'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH), le droit au respect de la vie privée est une notion essentielle du droit français qui ne saurait être remise en cause en établissement de santé. Ce principe est ainsi décliné à l'article L.1110-4 du Code de Santé Publique, lequel dispose que « *toute personne prise en charge a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant* ».

La procédure d'autorisation auprès de la CNIL a pour fonction d'attester que l'établissement jouit d'une maturité organisationnelle qui puisse permettre de préserver les données du patient. De la même manière, les hébergeurs de données de santé, c'est-à-dire les prestataires, doivent également répondre à une procédure d'agrément prévue aux articles R.1111-9 et suivants du CSP.

Cette formalité légale est bien évidemment réalisée au CHLFB par la nomination d'un Correspondant Informatique et Liberté (CIL) en lien avec la CNIL, lui permettant de constituer des dossiers patients en format informatique.

## B) Les implications pratiques du droit au respect de la vie privée

Il pèse donc une obligation légale sur les établissements de santé en termes de confidentialité<sup>55</sup>. De ce fait, ils doivent pouvoir répondre à différents types d'intrusion dans les systèmes informatiques, tels que les tentatives d'accès frauduleux, l'exécution de virus ou la prise de contrôle à distance, notamment par le biais d'internet.

---

<sup>53</sup> Article 226-16-1 du Code pénal : « *Lorsqu'il a été procédé ou fait procéder à un traitement de données à caractère personnel dans les conditions prévues par le I ou le II de l'article 24 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée, le fait de ne pas respecter, y compris par négligence, les normes simplifiées ou d'exonération établies à cet effet par la Commission nationale de l'informatique et des libertés est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 300 000 euros d'amende* ».

<sup>54</sup> Quand bien même les pratiques de certains tiers autorisés peuvent être en contradiction avec l'éthique médicale : Dr. TAUQUEREL, *Le serment d'hypocrite – Secret médical : le grand naufrage*, Max Milo, 2014.

<sup>55</sup> Article 34 de la loi du 6 janvier 1978 : « *Le responsable du traitement est tenu de prendre toutes précautions utiles, au regard de la nature des données et des risques présentés par le traitement, pour préserver la sécurité des données et, notamment, empêcher qu'elles soient déformées, endommagées, ou que des tiers non autorisés y aient accès* ».

Parer aux risques d'intrusions malveillantes est une des préoccupations majeures des établissements. Afin d'y souscrire, de nombreuses solutions sont déployées au CHLFB.

En tout premier lieu, il est limité à trois le nombre de tentatives d'accès à un compte utilisateur. En cas d'échec, la possibilité d'authentification à ce compte est bloqué jusqu'à l'intervention d'un administrateur du système informatique.

En second lieu, l'établissement se protège des intrusions extérieures en déployant un logiciel « pare-feu », par la mise à jour régulière des anti-virus et également en sécurisant l'accès des sites des praticiens distants au serveur central par la mise en place d'un réseau privé virtuel (ou VPN, pour *Virtual private network*) performant.

En troisième lieu, une procédure de verrouillage automatique de session en cas de non-utilisation du poste informatique pendant un temps imparti, est mise en œuvre. En l'espèce, celle-ci se déclenche au bout de cinq minutes d'inactivité. A cette procédure se surajoute la mise en place d'une veille « passive » de l'ordinateur sur un temps de non-utilisation plus restreint : un écran de veille s'active en effet lorsque l'outil n'est plus utilisé depuis deux minutes. De telle manière, aucuns regards indiscrets ne peuvent avoir facilement accès aux données visibles du DPI lorsque le chariot sur lequel il repose stationne dans les services du CHLFB.

En dernier lieu, il doit être prévu d'afficher, lors de la connexion au compte, les dates et heures de la dernière connexion.

Ces procédures permettent ainsi de garantir la sécurité sans compromettre l'ergonomie de l'utilisation.

### C) Les garanties spécifiques dévolues au patient quant à la gestion des données nominatives

En vertu de la loi du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004<sup>56</sup>, et complétée par la loi du 4 mars 2002<sup>57</sup>, le patient dispose de nombreuses garanties spécifiques en termes d'information, d'accès au dossier, d'opposition et de rectification de ses données contenues dans le DPI.

De prime abord, le patient doit être informé que les données de son séjour seront informatisées (par affichage au sein du service ou par mention dans le livret d'accueil). Par ailleurs, il est en droit d'interroger le Directeur de l'établissement afin d'obtenir

---

<sup>56</sup> Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

<sup>57</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé



certaines informations, telles que celles relatives aux finalités du traitement, aux formes de communication du dossier ou aux destinataires de celui-ci.

**EHESP**

Plus encore, le patient est en droit de s'opposer, pour des « motifs légitimes », à ce que les données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement. La notion de « motifs légitimes » est soumise à l'appréciation des tribunaux au regard de l'article 1 précité de la loi du 6 janvier 1978.

De la même manière, le patient dispose d'un droit d'accès aux données figurant dans le DPI. En effet, il peut accéder - après sollicitation du Directeur de l'établissement - à l'intégralité de ses données conservées sur support électronique, dont il peut en demander une copie. Cet accès est strictement personnel.

Enfin, le patient dispose du droit de rectification des données, lorsque celles-ci s'avèrent inexactes, incomplètes ou encore équivoques.

L'ensemble de ces prérogatives engendre pour l'établissement la nécessité d'élaborer des procédures d'accès au dossier informatisé du patient.

Ces prérogatives dévolues au patient s'inscrivent dans la droite ligne du principe de « Démocratie sanitaire », que la loi du 4 mars 2002 a entendu promouvoir. Celles-ci sont spécifiquement maintenues dans le cadre du dossier patient informatisé, lequel contribue à faire évoluer le colloque singulier entre le médecin et le patient.

### **2.1.2 L'évolution de l'acceptation du secret médical en phase avec l'usage du numérique**

#### **A) Une définition extensive du secret médical en établissement de santé**

Le principe du secret médical est une notion ancienne, qualifiée de « *chose sacrée* » par Hippocrate<sup>58</sup>. Le fondement du secret médical réside à l'article R.4127-4 du CSP, issu de l'insertion du code de déontologie médicale dans la partie réglementaire du code de santé publique : il est « *institué dans l'intérêt des patients, [et] s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* ». La conception du secret médical a toutefois progressivement évoluée. Alors qu'il visait de prime abord le corps médical dans son exercice quotidien et isolé de la médecine, ce principe s'impose désormais - sous l'action du développement du travail collectif - à tous, en milieu de soin. Ce mouvement a été consacré par la loi du 4 mars 2002.

En effet, le secret revêt, en établissement de santé, un caractère collectif. Le secret médical collectif trouve désormais son fondement légal à l'article L.1110-4 alinéa 3 :

---

<sup>58</sup> Serment d'Hippocrate, Ve siècle avant Jésus-Christ.

« deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe ». Le secret médical « partagé » ou « collectif » constitue donc une obligation de confidentialité pour l'ensemble des personnes qui détiennent une information à caractère secret.

#### B) Du secret médical au secret professionnel

Depuis la loi du 22 juillet 1992 portant réforme du code pénal<sup>59</sup>, il n'est plus fait référence dans les textes au secret médical, mais bien au « secret professionnel », englobant ainsi la pluralité des professionnels participant au fonctionnement des établissements de santé. De telle manière, l'obligation de secret pèse sur chaque personne dépositaire du secret « soit par son état (tel que le ministre du culte), soit par profession (tels que les médecins, infirmiers, avocats,...) soit en raison d'une mission ou d'une fonction temporaire (tels que les psychologues) »<sup>60</sup>. Force est de reconnaître que la notion de secret voit son champ d'application s'élargir, au bénéfice d'une prise en charge pluridisciplinaire et variée du patient.

La question s'est posée au CHLFB de la création de droits d'accès au DPI de certaines professions qualifiées de « transversales ». En effet, deux professionnelles, l'une secrétaire, l'autre animatrice, ont souhaité bénéficier d'un *login* DPI, afin de pouvoir renseigner des informations relatives au projet de vie des résidents sur le secteur médico-social. Leur intervention s'inscrit donc dans le cadre d'une « mission temporaire », ce qui leur a permis de voir leurs demandes être acceptées.

#### C) L'usage du dossier patient informatisé s'inscrit dans la droite ligne d'un développement du travail collaboratif

Il est des usages et des outils qui créent des synergies positives. En effet, tel que nous l'avons déjà souligné, l'informatisation du dossier patient est une source de travail collaboratif et multidisciplinaire. Le DPI s'ancre donc pleinement dans la notion de secret professionnel collectif, à laquelle il donne matière.

---

<sup>59</sup> Loi n° 92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes.

<sup>60</sup> Article 226-13 du Code pénal.

### 2.1.3 Une conception divergente du secret professionnel entre le Centre Hospitalier de la Ferté-Bernard et le prestataire

EHESP

Ainsi que nous l'avons vu, le secret professionnel peut être partagé au sein d'une même équipe pluridisciplinaire, au bénéfice du patient. Comme le souligne Marc DUPONT, l'article L.1110-4 du CSP « *a l'avantage de mettre l'accent sur l'importance du principe dans l'activité sanitaire* »<sup>61</sup>. Ce principe vaut aussi pour le secteur médico-social. Mais il ne peut être permis que le secret professionnel soit tant partagé par les équipes du secteur sanitaire que par celles du secteur médico-social. Pour cela, un effort de paramétrage du logiciel est nécessaire afin de rendre inaccessible aux professionnels du secteur sanitaire les données nominatives des résidents, tout comme les informations relatives aux patients ne peuvent être visualisés par les intervenants des structures médico-sociales.

Toutefois, la solution DPI déployée au CHLFB ne permet pas cette sectorisation des données entre secteur sanitaire et médico-social. En effet, aujourd'hui, tout médecin traitant de l'EHPAD Saint-Julien ou de l'EHPAD Paul Chapron peut avoir accès à l'ensemble des données de la patientèle prise en charge sur le site du Centre Hospitalier. Cette situation a notamment entraîné le refus d'un médecin traitant en EHPAD d'inscrire des données sur le logiciel DPI, puisque ses confrères du CHLFB pouvaient visualiser les informations renseignées.

Ce point a fait l'objet de vives discussions entre le prestataire et l'équipe projet.

Pour cette dernière, il prime la nécessité d'ériger un cloisonnement étanche entre ces secteurs afin d'empêcher les professionnels des divers sites, de pouvoir visualiser l'activité de leurs pairs. Cette préoccupation et ce positionnement sont par ailleurs partagés par l'ensemble de la communauté médicale. Pour des raisons d'éthiques et de déontologie, ces derniers ne souhaitent pas avoir accès aux données de leurs pairs. *A contrario*, le prestataire arguait que le secret médical devait s'entendre comme « partagé » sur l'ensemble de la structure, et qu'*in fine*, il ne devait pas y avoir de cloisonnements entre le secteur sanitaire et médico-social.

Au demeurant, nous retiendrons que l'acceptation du prestataire est bien évidemment abusive : s'il a bien une seule entité juridique, le CHLFB se définit avant tout par la multiplicité de ses sites, la pluralité des personnes accueillies et soignées, et en conséquence, par de nombreux professionnels de santé intervenant. Si le DPI s'analyse bien comme un outil favorisant la continuité des soins et s'inscrivant dans le cadre du développement du travail collaboratif, il n'en demeure pas moins qu'il ne doit pas être

---

<sup>61</sup> DUPONT Marc ; BERGOIGNAN-ESPER Claudine ; PAIRE Christian ; *Droit hospitalier*, 8e édition ; Dalloz, p. 688.

vécu comme un outil d'observation des pratiques entre deux modèles d'intervention différents. Le prestataire devra *in fine* réaliser un effort de paramétrage afin de s'adapter à la volonté de l'équipe projet, soutenue par la Direction et la communauté médicale.

## **2.2 L'impact de l'informatisation du dossier patient sur les pratiques professionnelles : le nécessaire dépassement de l'appréhension des utilisateurs**

La mise en place du DPI constitue une véritable mutation au sein des centres hospitaliers. Comme le souligne C. SICOTTE, elle apparaît comme « *une innovation informationnelle qui touche le noyau opérationnel de l'hôpital* »<sup>62</sup>. L'évolution majeure que constitue le DPI affecte en premier chef les pratiques professionnelles. Il convenait donc d'en étudier l'impact sur le site du CHLFB. Force est de constater que l'informatisation a suscité une crainte modérée du personnel [2.2.1]. Toutefois, les problématiques technico-organisationnelles engendrées par l'informatisation soulignent une difficile transition pour certains acteurs [2.2.2]. Mais ces craintes et difficultés ont eu tendance à s'atténuer par le rôle primordial que jouent la formation des professionnels et le management opérationnel [2.2.3].

### **2.2.1 La modification des pratiques professionnelles induite par l'informatisation suscite une crainte modérée du personnel**

#### A) La crainte d'une non-appropriation de l'outil informatique

La première des craintes formulée par les professionnels, est celle de la non-appropriation de l'outil informatique. Cette considération est particulièrement perceptible pour les professionnels n'utilisant pas au quotidien, pour leur usage personnel, d'ordinateurs.

En effet, l'introduction d'une nouvelle technique dans l'environnement de travail engendre des difficultés liées à une méconnaissance instrumentale de l'outil. Cela nécessite en premier lieu d'acquérir une bonne manipulation de l'instrument. Ainsi, si les formations proposées permettent une connaissance du logiciel DPI, celles-ci ne prennent pas en compte la culture informatique des professionnels, et n'invitent pas, de ce fait, à une familiarisation à l'écran, au clavier, à la souris, ou encore au réseau.

La participation aux transmissions en juin 2015 a permis de relever la persistance de difficultés quant à l'utilisation de l'outil informatique. Certains agents mentionnent en effet « *taper les transmissions à un doigt [sur le clavier]* », ce qui constitue pour eux une perte

---

<sup>62</sup> SICOTTE C. ; *Le dossier patient informatisé : écueils à l'implantation* ; Sciences sociales et santé ; avril 1997, p.2.

de temps, mais développe aussi un sentiment de frustration quant à la prétendue facilitation des conditions de travail que doit engendrer le DPI.

**EHESP** En étant exclusivement axées sur les fonctionnalités du logiciel et son utilisation, les formations ignorent potentiellement les connaissances des utilisateurs en matière informatique. Les résultats des formations peuvent de ce fait, être hétérogènes. A ce titre, DEGOULET et FIESCHI avaient déjà, en 1994, affirmé que la formation des personnels de santé à l'utilisation d'outils informatiques est bien nécessaire, mais insuffisante, voire inadaptée à leur niveau de compétences dans ce domaine<sup>63</sup>. Ainsi, pour le personnel en difficulté, l'acquisition technique de l'instrument informatique va essentiellement se faire « sur le moment », c'est-à-dire en situation de prise en charge des patients. Conséquence, la meilleure disponibilité des données procurée par l'informatisation est obérée par une accessibilité davantage précaire due à la faible maîtrise de l'outil par ces professionnels.

Toutefois, cet échange lors des transmissions a eu le mérite de pouvoir cibler les personnes en difficulté dans l'usage des outils numériques. Il a ainsi pu leur être proposé des formations individualisées, visant à l'appropriation de la structure de l'ordinateur.

#### B) La crainte d'une dépendance à l'outil informatique

La seconde des craintes formulée par les professionnels de santé est celle d'une dépendance à l'outil informatique.

Ils émettent en effet l'appréhension d'être happé par le « *tout informatique* ». Tant le corps médical que paramédical a ainsi pu formuler deux types de craintes relatives à la mise en place du DPI liées au risque

- de pannes intempestives / d'arrêts réguliers, nécessaire à la mise à jour des logiciels, lesquels obligent les utilisateurs à recourir à la procédure dégradée,
- de pertes de données / de lenteurs dans les transmissions de l'information,

Le premier des risques liés aux pannes intempestives ou aux arrêts réguliers s'est concrétisé. En effet, sans pour autant revêtir un caractère chronophage, ces incidents se sont manifestés à certaines reprises. Cela est notamment le résultat des demandes d'évolutions formulées auprès du prestataire, qui entraînent l'ajout par ce dernier de nouvelles fonctionnalités, lesquelles sont ensuite paramétrées par le service informatique sur le logiciel de soins. Le risque de blocage du logiciel s'accroît ainsi lors de ces opérations de maintenance.

La fréquence du second type de risque, relatif au chargement des données lors du démarrage du logiciel, est assez élevée. Le démarrage du logiciel reste en effet une étape laborieuse (près d'une minute en janvier, contre environ trente seconde en avril) engendrant une perte de temps conséquente pour les professionnels de santé, et

---

<sup>63</sup> DEGOULET P. ; FIESCHI M., *Informatique Médicale* ; Collection Abrégés ; 1994.

accroissant par là-même un risque de lassitude à l'égard de l'outil informatique. Toutefois, le risque de pertes de données reste limité par la mise en place d'un mode dégradé accessible sur chacun des postes fixes des bureaux IDE. Ces problèmes de lenteurs engendrent par ailleurs le possible développement de « *pratiques compensatoires* », selon l'expression formulée par E. MINVIELLE et X. BERBAIN<sup>64</sup>. En effet, face à un problème informatique, les professionnels peuvent être amenés à noter les informations sur support papier, le conserver pour eux, et ne pas le retranscrire sur le logiciel lorsque celui-ci se retrouve en état de marche. Les effets de ces pratiques compensatoires sont alors peu maîtrisés, puisque certaines données essentielles à la prise en charge du patient peuvent ne pas figurer dans son dossier.

- C) La crainte de voir le dossier patient informatisé devenir un outil de contrôle et de rationalisation des pratiques professionnelles

La dernière des craintes formulée par les professionnels de santé, est celle de voir l'outil DPI devenir un outil de contrôle et de rationalisation des pratiques professionnelles. Cette crainte, présente de manière générale dans la société<sup>65</sup>, trouve une application concrète au CHLFB.

Elle tient à ce que, pour certains professionnels, l'introduction de l'informatique constitue une ingérence des équipes de direction dans leurs pratiques. L'informatique deviendrait un biais par lequel l'administration pourrait opportunément apprécier la circulation des patients, les informations transmises et de façon générale, leurs pratiques quotidiennes. De telle manière, il serait possible d'évaluer la contribution du soignant à la prise en charge, et ainsi, de faire de l'informatisation, un outil de rationalisation des effectifs.

Remontée lors d'une réunion du groupe projet, cette crainte avait fait l'objet d'un démenti formel de la part de la Direction de l'établissement, que les cadres de santé ont été amenés à diffuser oralement dans les services.

## **2.2.2 Les problématiques technico-organisationnelles engendrées par l'informatisation soulignent une difficile transition pour certains acteurs**

- A) La persistance de la coexistence entre papier et informatique

Une des problématiques auxquelles sont confrontés les utilisateurs réside dans le maintien de la coexistence entre papier et informatique. Cette situation est particulièrement prégnante sur le secteur médico-social.

---

<sup>64</sup> BERBAIN Xavier ; MINVIELLE Etienne ; *L'informatique dans la gestion quotidienne des unités de soins : la barrière de l'apprentissage* ; Sciences sociales et santé ; 2001 ; Volume 19 ; Numéro 19-3 ; p. 77-106.

<sup>65</sup> De nombreuses théories sont produites en ce sens, et traduisent le rejet de la technologie et de son supposé aspect tentaculaire. Voir en ce sens M. Heidegger, J. Ellul, I. Illich, ...

En effet, si sur le secteur sanitaire, les professionnels doivent composer avec l'impossibilité d'informatiser des documents (telles que lettres manuscrites d'admission), la persistance de la cohabitation n'est cantonnée qu'à certaines pièces administratives du dossier patient, lesquelles sont bien identifiées.

La persistance de la coexistence entre papier et informatique est toutefois particulièrement plus problématique sur le secteur médico-social. Cette situation provient principalement du processus de mise en place progressive du logiciel de prescription médicamenteuse. En effet, l'utilisation de ce dernier logiciel est dépendant de la venue des médecins libéraux, lesquels sont les seuls à y avoir accès (en sus du médecin coordonnateur). Ceux-ci sont formés depuis juin 2015 au logiciel de prescription, sur le temps de leurs visites (inopinées) aux résidents dont ils ont la charge. Leurs venues peuvent donc être très espacées, car fonction de l'évolution de l'état de santé des résidents. C'est pourquoi, les IDE des EHPAD doivent encore aujourd'hui composer avec un logiciel de soins informatisé et les prescriptions restées majoritairement en format papier.

#### B) Le manque de support matériel

Une autre difficulté mise en exergue lors des transmissions en juin 2015, réside dans le nombre d'ordinateurs mis à disposition et leur accessibilité.

Alors que le secteur sanitaire bénéficie de petits chariots adaptés sur lesquels sont entreposés les ordinateurs, le secteur médico-social pâtit d'un positionnement de ces derniers sur les chariots de médicament. Cette différence de traitement s'explique par un coût financier important que constitue l'achat de tels chariots.

De cette situation découle une difficulté prégnante pour les aides-soignantes en EHPAD, lesquelles doivent transporter le chariot de médicament pour avoir l'ordinateur, en sus de leurs chariots de soins. A cette charge physique pour le personnel, s'ajoute également une déambulation rendue difficile pour les résidents dans les couloirs des EHPAD, obstrués par le stationnement de ces deux types de chariots.

Enfin, l'établissement est apparu pendant un temps comme sous-doté en matériel informatique. L'achat subséquent de nouveaux ordinateurs a permis de limiter le risque de congestion lors du renseignement d'informations sur le logiciel DPI.

#### C) Le manque d'interopérabilité du dossier patient informatisé avec les logiciels de gestion administrative du patient

Le passage au dossier informatisé a engendré de nombreux problèmes dans les services concourant à la constitution du dossier patient dans sa partie administrative (tels que le bureau des entrées ou le service des urgences). En effet, ceux-ci ont été impactés par le

manque d'interconnexion entre le logiciel DPI et les autres applications, notamment les logiciels de gestion administrative du patient (GAP). Prétendus comme étant interopérables par leurs développeurs, ils ont en réalité connu d'aléas conséquents en termes de génération des mouvements des patients.

Ces problématiques se sont résolues progressivement, après que le CHLFB ait fait pression sur les différents prestataires afin qu'ils corrigent mutuellement ces erreurs.

### **2.2.3 L'atténuation progressive des craintes et difficultés par le rôle primordial de la formation des professionnels et du management opérationnel**

#### **A) Le rôle essentiel de la formation en interne**

La formation des utilisateurs s'est opérée à un double niveau. Le premier niveau de formation est celui des référents. La formation approfondie dont ils bénéficient permet de s'assurer de la viabilité du déploiement du DPI *in situ*. Le second niveau de formation est constitué des utilisateurs, lesquels ont pu s'approprier les différentes fonctionnalités du logiciel sur une journée. Ainsi, en 2014, ce sont près de 131 professionnels non-médicaux qui ont participé à la formation au DPI, intitulée « informatisation du circuit du médicament et du dossier patient ». Par ailleurs, les professionnels médicaux et pharmaciens ont également bénéficiés de cette formation.

Ces formations étaient dispensées par un formateur du prestataire. Elles ont permis aux professionnels de s'approprier les principales caractéristiques du logiciel. De telle manière, elles ont pu apaiser les questionnements quant à l'ergonomie et l'utilisabilité du logiciel. En effet, ce dernier leur est apparu comme étant simple d'utilisation, performant, et présentant de façon cohérente les informations nécessaires à la prise en charge du patient. Ces formations ont par ailleurs permis d'atténuer l'appréhension de l'impact de l'informatisation sur les pratiques professionnelles. En effet, comme souligné par l'un des formateurs, « *c'est au logiciel de s'adapter aux pratiques soignantes, et non l'inverse* ».

Enfin, lors des journées de déploiement opérationnel dans les services, les personnes ressources du projet étaient présentes en continu auprès des professionnels de santé afin de leur apporter aide et conseils. Ainsi, aucune difficulté n'a été relevée lors de ces journées de déploiement, attestant d'une conduite du projet structurée et efficace.



## La formation des infirmières du secteur médico-social à la partie médicale : un gage d'association des médecins libéraux au dossier patient informatisé

Les intervenants extérieurs devaient également être associés à cette démarche d'informatisation. Se pose ici la question de la formation des médecins traitants intervenant en EHPAD.

Après déploiement sur les deux EHPAD en février et mars 2015, la solution DPI a été présentée aux praticiens libéraux lors d'une réunion en date du 8 avril 2015. Sur les vingt et un médecins traitants attendus, huit se sont vus présenter l'outil DPI. Il leur a été proposé deux options de formation :

- La première option prévoyait la formation des médecins traitants en soirée, sur trois dates, en présence de la TIM et d'une pharmacienne de l'établissement.
- La seconde option prévoyait une formation au fil de l'eau, débutant en juin 2015, où, au gré de la venue des médecins traitants sur les EHPAD, ils seraient formés à la partie médicale du DPI, par les IDE, et à la partie prescription connectée, par la pharmacienne du Centre Hospitalier qui se déplacerait sur le site concerné.

Moins contraignante, les médecins libéraux ont fait le choix de la formation au fil de l'eau. Cette organisation reçoit d'ailleurs généralement les faveurs des Directeurs d'établissements<sup>66</sup>.

De façon générale, si l'accueil réservé à la présentation du logiciel a été plutôt bon, soutenu par l'argumentation de la Directrice des soins, du médecin coordonnateur et de la pharmacienne, il n'en demeure pas moins que les médecins libéraux sont régulièrement réfractaires à ce type de projet. Ainsi, Marius André TINE relève « *une réserve plus marquée des médecins libéraux aux projets de TIC* »<sup>67</sup>. L'auteur prétend par ailleurs que l'informatisation peut être perçue comme un outil de surveillance et de contrôle de leur activité.

Cette représentation sociale du DPI ne semble toutefois que partiellement en œuvre sur le territoire de La Ferté-Bernard. Ce propos se justifie selon trois points. Le premier, c'est que la faible participation (38%) à la réunion de présentation ne permet pas d'avoir une vue représentative du sentiment des médecins libéraux à l'égard du projet. Le second, correspond au fait que les médecins libéraux qui ne se sont pas déplacés lors de cette réunion de présentation peuvent l'avoir fait pour montrer leur opposition, ou à tout le moins, leur désintérêt, au projet. Le dernier, plus positif, démontre que pour les praticiens

---

<sup>66</sup> La même organisation a été adoptée aux Centres Hospitaliers de La-Guerche-de-Bretagne et de Saint-Calais.

<sup>67</sup> Op.cit.

présents, majoritairement déjà coutumiers de l'utilisation du support informatique dans d'autres établissements, l'usage du numérique est progressivement devenu un composant essentiel de leur métier, sollicité notamment par les plus jeunes praticiens. Ils ont ainsi pu simplement regretter l'absence d'harmonisation des logiciels DPI déployés dans les différents établissements de l'est-sarthois.

La pérennité de l'utilisation du DPI sur les EHPAD passe ainsi par une politique d'accompagnement des médecins libéraux. Pour ce faire, les IDE des EHPAD ont été formés à la partie médicale du DPI. Ils sont ainsi en mesure de délivrer aux praticiens libéraux les enseignements de l'utilisation du DPI.

Les rencontres des responsables du projet DPI aux Centres Hospitaliers de Saint-Calais et de La-Guerche-de-Bretagne ont pu mettre en exergue la nécessité d'un accompagnement des médecins traitants par le corps infirmiers. Ainsi, sur le Centre Hospitalier de Saint-Calais, si les médecins libéraux en fin d'exercice ne se sont pas associés à la démarche d'informatisation, il en est autrement pour leurs confrères plus jeunes, qui y ont adhéré. Les cadres référents, ainsi qu'une infirmière détachée sur le projet, se sont déplacés de manière proactive sur les EHPAD pour les accompagner dans l'utilisation du DPI. De la même manière, sur le Centre Hospitalier de La-Guerche-de-Bretagne, où le projet n'a pas suscité l'adhésion des praticiens libéraux, la présence et l'accompagnement – là encore proactifs – d'une infirmière détachée a permis leur formation au logiciel, au gré de leurs visites sur site.

C) Le ressenti du déploiement du dossier patient informatisé est globalement positif

Il ressort des différents entretiens menés auprès des acteurs du projet au CHLFB, que le ressenti des différents professionnels de santé, médicaux et soignants, à l'égard du DPI, est globalement positif. En effet, les entretiens avec le médecin DIM, avec les professionnels soignants et avec la technicienne de l'information médicale, ont permis de souligner les avantages que les professionnels de santé retirent du DPI.

Ainsi mentionnent-ils qu'ils n'ont « *plus à avoir à courir partout ou de se battre pour avoir le dossier de soins afin d'y écrire une information* ». Mais aussi que « *l'information est facile d'accès en tous points* », et que – malgré certains problèmes de lenteur – « *le logiciel est facilement utilisable* ». Le DPI semble donc progressivement s'intégrer aux pratiques professionnelles.

Nous noterons toutefois que le DPI n'est pas nécessairement facteur d'exhaustivité des informations transmises. En effet, la culture de l'oralité reste très présente chez les soignants. C'est ainsi que l'on retrouve parfois des transmissions très peu fournies, fait remarquable sur de nombreux établissements sollicités dans le cadre de la rédaction de

ce mémoire<sup>68</sup>. A ce titre, la Responsable du projet DPI au Centre Hospitalier de La-Guerche-de-Bretagne estime que « *l'utilisation de l'informatique n'est pas naturelle pour les soignants* ». Cette problématique doit être entendue comme un point de vigilance pour les référents métiers, qui doivent assurer au sein des services, une utilisation optimale du DPI, afin d'apporter au résident comme au patient une prise en charge de qualité.

## **2.3 L'informatisation du dossier patient confronté à des difficultés techniques et aux errances du prestataire**

L'informatisation du dossier patient a été confrontée à de nombreuses difficultés techniques [2.3.1]. Mais ce sont surtout les relations avec le prestataire qui ont été pour le moins tumultueuses [2.3.2]. En ce sens, la prescription informatisée a été révélatrice du manque d'expertise du prestataire dans le secteur sanitaire [2.3.3].

### **2.3.1 Des difficultés techniques sous-jacentes à l'informatisation**

A) La forte technicité de la modernisation du réseau révèle l'évolution des métiers de l'informatique

Le DPI, afin d'être opérationnel sur l'ensemble des sites, a nécessité la modernisation des serveurs grâce à la virtualisation de l'ensemble des serveurs physiques, des installations techniques, et notamment le câblage, la pose de nouveau matériel de transmissions, et le basculement vers ce nouveau matériel. Le câblage a été réalisé par un sous-traitant du prestataire en charge de la refonte du cœur de réseau et n'a pas connu de problèmes particuliers. Toutefois, l'utilisation du nouveau matériel a été contrariée par des aléas révélateurs de la dépendance de l'établissement à des compétences techniques extérieures.

En effet, une refonte du système d'interconnexion entre les différents sites de l'établissement a été nécessaire, lequel demande beaucoup de flux de réseau. Le projet prévoyait l'installation d'une nouvelle antenne au niveau du Centre Hospitalier, puis le remplacement des antennes de l'EHPAD Saint-Julien et du Centre Lesieur Soulbieu, afin de créer une paire d'antenne CH-EHPAD et CH-CLS. Le but étant d'accroître la puissance de la bande passante et d'acquérir un débit plus puissant sur chacune des deux lignes de transmissions.

Une fois les opérations de câblage réalisées, et la pose du nouveau matériel, ne restait qu'à activer le fonctionnement des antennes. Cette opération s'est révélée infructueuse sur le site de l'EHPAD Saint-Julien, en raison d'un problème technique très pointu. Il s'est avéré que seul le sous-traitant était à même de pouvoir solutionner cette problématique.

---

<sup>68</sup> Cet item a été soulevé lors de la rencontre de la Directrice du Centre Hospitalier de La Guerche-de-Bretagne et lors d'un entretien avec une infirmière de l'EHPAD Saint-Joseph de Saint-Aubin du Cormier.

Sa présence sur le site, comprimée par des exigences extérieures, a nécessité de programmer une nouvelle venue sur le Centre Hospitalier. La nouvelle venue sur site, programmée près d'un mois après la première tentative, a permis de résoudre la problématique technique, et ainsi, de permettre à l'EHPAD Saint-Julien de bénéficier d'une interconnexion avec le site du Centre Hospitalier plus puissante.

Ce point a permis de mettre en exergue la dépendance du CHLFB aux compétences externes à l'établissement. La forte technicité en ce domaine révèle, comme le souligne C.CARTAU, que « *l'informaticien [...] n'est plus un funambule de l'octet ou un virtuose du développement de codes dans un langage de programmation complexe* »<sup>69</sup>. En effet, en raison de la multiplication des domaines hautement techniques, et de la nécessité de connaître avant tout le fonctionnement global de l'hôpital, les compétences des DSIO ont avant tout évolué vers la gestion de projets. Certes, la compétence technique est requise pour faire le lien entre le fonctionnel pur et des prestataires extérieurs intervenants dans les domaines techniques pointus, mais la base de leur travail aujourd'hui repose sur la capacité « *à mener des projets multi-composantes, dans des domaines fonctionnels transversaux, avec une compétence complexe* »<sup>70</sup>.

B) Une portée du réseau Wifi limitée et un sous-dimensionnement du réseau électrique

Une éminente problématique technique persiste aujourd'hui encore sur le site du Centre Hospitalier : le nombre déjà important de bornes wifi (30 bornes) ne permet pas une connexion aux ordinateurs sur lesquels travaillent les professionnels de santé dans les limites de la zone de couverture. Pour des raisons budgétaires, il a été possible uniquement de couvrir les couloirs en réseau WIFI 802.1 n en 5GHz (réseau utilisé par les professionnels). Le réseau WIFI 802.1 n en 2,4 GHz permet d'étendre la zone de couverture accessible pour le WIFI Patient/Résident. Ce problème a en certains points pu alimenter, le sentiment formulé par les acteurs d'une dépendance au « *tout informatique* ».

En effet, face à la configuration du CHLFB, par son architecture aux longs couloirs dans les services de médecine, le modèle des bornes wifi acquis dans le cadre du déploiement du DPI, n'est pas en mesure d'assurer une connexion aux ordinateurs en tous lieux du Centre Hospitalier. Particulièrement, la connexion s'avère difficile sur les zones situées aux extrémités des couloirs et dans les chambres près des fenêtres.

Dès lors, les professionnels de santé sont contraints de laisser l'ordinateur dans le couloir, et de réaliser leur visite médicale ou les soins dans un premier temps, puis de tout

---

<sup>69</sup> CARTAU Cédric ; *Stratégies du système d'information vers l'hôpital numérique* ; Presses de l'EHESP ; 2014 ; p.55.

<sup>70</sup>CARTAU Cédric ; *Stratégies du système d'information vers l'hôpital numérique* ; Presses de l'EHESP ; 2014 ; p.55.

retranscrire sur informatique dans un second temps. Il en découle un risque d'écriture d'informations pour partie incomplète, défavorable à la prise en charge du patient. En contrepartie, l'hygiène est plus facilement respectée.

L'informatisation entraîne par ailleurs la multiplication des postes informatiques fixes. Cela n'est pas non plus sans poser problèmes. En effet, s'il y a bien eu des travaux ayant pour objectif d'accroître la capacité du réseau électrique en multipliant le nombre de prises électriques, celles-ci ont été sous-évaluées. Une nouvelle évaluation en aval du déploiement a démontré la nécessité d'accroître à nouveau le nombre de prises. Si des travaux subséquents ont pu permettre de répondre aux besoins des utilisateurs, il n'en demeure pas moins que ce point met en exergue la nécessité d'étayer au mieux le périmètre du projet en amont de sa réalisation.

La définition du périmètre est en effet un axe essentiel de la conduite de projet. C'est ainsi que C. CARTAU parle du danger d'un « *fonctionnement à l'aveuglette* »<sup>71</sup> dans le cadre de la prévision budgétaire des projets SI. Ce type d'imprévision a par ailleurs des conséquences remarquables pour des établissements comme le CHLFB, qui contraint par des impératifs financiers rigoureux<sup>72</sup>, ne peut se permettre de voir le coût du déploiement du DPI augmenté de façon croissante. C'est pourquoi la délimitation du périmètre du déploiement doit être prise en considération de façon rigoureuse.

### 2.3.2 La difficile mobilisation du prestataire

A) L'impossible accès aux développeurs entraîne l'insatisfaction des personnes ressources

Les relations avec le prestataire ont été complexifiées par un défaut de communication émanant de ce dernier. Si de nombreuses réunions<sup>73</sup> se sont conclues par un goût d'inachevé, c'est surtout l'impossible accès aux développeurs qui a entamé la dynamique d'informatisation. Le pilote du projet du prestataire filtre en effet les demandes d'évolutions émanant du CHLFB. De telle manière, il était remarquable de constater qu'elles étaient traitées, lorsqu'il était signifié leurs caractères importants et urgents, les quelques jours précédant une nouvelle réunion. De fait, le traitement des demandes apparaissant moins éminentes, étaient mises de côté pour un éventuel traitement subséquent. Cette situation a engendré l'insatisfaction croissante des acteurs du projet au CHLFB. L'envoi d'un représentant commercial du prestataire sur site n'a pas apaisé le mécontentement, celui-ci ne disposant pas de compétences techniques.

<sup>71</sup> CARTAU Cédric ; *Stratégies du système d'information vers l'hôpital numérique* ; Presses de l'EHESP ; 2014 ; p.55.

<sup>72</sup> Le CHLFB est interdit d'emprunt, exception faite des autorisations dument données par l'ARS.

<sup>73</sup> Réalisées par visio-conférence.

## B) Des nouvelles versions du logiciel toujours repoussées

Un autre point d'insatisfaction fut le report de la nouvelle version du logiciel DPI et de son versant relatif à l'informatisation du circuit de l'information. Annoncée initialement début janvier 2015, cette nouvelle version a fait l'objet de reports successifs.

Courant avril, la version test a pu être livrée. Certaines modalités ne correspondaient pas aux demandes d'évolutions formulées. De fait, un travail de paramétrage important a dû être réalisé par le service informatique, reprenant pour partie des fonctionnalités de l'ancienne version, créant ainsi une version hybride. Le concours du service informatique a été d'une aide précieuse pour rendre cet outil ergonomique et fonctionnel, afin de satisfaire aux attentes des professionnels de santé.

## C) La retenue financière comme illustration du mécontentement

Afin de signifier son mécontentement général quant au produit DPI qui lui a été fourni, l'équipe de Direction a recouru à la retenue financière, sur le fondement de l'arrêté du 16 septembre 2009<sup>74</sup>. Cette base réglementaire est notamment relative à deux types de vérifications. D'une part, la vérification d'aptitude (VA), qui a pour objet de constater que les prestations, livrées ou exécutées, présentent les caractéristiques techniques qui les rendent aptes à remplir les fonctions précisées dans les documents particuliers du marché. D'autre part, la vérification de service régulier (VSR), laquelle a pour objet de constater que les prestations fournies sont capables d'assurer un service régulier dans les conditions normales d'exploitation prévues dans les documents particuliers du marché.

En l'espèce, la solution DPI déployée a satisfait à la vérification d'aptitude. Mais la vérification du service régulier n'a été jugée acceptable par le CHLFB. De ce fait, en application de l'article 27 du texte précité, le pouvoir adjudicateur peut prendre une décision de réfaction. Cette décision lui permet, lorsqu'il estime que des prestations, sans être entièrement conformes aux stipulations du marché, peuvent néanmoins être reçues en l'état, d'admettre le produit avec réfaction de prix proportionnelle à l'importance des imperfections constatées. Dès lors, seules les sessions de formation ont été honorées. La prestation due au fournisseur est ainsi amputée de 33% du prix total, avant que le produit livré ne corresponde réellement aux attentes de l'établissement.

### **2.3.3 La prescription informatisée révélatrice du manque d'expertise du prestataire dans le secteur sanitaire**

#### A) Un prestataire initialement concentré sur le secteur médico-social

---

<sup>74</sup> Arrêté du 16 septembre 2009 portant approbation du cahier des clauses administratives générales applicables aux marchés publics de prestations intellectuelles

D'après l'ATLAS 2014 des SIH, le prestataire du CHLFB n'est pas initialement destiné à offrir des solutions DPI adaptées au secteur sanitaire. En effet, le logiciel retenu figure, avec treize autres concurrents, dans la classification des logiciels destinés aux ex-hôpitaux locaux, ce qui ne correspond pas à la caractéristique du CHLFB. Ce dernier est en effet est un hôpital de proximité relevant de la catégorie des centres hospitaliers de niveau 2, où des actes de chirurgie et médecine sont réalisés, et prenant en charge une population relativement âgée.

Toutefois, l'on remarque que le prestataire a étendu son offre à d'autres établissements réalisant des actes de médecine, chirurgie et obstétrique, tels que le Centre Hospitalier de Guingamp ou le Centre Hospitalier de Saint-Brieuc. Cette stratégie d'implantation se fait toutefois aux dépens des établissements, qui pâtissent des errances des logiciels du prestataire, lequel n'est pas encore intégré à la complexité du secteur sanitaire. C'est pourquoi l'on remarque qu'au CHLFB, le déploiement du DPI s'est fait -techniquement- de façon beaucoup plus aisée sur le secteur médico-social que sur le secteur sanitaire.

Pour pouvoir se voir attribuer le marché, le prestataire a toutefois dû ruser en certains points l'établissement. En effet, le cahier des charges des clauses techniques (CCTP) particulières érigé par l'établissement n'a pas été totalement respecté par le prestataire. Certaines fonctionnalités requises par le CHLFB avaient en effet été acceptées par l'offreur, lequel n'était toutefois plus en mesure de les mettre en œuvre dans le logiciel.

#### B) Propos sur l'état de l'offre logicielle

L'état de l'offre logicielle des différents prestataires apparaît en France comme problématique. En effet, les logiciels apparaissent à la fois comme trop nombreux, peu rentables et parfois obsolètes. Trop nombreux, car la France, qui compte pourtant environ 3000 établissements de soins, dont 1000 hôpitaux publics, ne peut répondre à l'offre procurée par les 211 sociétés françaises disposant d'un catalogue logiciel destiné au monde de la santé<sup>75</sup>. Trop peu rentables, aussi, car seules dix à quinze sociétés, ayant un vaste catalogue de produit, sont à même de proposer une offre pertinente. Obsolètes, enfin, car ce marché favorise la proposition de produits désuets : les offres logicielles ont été constituées par rachats successifs de petites entités, lesquelles constituent rarement des solutions intégrées.

#### C) Une mise en production post-certification

L'errance la plus significative du prestataire concerne son manque d'expertise dans le domaine de la prescription informatisée. Plusieurs raisons justifient ce propos.

---

<sup>75</sup> Direction Générale de l'Offre de Soins ; *Rapport RELIMS, référencement des éditeurs de logiciels et intégrateurs du marché de la santé* ; Décembre 2012.

Tout d'abord, il s'est avéré que les développeurs du prestataire n'ont en effet pas pu transmettre au CHLFB la version promise dans les délais impartis. Pis, cette version, une fois livrée, s'est révélée être source de problèmes critiques dans sa phase de test. A titre d'exemple, les données de dilution des perfusions étaient erronées, du fait d'un défaut de distinction entre les milligrammes et les centigrammes, entraînant ainsi des risques médicamenteux conséquents pour le patient. C'est pourquoi le CHLFB a choisi de ne pas mettre en phase de production le logiciel de prescription.

De ce fait, une demande d'évolution a été signifiée auprès du prestataire, de la part de la Directrice générale et du Président de CME. Une nouvelle version du logiciel a alors été esquissée et promise pour avril 2015. L'établissement a par ailleurs demandé au prestataire, courant février 2015, à devenir « site pilote » du déploiement du logiciel de prescription informatisé. De telle manière, le CHLFB espère une capitalisation plus rapide des errances du logiciel et un réajustement efficace de ce dernier par les développeurs du prestataire.

Il s'est avéré que cette dernière version souscrivait aux demandes d'évolutions du CHLFB. Elle a ainsi pu être mise en phase de production, après une longue phase de test, courant juin 2015, c'est-à-dire après la Certification. Par là-même, il a pu être évité tous dysfonctionnements inhérents au déploiement d'une telle solution, lesquels auraient pu être préjudiciables lors de la Certification V.2014.

### **Conclusion liminaire**

Le projet d'informatisation du dossier patient est un projet transversal en de nombreux points. Il doit répondre à un cadre légal strict, garantissant aux usagers, la préservation de leurs données sur support informatique. L'implémentation de ce nouvel outil de travail suscite toutefois des appréhensions pour les professionnels de santé. L'implémentation de ce nouvel outil de travail revêt en effet un caractère anxiogène, en ce qu'il modifie les pratiques professionnelles. A ce titre, le rôle, tant de la formation, que du management opérationnel, est essentiel pour dissiper ces appréhensions. Enfin, la technicité du projet appelle des compétences fortes dans le domaine informatique. Contrariée en certains points par un manque d'expertise et de réactivité du prestataire, le projet d'informatisation du dossier patient a connu quelques aléas courant 2015. Mais ce projet semble s'acheminer vers une réussite promise. Il sera toutefois nécessaire de renforcer l'ancrage de l'établissement dans la démarche numérique.



## **Au-delà d'un partage d'information efficient, coordonner les acteurs sur le territoire : les préconisations pour renforcer l'ancrage du Centre Hospitalier dans la démarche numérique**

L'informatisation du dossier patient doit constituer la pierre angulaire d'une politique ambitieuse dans le domaine numérique. Les évolutions permises par l'apport des nouvelles technologies constituent en effet un levier de l'optimisation des flux d'informations au sein des hôpitaux, dont ces derniers doivent se saisir pour parvenir à une organisation qui soit la plus efficiente possible et favoriser ainsi le rayonnement de l'activité hospitalière sur leur territoire.

La dynamique d'informatisation doit pour cela se consolider sur certains services, et être initiée sur d'autres [3.1]. L'évaluation des bénéfices de l'informatisation sera ensuite nécessaire, avant de s'engager dans une démarche prospective de renouvellement des outils numériques [3.2]. De telle manière, le CHLFB aura la capacité de se constituer comme établissement de référence sur le territoire est-sarthois [3.3].

### **3.1 Maintenir la dynamique d'informatisation sur les services déjà engagés et initier l'émulation du déploiement sur les autres unités**

Le maintien de la dynamique d'informatisation ne saurait être effectif sans s'assurer de l'appropriation de l'outil informatique par les professionnels de santé, notamment sur les services déjà informatisés [3.1.1]. Cette exigence va de pair avec la nécessité d'engager une politique de formation qui permette l'autonomie des professionnels de santé dans leurs pratiques quotidiennes [3.1.2].

#### **3.1.1 S'assurer de l'appropriation par les professionnels de santé de l'outil informatique**

- A) S'assurer de l'appropriation de l'outil informatique sur les services déjà informatisés

#### **Préconisation n° 1 : Veiller à ce que les transmissions soient correctement réalisées**

Suite aux entretiens menés auprès des responsables DPI des divers Centres Hospitaliers visités, il a pu être constaté que les transmissions étaient parfois trop peu renseignées par les professionnels de santé, notamment les infirmières. En effet, les informations écrites dans les plans de soins des logiciels respectifs des établissements s'avèrent en certains points lacunaires. Ce manque d'exhaustivité peut résulter d'une mauvaise appropriation de l'outil informatique voire du logiciel DPI, ou d'un manque de temps.

C'est pourquoi, il convient pour les cadres de santé, la direction des soins, et l'équipe directionnelle, d'être attentif à la bonne réalisation de ces transmissions. Ainsi, s'il est constaté sur le site du CHLFB que les transmissions sont trop peu fournies, il sera notamment nécessaire d'envisager de nouvelles sessions de formation des utilisateurs.

La responsabilité des professionnels peut en effet être engagée en cas de dommages consécutifs d'un défaut de prise en charge. Rappelons que la loi du 13 mars 2000<sup>76</sup> légitime la valeur de l'écrit électronique qui a la même force probante que l'écrit sur support papier.

- B) Etre attentif à la dynamique de déploiement sur les services en cours ou non-encore informatisés

### **Préconisation n°2 : Poursuivre la politique de communication pendant et après déploiement dans les nouveaux services**

Les blocs opératoires, l'imagerie et les consultations externes ne sont pas encore informatisés : le déploiement est prévu pour septembre 2015. Pendant leur informatisation, la politique de communication devra être maintenue et renforcée.

La communication constitue un axe extrêmement important en matière de conduite de projet, qui plus est dans le champ du SI lequel revêt un fort caractère technique. A ce titre, le journal interne de l'établissement, disponible sur l'intranet, constitue déjà aujourd'hui le support de diffusion de l'actualité, et relaye notamment les étapes du DPI.

La communication autour du DPI doit être poursuivie après la finalisation du déploiement. En effet, les évolutions apportées, les modifications des certaines fonctionnalités, ou les nouvelles versions du logiciel, doivent faire l'objet d'une revue de presse.

### **Préconisation n° 3 : Considérer dans la gestion de projet que les dynamiques sont différentes au démarrage du projet et pour les derniers services déployés**

L'effet de capitalisation du déploiement sur les premiers services permet aux « derniers à passer » d'être plus exigeants et plus regardants sur les fonctionnalités proposées par le DPI<sup>77</sup>. Cette notion de capitalisation est éminemment importante car elle doit être accompagnée d'une montée en charge du service rendu par l'équipe projet. Cette dernière devra une nouvelle fois faire preuve de réactivité, dynamisme et rigueur dans cette dernière phase de déploiement.

---

<sup>77</sup> BONTHOUX Thomas ; LEREUN Ronan ; PLASSAIS Olivier ; *Comprendre les problématiques du dossier patient informatisé et interopérable : du dossier papier au dossier informatique* ; Hôpital numérique ; ANAP ; Juin 2015 ; p.7.

### **Préconisation n°4 : Poursuivre les échanges avec les autres Centres Hospitaliers pour maintenir une dynamique avec le prestataire**

Certains Centres Hospitaliers ont fait le même choix de prestataire que le CHLFB : le Centre Hospitalier du Lude (72), le Centre Hospitalier de Pornic (44), le Centre Hospitalier de Guingamp, ou encore le Centre Hospitalier de Saint Briec (22). A plusieurs reprises, des visio-conférences les réunissant ont permis de faire émerger des problématiques communes et de les faire valoir auprès du prestataire, avec un poids et une influence plus conséquente.

L'initiation de ce dialogue est bénéfique pour l'ensemble des parties. Bien que les errances du prestataire aient suscitées de nombreuses problématiques, celles-ci, s'étant désormais atténuées, il convient d'engager une phase de dialogue et de respect mutuel.

Ces visio-conférences à plusieurs parties ont pour effet d'imposer une pression au prestataire –confronté à des revendications légitimes – sans toutefois le brusquer dans les échanges. « *De bonnes relations mutuelles, entre éditeur et centres hospitaliers, sont nécessaires* », soulignait à ce titre la responsable du projet DPI au Centre hospitalier de Vitré.

#### **3.1.2 Susciter l'autonomie des professionnels dans l'usage de l'outil informatique et du logiciel DPI**

A) Reformuler les utilisateurs à chaque nouvelle version

#### **Préconisation n°5 : Former et reformer les utilisateurs**

La notion d'informatisation ou de ré-informatisation induit une nécessaire évolution des pratiques des professionnels de santé. En effet, les fonctionnalités de la solution DPI à déployer seront amenées à évoluer dans le temps et à se transformer au gré des besoins des professionnels de santé et des spécificités des nouveaux modes de prise en charge. Pour faire face à cette évolution, il est indispensable d'organiser le processus de formation des professionnels de santé à l'outil. De ce fait, ce processus de formation doit s'inscrire tout au long du parcours professionnel des utilisateurs et lui permettre de bénéficier d'une actualisation permanente de ses connaissances et de son expertise sur le DPI. Ce processus de formation gagne par ailleurs à être perçu par l'utilisateur du DPI comme un facteur clef de succès et non comme une charge de travail inutile. Ce travail de formation doit pouvoir s'adresser aux utilisateurs, c'est-à-dire :

- Aux nouveaux arrivants, qui doivent pouvoir recevoir une formation individualisée au logiciel, en amont, ou dans les 15 jours de leurs prises de poste

- Aux utilisateurs quotidiens formés, à travers la mise en place d'une plateforme d'*e-learning*, sur laquelle ils pourront perfectionner leur utilisation du DPI

B) Innover dans la politique de formation

**Préconisation n°6 : Réaliser un guide d'utilisation du logiciel**

L'entretien avec la Responsable du déploiement du DPI au Centre Hospitalier de Saint-Calais a permis de mettre en exergue la nécessité d'approfondir la politique de formation à destination du logiciel informatique. L'ambition de cette personne était de créer un guide d'utilisation du logiciel.

Il est vrai qu'un certain nombre de supports documentaires nécessaires à la mise en place du parcours de formation sont à réaliser (création d'un guide d'utilisation du logiciel, d'une vidéo pédagogique d'utilisation du logiciel mise à disposition sur l'intranet, ou encore d'une grille d'évaluation de l'agent à l'usage du logiciel).

**Préconisation n°7 : Mettre en œuvre un dispositif de passeport pour les agents lorsque l'outil DPI est parfaitement maîtrisé**

La mise en place d'un passeport constitue un moyen symbolique de sacraliser le processus de formation en le rendant opposable en interne. Ce passeport doit avoir plusieurs fonctions.

En premier lieu, il doit permettre de s'assurer du niveau d'expertise des utilisateurs au DPI en vue de l'atteinte des cibles d'usage Hôpital Numérique. En second lieu, il sera à-même de structurer le parcours de formation à l'outil SIH pour l'ensemble des personnels utilisateurs. En troisième lieu, il suscitera la professionnalisation des pratiques médicales, soignantes et administratives et permet d'assurer la capitalisation de l'expertise interne développée grâce à tout le travail de paramétrage du logiciel informatique en amont du déploiement. Enfin, en dernier lieu, il doit permettre de labéliser un savoir-faire interne.

C) Veiller au respect de fiches de postes lors de la mise en œuvre de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC)

**Préconisation n° 8 : Mettre en œuvre la Gestion Prévisionnelles des Métiers et des Compétences pour veiller au strict respect des tâches afin d'éviter les glissements de tâches, entre AS et ASH notamment**

L'entretien avec la responsable DPI du Centre Hospitalier de La-Guerche-de-Bretagne a démontré que la mise en place du DPI avait entraîné un glissement de tâches des aides-soignantes (AS) vers les agents de service hospitalier (ASH). En effet, les AS délèguent sur ce site, de façon récurrente aux ASH, le remplissage des plans de soins sur l'ordinateur, quand bien même les ASH n'ont pas compétences pour le faire. En effet, pour certains agents, la retranscription des soins réalisés sur l'outil informatique s'avère

fastidieux (manque de temps ou de volonté d'utiliser l'ordinateur). C'est pourquoi, ils ont intimement délégué cette tâche aux ASH.

Afin d'éviter cette pratique, le CHLFB doit, dans le cadre de la mise en place de la GPMC prévue à la fin de l'année 2015, élaborer des fiches de postes qui intègrent l'utilisation de l'outil informatique, et qui de telle manière, prohibe tout glissement de tâche qui n'ont pas lieu d'être.

### **3.2 Evaluer les bénéfices *in situ* de l'informatisation et s'engager dans une démarche prospective de renouvellement des outils numériques**

L'évaluation des bénéfices de l'informatisation doit permettre au CHLFB d'identifier les axes d'amélioration de l'usage du DPI pour les années à venir. Pour ce faire, l'appréciation de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins auprès des usagers est essentielle [3.2.1]. De la même manière, l'amélioration des conditions de travail auprès des professionnels doit pouvoir être évaluée [3.2.2].

#### **3.2.1 Apprécier l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins auprès des usagers**

A) Evaluer l'amélioration des conditions de prise en charge des patients

##### **Préconisation n°9 : Réaliser une enquête de satisfaction auprès des usagers après déploiement du DPI sur l'ensemble des services**

Le DPI comporte de nombreux avantages que nous fournissent la littérature et les retours d'expériences. Mais qu'en est-il vraiment pour les usagers ? La mise en place du DPI doit pouvoir être évaluée par les patients, au regard des critères de sécurité et de coordination de la prise en charge, par la réalisation d'une enquête de satisfaction qui intègre la perception qu'ont les usagers de l'outil informatique.

B) Le rôle d'hôpital de proximité justifie la mise en place d'une commission de contrôle de l'activité des utilisateurs

##### **Préconisation n° 10 : Mettre en place une commission contrôlant l'activité des utilisateurs selon le principe du droit au respect de la vie privée du patient**

La mise en place d'une commission, au Centre Hospitalier de Vitré, réalisant des contrôles aléatoires, permet d'assurer une vigilance constante dans l'accès aux données consignées sur le logiciel DPI. Cette commission se réunit tous les 3 mois. A chaque tenue de la commission, quelques utilisateurs sont tirés au sort afin de déterminer s'il a été respecté ou enfreint le périmètre que leur procure leurs droits d'accès, fonction de leur métier. L'objectif d'une telle commission est bien évidemment de dissuader les agents de

méconnaître le principe du respect de la vie privée. L'expérience prouve l'utilité de cette commission. En effet, il s'est avéré que certains agents, sans penser méconnaître les règles de confidentialité, visualisaient des profils de patients (souvent des proches) auxquels ils n'avaient pas droit d'accès, en vue de connaître l'évolution de leur état de santé.

Une telle commission doit pouvoir être érigée au CHLFB. Du fait de son rôle de premier employeur local, et au regard de la taille relativement modérée de la ville et de son bassin, le CHLFB s'inscrit en effet dans un environnement de proximité où « tout le monde se connaît ».

### **3.2.2 Apprécier l'amélioration des conditions de travail des professionnels de santé et le retour sur investissement que l'informatisation a généré**

A) Evaluer l'amélioration des conditions de travail des praticiens hospitaliers et libéraux

#### **Préconisations n°11 : Réaliser une enquête de satisfaction auprès des professionnels hospitaliers et des médecins traitants**

Le DPI impacte les conditions de travail des professionnels, qui elles-mêmes influent sur la qualité de la prise en charge des patients. C'est pourquoi, il est nécessaire pour le service qualité, de réaliser une enquête de satisfaction relative à l'évaluation des conditions de travail des professionnels, suite au déploiement du DPI.

B) Réaliser un retour sur investissement par un cabinet spécialisé

#### **Préconisation n° 12: Réaliser une évaluation du retour sur investissement (ROI)**

L'informatisation, en tant que changement dans l'organisation des conditions de travail et de prise en charge, doit pouvoir susciter des bénéfices. En effet, à titre non-exhaustif, l'on peut supposer, tant une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, des gains financiers du fait que la fin de la redondance des examens, une baisse de la consommation de papier, ou encore des gains de productivité grâce au logiciel de prescription connectée.

Afin de quantifier ce retour sur investissement découlant de l'informatisation, le CHLFB pourra avoir recours à un cabinet de conseil. Ce ROI pourrait avoir lieu en 2017, après la montée en charge du DPI sur l'ensemble des secteurs d'activité.

### 3.3 Instituer le Centre Hospitalier de la Ferté Bernard comme établissement de référence sur le territoire est-sarthois

Centre Hospitalier de proximité, situé entre les Centres Hospitaliers du Mans et de Chartres, le CHLFB tend à accroître son rayonnement local. La mise en place du DPI doit permettre à l'établissement de favoriser son attractivité, en pensant son inscription dans le territoire [3.3.1]. Enfin, il sera d'avis d'engager le CHLFB dans une démarche prospective, en anticipant tout d'abord les évolutions technologiques, mais aussi en devançant tout contrôle de l'utilisation des deniers publics [3.3.2].

#### 3.3.1 Penser le territoire

A) Associer les médecins traitants à la création du parcours de soins du patient

#### **Préconisation n°13 : Inscrire l'établissement dans le programme « MSSanté »**

Depuis 2012, l'ASIP Santé met au point un système de messageries sécurisées de santé, appelé MSSanté. Il est réservé à l'ensemble des professionnels de santé et leur permet d'échanger entre eux et par mail des données de santé à caractère personnel. Cette application est née du double constat d'échanges de données en forte croissance corrélée d'une faible sécurisation des messageries de santé (environ 5%), malgré un nombre d'utilisateurs conséquent<sup>78</sup>.

Des systèmes de messageries de santé sécurisés existent<sup>79</sup>, mais ne sont pas interopérables entre eux et ne proposent pas toujours des conditions satisfaisantes de confidentialité des échanges. MSSanté aspire donc à la réalisation d'un objectif majeur : permettre des échanges sécurisés, entre tous les professionnels de santé, tout en intégrant des services de messagerie déjà existants, et en respectant les standards de messageries. Au-delà des détails techniques qui jalonnent ce programme, MSSanté s'avère être un formidable outil de coopération ville-santé, lequel serait tout à fait profitable au CHLFB. De telle manière, les professionnels de santé hospitaliers pourraient réciproquement échanger avec leurs confrères libéraux, favorisant ainsi la continuité des soins. Un point technique est toutefois soulevé par l'implémentation de l'application : la nécessité pour les médecins hospitaliers d'avoir deux messageries, l'une étant dédiée au Centre Hospitalier<sup>80</sup>, l'autre dévolue à MSSanté<sup>81</sup>. Afin de parer à cette redondance inopportune, l'investissement dans un connecteur (serveur filtrant les messages sécurisés et ceux qui ne le sont pas) apparaît nécessaire. Aussi, un rapprochement avec la société

<sup>78</sup> En effet, sur les 1.200.000 professionnels de santé, environ 515.000 professionnels sont équipés d'une carte professionnelle (CPS), mais seulement 61.500 disposeraient d'une messagerie sécurisée. Source : ASIP-Santé, *Etat des lieux des régions*, juin 2013.

<sup>79</sup> Telles qu'Apicrypt en Sarthe.

<sup>80</sup> Exemple : medecin@ch.xxxxx.fr

<sup>81</sup> Exemple : medecin@ch.xxxxx.msssanté.fr

en charge de l'interopérabilité des solutions numériques au CHLFB peut être envisagé pour qu'elle lui fournisse ce connecteur. Le déploiement de cette solution pourrait d'ailleurs permettre au CHLFB d'atteindre un objectif cible (messagerie sécurisée) du programme HN et de bénéficier en retour d'un apport financier estimé à 15.000 euros.

**Préconisation n°14 : Augmenter la capacité du réseau privé virtuel (VPN, pour *Virtual Private Network*) afin de permettre l'accès à distance pour les médecins traitants**

Le réseau VPN est un système permettant de créer un lien direct entre des ordinateurs distants. Le réseau VPN du CHLFB est aujourd'hui limité à vingt connexions, lesquelles sont principalement dédiées au président de la CME, certains praticiens hospitaliers, et à des administrateurs réseaux. Ce réseau est cependant aujourd'hui saturé.

Or, son extension et son ouverture aux médecins libéraux intervenant en EHPAD doivent pouvoir être envisagées par la Direction de l'établissement, ceci dans un double objectif : d'une part, assurer un meilleur suivi de l'état de santé des résidents, et d'autre part, permettre un ajustement en temps réel de la posologie en cas de modification de l'état de santé du résident.

Si ce point n'est pas sans soulever des problématiques de sécurité informatique, il n'en demeure pas moins qu'il peut être un formidable outil d'association d'intervenants extérieurs au parcours de soins des résidents dont l'établissement est le pivot.

L'élargissement du réseau VPN avait été en ce sens réalisé au Centre Hospitalier de La-Guerche-de-Bretagne. Cet établissement, qui constitue le plus grand ex-hôpital local de Bretagne, avait ainsi réussi à associer les médecins traitants à l'utilisation du DPI, via cet accès à distance. C'est pourquoi cette opportunité doit être étudiée avec acuité par l'équipe de direction et les services informatiques.

**Préconisation n°15 : S'engager dans la mise en place du dossier médical personnel (DMP)**

Le DMP, créé par la loi du 13 août 2004<sup>82</sup>, constitue un dossier informatisé, hébergé sur le site du ministère<sup>83</sup>, comportant l'ensemble des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins. Le DMP peut être créé dans un établissement de santé à la demande du patient, qui informé, y aura librement consenti. Un effort de sensibilisation doit donc être réalisé par les praticiens du CHLFB, afin d'encourager les patients - et notamment les populations souffrant de maladies chroniques ou d'affection de longue durée - à demander la création de leur DMP. De telle manière, le tissu de professionnels

---

<sup>82</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

<sup>83</sup> <http://dmp.gouv.fr>



Intervenant dans la prise en charge du patient pourra répondre à ses besoins de façon coordonnée.

**EHESP**

B) Développer l'offre du Centre Hospitalier par l'usage des techniques numériques

### **Préconisation n°16 : Envisager l'intégration de la télémédecine lors de l'élaboration du prochain projet médical**

La télémédecine se définit comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* »<sup>84</sup>. Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire et les contraintes budgétaires rendent en effet nécessaire cette nouvelle organisation des soins et de prise en charge des patients. Rendue possible par les évolutions technologiques, la télémédecine a pour objectif d'améliorer l'accessibilité à des soins de qualité à tous sur le territoire, d'optimiser l'utilisation du temps des ressources médicales rares, d'améliorer la collaboration entre professionnels de santé, et de rendre plus adaptés les parcours des patients. Le décret du 19 octobre 2010<sup>85</sup> précise les cinq actes de télémédecine existants, dont la téléconsultation et la téléexpertise, lesquelles apparaissent particulièrement opportunes pour le CHLFB. La téléconsultation a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient, lorsque la téléexpertise permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs compétences particulières.

Du fait d'un secteur psychiatrique particulièrement déserté en Sarthe, et d'une croissance de la prévalence des maladies neurodégénératives, ces innovations permettraient à des experts en psychiatrie de formuler des diagnostics ou d'aider à la prise en charge d'un patient atteint de troubles cognitifs au CHLFB.

Afin de rendre effectif cette préconisation, le CHLFB doit pour ce faire, s'inscrire dans l'organisation de la télémédecine en contractualisant avec l'ARS lors du renouvellement du CPOM. Cette contractualisation orientera alors l'établissement vers la rédaction d'un nouveau projet d'établissement, et donc d'un projet médical, pierre angulaire de la réalisation d'un tel projet. Comme le souligne l'ANAP, « *la télémédecine est parfois réduite à un projet technique. Or, un projet de télémédecine est avant tout une nouvelle organisation des soins qui se décline dans un projet médical partagé, répondant à un besoin identifié* »<sup>86</sup>. Une attention particulière devra également être portée à la

<sup>84</sup> Article 78 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), codifié à l'article L.6316-1 du Code de santé publique.

<sup>85</sup> Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010.

<sup>86</sup> « La télémédecine en action 25 projets passés à la loupe. Un éclairage pour le déploiement national – Tome 1 » ANAP 2012, p.21.

gouvernance, aux éléments techniques, aux ressources humaines, aux aspects juridiques<sup>87</sup>.

**Préconisation n°17 : S'assurer du déploiement du PACS, promu par le GCS e-santé Pays de la Loire, moteur de l'optimisation des informations en imagerie.**

Les technologies de l'information et de la communication impactent très fortement l'imagerie médicale. Parallèlement, le besoin d'accès et de partage de données d'imagerie augmente. Les enjeux pour cette discipline sont d'autant plus importants qu'elle se situe au carrefour des interventions médicales. Cette évolution incontournable rend aujourd'hui les systèmes d'information et de communication (PACS, pour *Picture Archiving and Communication System* ou système d'archivage et de transmission d'images) nécessaire à l'exercice de l'imagerie. Le PACS est un système de gestion électronique des images médicales avec des fonctions de visualisation, de stockage, d'archivage et de communication rapide. Ses capacités sont très supérieures à tous les équipements existants et offrent des perspectives de développement des réseaux d'imagerie à grande échelle et sur le long terme<sup>88</sup>. Promu par le GCS e-santé Pays de la Loire, lequel regroupe les activités, services et systèmes appliqués aux domaines de la santé, du médico-social et du social, pratiqués à distance au moyen des technologies de l'information et de la communication, le PACS mutualisé (dit régional) devait être opérationnel à compter du 23 juin 2015. Il sera alors nécessaire de s'assurer de son déploiement, notamment dans le cadre de la poursuite de l'informatisation du dossier patient en imagerie prévue en septembre 2015.

**Préconisation n° 18 : Développer le site internet**

Les sites internet des Centres Hospitaliers sont une source d'information pour les patients mais également un outil de communication efficace pour les établissements. A l'heure d'une société hyper-connectée, le CHLFB ne peut plus ignorer la nécessité de développer un site internet susceptible d'accroître son attractivité sur le bassin ferrois.

Pour ce faire, la modernisation du site internet est nécessaire. Celui-ci apparaît aujourd'hui peu dynamique, obsolète, et renseigne peu sur les conditions de prises en charge. Remodelé, il devra pouvoir proposer le téléchargement de documents essentiels à la prise en charge, tels que le contrat de séjour sur le secteur EHPAD ou bien un modèle de directive anticipé sur le secteur sanitaire.

Il est par ailleurs tout à fait notable que certains établissements, majoritairement privés, utilisent les réseaux sociaux pour promouvoir leurs actions. Le CHLFB ne doit pas hésiter à initier une telle démarche. Celle-ci permettra par ailleurs de « dépeussier » l'institution

---

<sup>87</sup> Op.cit.

<sup>88</sup> Définition de la société française de radiologie.

hospitalière, laquelle peut parfois apparaître technocratique et vieillissante aux yeux des citoyens.

## EHESP

### **3.3.2 Engager le Centre Hospitalier dans une démarche prospective en matière d'évolution des produits technologiques et de contrôle de l'utilisation des deniers publics**

A) Anticiper les contraintes qu'entraînent le réseau wifi

#### **Préconisation n° 19 : Evaluer l'utilisabilité du réseau wifi et apprécier la possibilité du retour du filaire**

L'utilisation du Wifi comme outil de connexion des ordinateurs ne s'avère pas nécessairement optimale dans les établissements. En effet, les problèmes de connexion sont nombreux, notamment en extrémité de couloirs. Plus encore, le coût de maintenance du réseau wifi est particulièrement conséquent pour les établissements. Ces difficultés, constatées au CHLFB comme à La-Guerche-de-Bretagne, doivent amener les gestionnaires à remettre en question la pertinence du Wifi comme outil de connexion.

Ainsi, la Directrice du Centre hospitalier de La-Guerche-de-Bretagne a décidé de repasser au filaire, et donc de supprimer les installations wifi, pour l'ensemble de ses activités médico-sociales. Ce choix fut d'ailleurs motivé par les recommandations de soignants, qui, lassés des problèmes de connexion des ordinateurs lorsque déposés aux chevets du résident, ont suggéré de revenir au filaire. C'est ainsi que des tableaux numériques seront installés dans les couloirs des établissements, tous les 6 à 8 lits. Cela nécessite toutefois aux professionnels de santé de retranscrire les informations sur le nouveau support après visite du résident.

Il convient donc pour le CHLFB d'évaluer la pertinence du wifi, sur ses structures médico-sociales prioritairement.

B) Anticiper l'usage de nouveaux outils à-même d'améliorer les conditions de travail

#### **Préconisations n°20 : Envisager l'acquisition de douchettes et tablettes**

Il convient pour le CHLFB, d'anticiper certaines demandes des professionnels aspirant à une plus grande ergonomie du matériel utilisé. Ainsi, la perspective d'utilisation de codes-barres, permettant de scanner le numéro de dossier du patient pour qu'il s'affiche directement sur l'ordinateur, permet un gain de temps précieux pour les professionnels de santé, permis par les « douchettes ». Par ailleurs, il n'est pas exclu que les tablettes numériques deviennent un jour un véritable outil de travail : maniable, portative et ergonomique mais peu pratique pour la saisie de long texte, elles sont déjà utilisés dans de nombreux établissements. Bien évidemment, l'achat de tel matériel est conditionné par

une capacité financière retrouvée du CHLFB, mais doit être évoquée par l'équipe directionnelle avec acuité.

- C) Préparer et conserver les documents relatifs à la justification de l'utilisation des deniers publics

**Préconisation n° 18 : Anticiper un contrôle de l'Agence Régionale de Santé**

L'expérience du Centre Hospitalier de Vitré en matière d'informatisation du dossier patient peut permettre au CHLFB d'anticiper certains contrôles. En effet, ayant bénéficié du plan Hôpital 2012, cet établissement breton a connu en retour un contrôle de la Chambre Régionale des Comptes. Dans le cadre du programme HN, tout contrôle serait réalisé par l'ARS. C'est pourquoi le CHLFB doit, en amont de tout éventuel contrôle, procéder à la classification et à la conservation des éléments de justification des deniers publics.

Le projet d'informatisation du dossier patient au CHLFB se concrétisera au début de l'année 2016. Dès aujourd'hui cependant, il est possible d'affirmer que la transition est réussie, du fait d'un niveau de maturité de l'établissement remarquable. Ce travail d'envergure aura nécessité, nécessite et nécessitera toutefois la mobilisation de l'ensemble des acteurs, afin que l'outil informatique s'ancre définitivement dans les consciences et les pratiques professionnelles.

Certains services du CHLFB bénéficient déjà des avantages que procure l'outil informatique, dont l'optimisation du circuit de l'information constitue le noyau dur. Cette dynamique est aujourd'hui à insuffler sur d'autres activités. L'informatisation, permise par l'immixtion des nouvelles technologies de l'information et de la communication au sein des hôpitaux, constitue un formidable outil, à la fois pour les professionnels, mais s'avère également bénéfique pour les usagers en terme de qualité, coordination, et sécurité des soins. Des réticences peuvent toutefois être observées chez les professionnels : le bouleversement des pratiques qu'engendre l'informatisation est souvent anxiogène. Le management opérationnel et la communication sont à ce titre des vecteurs d'acceptabilité sociale essentiels à l'implémentation de l'informatique en milieu hospitalier.

L'évolution des technologies amène les établissements à se doter d'outils de plus en plus performants afin de garantir les meilleurs soins aux patients. L'informatisation du dossier patient constitue la première étape d'une inscription pérenne du CHLFB dans une démarche numérique. Elle aura nécessité de penser globalement la politique du SIH. Devenu un maillon important du chainage hospitalier, cette dernière recèle de formidables atouts pour envisager le rayonnement de l'établissement sur son territoire.

A ce titre, une phase de réflexion essentielle est à mener pour l'équipe de Direction au regard du projet de loi de santé<sup>89</sup>. Le projet de loi de santé prévoit en effet la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT), lesquels viendront remplacer les actuelles communautés hospitalières de territoire (CHT). Les GHT seront obligatoires pour tous les établissements publics de santé. Dans ce cadre, le projet de loi prévoit d'inviter les établissements à faire converger leurs systèmes d'information. En effet, comme le souligne le rapport intermédiaire *missions Groupements Hospitaliers de Territoire* « *il n'est pas possible, ni souhaitable dans le contexte de contrainte budgétaire, de remplacer l'ensemble du parc logiciel immédiatement. Il s'agira plutôt d'avoir une cible convergente de l'ensemble des établissements du GHT pour pouvoir, à terme, travailler sur les mêmes*

---

<sup>89</sup> Projet de loi de modernisation de notre système de santé, adopté par l'assemblée nationale en première lecture, 14 avril 2015.

*outils, quel que soit le lieu d'exercice dans le GHT »*<sup>90</sup>. De ce fait, l'ensemble des professionnels du CHLFB, et en premier lieu, la direction, doit amorcer une phase de dialogue avec l'établissement pivot (Centre Hospitalier du Mans) et les établissements sarthois, afin que leurs systèmes d'information convergent vers une interopérabilité, malgré la multiplicité des logiciels utilisés. La mise en place d'un SIH convergent induit, au regard de la multiplicité des établissements et de leurs systèmes d'information, la nécessité d'utiliser un langage commun susceptible de favoriser les bonnes pratiques, et *in fine*, de promouvoir une véritable démarche qualité. Ainsi, en matière de qualité du service informatique, et comme le souligne Michel RAUX, « *la norme ISO 20000*<sup>91</sup> *offre aux équipes, à la fois un vocabulaire commun, mais aussi la possibilité d'une appropriation spécifique* »<sup>92</sup>. Elle peut constituer la base de travail d'une harmonisation progressive des SIH des établissements de santé.

Ainsi, si la démarche numérique semble en œuvre sur les centres hospitaliers, il convient désormais de penser la coopération territoriale des SIH. Cette prochaine étape constitue sans nul doute le point le plus saillant que les gestionnaires d'établissements ont à initier dès aujourd'hui.

---

<sup>90</sup> HUBERT Jacqueline ; MARTINEAU Frédéric ; *Mission Groupements Hospitaliers de Territoires* ; Rapport intermédiaire ; Mai 2015 ; p.33.

<sup>91</sup> Pour avoir un aperçu de la norme ISO 20000 : <https://www.iso.org/obp/ui/fr/#iso:std:iso-iec:20000:-2:ed-2:v1:fr>

<sup>92</sup> RAUX Michel ; Les groupements Hospitaliers de Territoire à la recherche de leur système d'information ; Finances Hospitalières, supplément de la lettre n°91 ; Quels enjeux territoriaux pour l'hôpital ; Mai 2015 ; p. 39.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages :

BENSOUSSAN Alain ; *Guide juridique du Dossier Médical Informatisé* ; MMI ; 2001.

CARTAU Cédric ; DEVISE Stéphane ; HERNIO Yves-Marie ; *Informatique de santé : imagerie, biologie et logistique* ; Editions Eyrolles ; 2015.

CARTAU Cédric ; *La sécurité du système d'information des établissements de santé*, Presses de l'EHESP, 2012.

CARTAU Cédric ; *Stratégies du système d'information vers l'hôpital numérique* ; Presses de l'EHESP ; 2014.

CROZIER, Michel ; FRIEDBERG, Erhard ; *L'acteur et le système* ; éditions du Seuil, 1977.

DE COURCY R. ; *Les systèmes d'information en réadaptation* ; Québec ; Réseau international CIDIH et facteurs environnementaux ; 1992.

DEGOULET P. ; FIESCHI M., *Informatique Médicale*, Collection Abrégés, 1994

DUPONT Marc ; BERGOIGNAN-ESPER Claudine ; PAIRE Christian ; *Droit hospitalier* ; Dalloz ; 8<sup>e</sup> édition ; 2011.

DUSSERE L ; DUCROT H ; ALLAËRT F-A ; *L'information médicale : l'ordinateur et la loi* ; éditions Médicales internationales, 1999.

HAGEGE Claude ; *Gouverner le système d'information hospitalier, ou l'éloge du tailleur du souverain* ; Les études hospitalières ; 2006.

QUESNEL Alain ; *Comprendre ITIL 2011 : normes et meilleures pratiques pour évoluer vers ISO 20000* ; Collection Datapro ; Editions ENI ; 2012.

MARZOUG Saana ; SEGUI-SAULNIER, Stéphanie ; *Le dossier médical du patient, guide juridique pratique*, Les indispensables, Berger-Levrault, juin 2010.

PONCON Gérard ; *Management du système d'information hospitalier, la fin de la dictature technologique* ; Rennes ; éditions ENSP ; 2000.

VENOT Alain ; BURGUN Anita ; QUANTIN Catherine ; *Informatique médicale, e-santé – Fondements et applications* ; Editions Springer ; 2013.

### **Rapports et guides**

ANAP ; *Systèmes d'information dans le secteur médico-social, retours d'expériences et grands enseignements* ; Septembre 2013.

ANAP ; *Système d'information des coopérations territoriales, mise en œuvre* ; Mars 2014.

ANAP ; *La télémédecine en action : prise en charge de l'AVC ; Support d'aide au déploiement régional* ; Mai 2014.

ASIP-Santé, *Etat des lieux des régions*, juin 2013.

ATIH ; *Atlas 2014 des SIH ; Etat des lieux des systèmes d'informations hospitaliers* ; mai 2014.

ATIH ; *Atlas 2015 des SIH ; Etat des lieux des systèmes d'informations hospitaliers* ; mai 2015.

BONTHOUX Thomas ; LEREUN Ronan ; PLASSAIS Olivier ; *Comprendre les problématiques du dossier patient informatisé et interopérable : du dossier papier au dossier informatique* ; Hôpital numérique ; ANAP ; Juin 2015.

Conseil Patronal de l'Environnement du Québec ; *Guides de bonnes pratiques afin de favoriser l'acceptabilité sociale des projets* ; 2012.

CIGREF, Réseau des grandes entreprises ; *Dynamique des relations autour des systèmes d'information dans les équipes de direction des grandes entreprises françaises* ; Livre blanc ; septembre 2004.





Direction Générale de l'Offre de Soins ; Hôpital Numérique ; Rapport d'activité 2013 ; 2014.

**EHESP**

Direction Générale de l'Offre de Soins ; *Hôpital Numérique, Rapport d'activité 2014* ; 2015.

HUBERT Jacqueline ; MARTINEAU Frédéric ; *Mission Groupements Hospitaliers de Territoires* ; Rapport intermédiaire ; Mai 2015.

JEGOU, Jean-Jacques ; Rapport d'information du Sénat, session ordinaire de 2005-2006, *Informatisation dans le secteur de la santé*, Commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation, n°62, annexe au procès-verbal de la séance du 3 novembre 2005

### **Mémoires :**

BOUBERT Elsa ; *L'impact organisationnel de l'informatisation du dossier de la personne accompagnée dans le secteur médico-social : l'exemple de la mise en place du Dossier Unique du Val-Mandé (DU-VM)* ; Elève-directrice d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ; promotion 2009-2010;

BRAESCH, L ; DA SILVA BIGOT, A ; DOUTE, T ; DUSAUSOY, E ; HENRY, M ; MASSONAT, G ; MOSTHOFF, P ; PERON, B ; PERON, J-Y ; SELBONNE, R ; *Le dossier médical informatisé : limites éthiques et contraintes professionnelles liées au partage des informations médicales* ; Mémoire interprofessionnel ; ENSP ; 2001.

PIERRE-SEGUIN Anne ; *Les discours d'accompagnement du changement : comment passer de la persuasion à la création d'un contexte favorable à l'appropriation* ; HAL Archives ouvertes ; 2007.

### **Articles :**

BERBAIN Xavier ; MINVIELLE Etienne ; *L'informatique dans la gestion quotidienne des unités de soins : la barrière de l'apprentissage* ; Sciences sociales et santé ; Volume 19, Numéro 19-3 ; 2001.

BOCCARI Tania ; *Le DPI, indispensable vecteur de coordination professionnelle* ; Hospitalia ; n°21 ; Mai 2013 ; p.68.

BOSSI Jeanne ; *Secteur médico-social et systèmes d'information, les enjeux* ; Revue Hospitalière de France ; n°550 ; Janvier-Février 2013 ; p.16-17.

BOUTET-RIXE Christine ; *Télémédecine en Picardie, où en est-on ?* ; Revue hospitalière de France ; n°552 ; Mai-Juin 2013 ; p.32-35.

CARON Françoise ; *Le dossier patient informatisé dans les hôpitaux de proximité* ; Gestions hospitalières ; Organisation ; n°529 ; octobre 2013 ; p. 492-493.

SICOTTE Claude ; *Le dossier patient informatisé : écueils à l'implantation* ; Sciences sociales et de Santé ; avril 1997.

GERVAIS Jean-Bernard ; *Peu de logiciels de prescription incluent la dénomination commune internationale obligatoire en 2015* ; Hospimédia ; Système d'information ; 11 décembre 2014.

HANSSKE Arnaud ; *Tendances et stratégie en systèmes d'information de santé* ; Revue Hospitalière de France ; n°550 ; Janvier-Février 2013 ; p.14-15.

HANSSKE Arnaud ; *Systèmes d'information en santé : l'heure des ruptures* ; Revue Hospitalière de France ; n°552 ; Mai-juin 2013 ; p.30.

HAYEK Joëlle ; *Hôpital numérique : quel accompagnement pour les établissements* ; Hospitalia ; n°27 ; Décembre 2014 ; p.54-56.

HEMERY Pia ; *La nouvelle classification des actes médicaux descriptive inquiète les prestataires informatiques* ; Hospimédia ; Système d'information ; 13 février 2015.

HEMERY Pia ; *Les hôpitaux dépensent 1,41 milliards d'euros dans les SIH, en progression selon la 2<sup>e</sup> édition de l'Atlas consacré* ; Hospimédia ; Système d'information ; 21 mai 2014.

RABEUX Cécile ; *Viatrajectoire va être déployé en EHPAD durant 18 mois pour couvrir l'ensemble de la Basse-Normandie* ; Hospimédia ; Système d'information ; 12 février 2015.

RAUX Michel ; *Les groupements Hospitaliers de Territoire à la recherche de leur système d'information* ; Finances Hospitalières, supplément de la lettre n°91 ; Quels enjeux territoriaux pour l'hôpital ; Mai 2015 ; p.36 - 40.

RAZANAKOTO Pascal ; *Dossier patient informatisé, vers les enjeux de qualités et de réformes gestionnaires des hôpitaux* ; Gestions Hospitalières ; Efficience ; n°538 ; Août-septembre 2014 ; p.433-438.

THORNE M.L., *Interpreting corporate transformation through failure*; Management Decision, volume 38; n° 5; 2000.

TINE Marius André ; *Une critique du processus d'informationnalisation du système de santé français* ; Tic et société ; Volume 2 ; n°1 ; 2008.

TRIBAULT Géraldine ; *Interop'santé publie un livre blanc pour harmoniser les échanges d'informations entre acteurs du SIH* ; Hospimédia, Système d'information ; 11 décembre 2014.

TRIBAULT Géraldine ; *Le projet Terris@nté en Ile de France prévoit la mise en place d'une plateforme interopérable* ; Hospimédia ; e-santé ; 17 décembre 2014.

TRIBAULT Géraldine ; *Le regroupement des équipes Système d'Information des Hospices Civiles de Lyon et du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble est acté* ; Hospimédia ; Système d'information ; 18 décembre 2014.

TRIBAULT Géraldine ; *Le CIU-Santé propose aux entreprises de tester grandeur nature leurs solutions* ; Hospimédia ; Système d'information ; 9 Janvier 2015.

TRIBAULT Géraldine ; *Plus de 800 établissements ont atteints les prérequis Hôpital numérique* ; Hospimédia ; Système d'information ; 28 janvier 2015.

TRIBAULT Géraldine ; *La cible du programme Hôpital numérique concerne maintenant les cinq domaines prioritaires* ; Hospimédia ; e-santé ; 11 mars 2015.

TRIBAULT Géraldine ; *L'ASIP-Santé identifie quatre axes de travail pour la mise en œuvre de terminologie de référence* ; Hospimédia ; Système d'information ; 6 mai 2015.

TRIBAULT Géraldine ; 92 % des établissements ont un projet achevé ou en cours de dossier patient informatisé ; Hospimédia ; Salons santé autonomie ; 21 mai 2015.

### **Sites internet :**

Agence Nationale d'Appui à la Performance => [www.anap.fr/](http://www.anap.fr/)

Agence Régionale de Santé des pays de la Loire => [www.ars.paysdelaloire.sante.fr/](http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/)

Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation = > [www.atih.sante.fr/](http://www.atih.sante.fr/)

CAIRN => <https://www.cairn.info/>

Haute Autorité de Santé => [www.has-sante.fr/](http://www.has-sante.fr/)

Hôpital numérique => <http://www.sante.gouv.fr/le-programme-hopital-numerique.html>

Hospimédia => [www.hospimedia.fr/](http://www.hospimedia.fr/)

Légifrance => <http://www.legifrance.gouv.fr/>

### **Conférences**

Salons santé Autonomie ; *Information médicale et Groupe Hospitalier de Territoire : quels impactent sur l'organisation des DIM, du service financier et du système d'information ?* ; Paris ; Conférence n°12 ; 20 mai 2015

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1.** Présentation de l'établissement

**Annexe 2.** Textes applicables

**Annexe 3.** Comparaison des avantages et inconvénients du dossier papier et du dossier patient informatisé Par E. KOHLER et E. TOUSSAINT

**Annexe 4.** Présentation du système d'information hospitalier selon R. DE COURCY

**Annexe 5.** Les objectifs cibles et domaines prioritaires du programme Hôpital Numérique

**Annexe 6.** Résumé des entretiens

**Annexe 7.** Procédures relatives au dossier patient informatisé

## Annexe 1. Présentation de l'établissement

### 1. Présentation générale de l'établissement

Le Centre Hospitalier Paul Chapron de La Ferté-Bernard (CHLFB) est un établissement de santé public tel que défini à l'article L.6111-1 du code de santé publique<sup>93</sup>. Il est composé de différents types de structures, à la fois sanitaires et médico-sociales, réparties sur plusieurs sites. Il est doté au total 307 lits et places.

Le CHLFB est un hôpital de proximité situé aux confins de trois régions (Pays de la Loire, Centre et Normandie) sur le territoire de l'est sarthois [annexe 1]. Le CHLFB reste aujourd'hui le seul établissement de santé entre Chartres et Le Mans équipé d'un bloc opératoire et d'un service de chirurgie. Cette caractéristique renforce son ancrage territorial, dans un contexte de baisse de la démographie médicale et de vieillissement de la population.

Pour le secteur sanitaire, l'offre de soins du CHLFB se concentre sur le site du Centre Hospitalier, lequel comprend un service d'urgence dont 3 lits d'unité hospitalisation de courte durée, 30 lits en chirurgie dont 11 lits d'ambulatoire, 40 lits de médecine dont 2 lits en soins palliatifs, et 20 lits en soins de suite et de réadaptation. L'attractivité du plateau technique est conditionnée par les caractéristiques sociales et l'origine géographique des patients. En 2012, 70% des patients pris en charge avaient plus de 65 ans et plus de 90% des patients provenaient du territoire de proximité représentant un bassin de 100 000 habitants. Le projet d'établissement (2013-2017), et notamment le projet médical, base son activité sur cette caractéristique populationnelle. L'analyse prospective des besoins de la population réalisée pour la rédaction de ce document a permis de structurer l'activité du secteur sanitaire, lequel bénéficie aujourd'hui d'une hausse pérenne de son activité.

Pour le secteur médico-social, la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées est répartie sur trois sites regroupant 214 lits. Il s'agit tout d'abord de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes *Paul Chapron* ouvert en 1984, situé auprès du plateau technique médical de l'hôpital. Il dispose de 77 lits, dont 14 sont au sein d'une unité pour personnes âgées désorientées (UPAD). Il s'agit ensuite de l'établissement pour personnes âgées dépendantes *Saint-Julien*, ouvert en 1972, situé en centre-ville et disposant de 91 lits. Ces EHPAD accueillent actuellement des résidents de plus de 60 ans dont la plupart sont poly-pathologiques. Le groupe iso-ressources moyen pondéré des deux EHPAD confondu est de 706, pour une moyenne d'âge de 85,6

---

<sup>93</sup> « Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes »

ans [annexe 4]. Il s'agit enfin du *Centre Lesiour Soulbieu* (CLS), ouvert en 1963, situé au sud de la ville. Ce centre reçoit des personnes adultes handicapées non-communicantes.

EHESP Sa capacité d'accueil est de 45 lits, répartis entre foyer d'accueil médicalisé (FAM) et maison d'accueil spécialisée (MAS). Le centre accueille des personnes adultes handicapées autistes ou souffrant de troubles envahissants du développement, des personnes polyhandicapées avec un retard neuro-moteur, des personnes souffrant d'un handicap mental grave avec troubles du comportement associés. La moyenne d'âge des résidents est de 45 ans, dont 16 ayant plus de 50 ans, ce qui souligne un certain vieillissement de la population accueillie.

Le CHLFB comprend environ 400 équivalents temps plein. Ses dépenses de fonctionnement s'élèvent à 30 millions d'euros, dont 21 millions d'euros affectés au compte de résultat principal (sanitaire) et 9 millions d'euros au compte de résultat annexe (médico-social).

## 2. Capacité de l'établissement

Le Centre Hospitalier de La Ferté-Bernard dispose de 327 lits installés, répartis de la façon suivante :

<b>ACTIVITES PRINCIPALES</b>		
	<b>Lits et places installés</b>	<b>Nombre de lits</b>
<b>Site Paul Chapron</b>	Chirurgie conventionnelle	20
	Chirurgie ambulatoire	15
	Médecine 1	10
	Médecine 2	30
	Médecine 3	10
	Soins de suite	20
	Box urgences	5
	UHTCD	4
	EHPAD Paul Chapron	77
<b>Site Saint-Julien</b>	EHPAD Saint-Julien	91
<b>Site Lesiour Soulbieu</b>	FAM	25
	MAS	20
	<b>Total lits</b>	<b>327</b>

<b>AUTRES ACTIVITES</b>	
<b>Service imagerie</b>	Scanner, radiologie, échographie, mammographie
<b>Consultations externes</b>	Plus de 20 spécialités dont l'ophtalmologie, la cardiologie, la pneumologie, l'urologie, ...
<b>Service d'urgences</b>	
<b>Pharmacie à usage intérieur</b>	
<b>Bloc opératoires</b>	3 salles
<b>Salle de surveillance post-interventionnelle</b>	

### 3. Tableau des effectifs au 1<sup>er</sup> janvier 2015

	<b>CENTRE HOSPITALIER</b>
Cadre supérieur et cadre de santé	8
IADE	4
IBODE	3
Kinésithérapeutes	1
IDE	63
Manipulateurs radio	8
Préparateur en pharmacie	5
Aide-soignant	61
ASHQ	15
Psychologues	1
Ingénieur et TSH système d'information	4
Assistant médico-administration	15
Assistant social	1
Administratifs	31
Personnel médical dont praticiens GCS	44
<b>TOTAL</b>	<b>264</b>



	<b>EHPAD</b>
ASHQ	23
Aide-soignant	48
Animateur	1
Assistant social	1
Psychologue	1
Cadre	2
IDE	10
Administratif	2
Médecin coordinateur	1
Praticiens libéraux	25
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>

	<b>CENTRE LESIOUR SOULBIEU</b>
ASHQ	6
Aide-soignant et AMP	35
Assistant social	1
Moniteur-éducateur	3
IDE	2
Adjoint administratif	1
Cadre	1
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>

## Annexe 2. Textes applicables

### Code de santé publique :

#### **Article L1110-4**

Modifié par loi n°2011-940 du 10 août 2011 - art. 2

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve :

1° Du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes ;

2° De l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3.

La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte de professionnel de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale ou un dispositif équivalent agréé par l'organisme chargé d'émettre la carte de professionnel de santé est obligatoire. La carte de professionnel de santé et les dispositifs équivalents agréés sont utilisés par les professionnels de santé, les établissements de santé, les réseaux de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

#### **Article L6316-1**

Créé par Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 78

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique.

#### **Article L1111-14**

Modifié par loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 9

Afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose, dans les conditions et sous les garanties prévues à l'article L. 1111-8 et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical personnel constitué de l'ensemble des données mentionnées à l'article L. 1111-8, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins et comportant la mention : "a été informé de la loi sur le don d'organes". Le dossier médical personnel comporte également un volet spécialement destiné à la prévention.

Ce dossier médical personnel est créé auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel agréé dans les conditions prévues à l'article L. 1111-8.

L'adhésion aux conventions nationales régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé, prévues à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, et son maintien sont subordonnés à la consultation ou à la mise à jour du dossier médical personnel de la personne prise en charge par le médecin.

Les dispositions de l'alinéa précédent sont applicables dès que l'utilisation du dossier médical personnel est possible sur l'ensemble des territoires auxquels s'applique la présente section.

## Article R1112-2

Modifié par Décret n°2006-119 du 6 février 2006 - art. 2 JORF 7 février 2006

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1° Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

- a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- b) Les motifs d'hospitalisation ;
- c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;
- h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ;
- i) Le dossier d'anesthésie ;
- j) Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
- k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40 ;
- m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;
- q) Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

- a) Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
- b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
- c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
- d) La fiche de liaison infirmière ;

3° Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°.

#### **Article R4127-4**

Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

#### **Code pénal :**

#### **Article 226-16**

Modifié par Loi n°2004-801 du 6 août 2004 - art. 14 JORF 7 août 2004

Le fait, y compris par négligence, de procéder ou de faire procéder à des traitements de données à caractère personnel sans qu'aient été respectées les formalités préalables à leur mise en œuvre prévues par la loi est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 300 000 euros d'amende.

Est puni des mêmes peines le fait, y compris par négligence, de procéder ou de faire procéder à un traitement qui a fait l'objet de l'une des mesures prévues au 2° du I de l'article 45 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

### **Article 9**

Créé par Loi 1803-03-08 promulguée le 18 mars 1803

Modifié par Loi 1927-08-10 art. 13

Modifié par Loi n°70-643 du 17 juillet 1970 - art. 22 JORF 19 juillet 1970

Modifié par Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 - art. 1 JORF 30 juillet 1994

Chacun a droit au respect de sa vie privée.

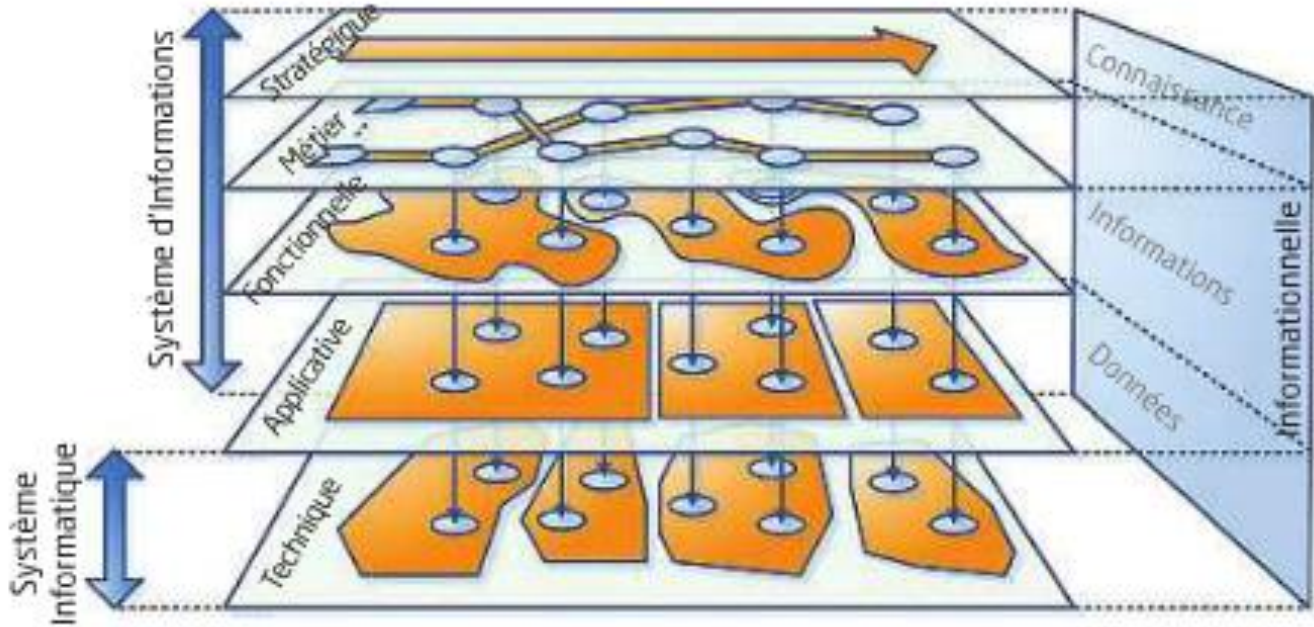
Les juges peuvent, sans préjudice de la réparation du dommage subi, prescrire toutes mesures, telles que séquestre, saisie et autres, propres à empêcher ou faire cesser une atteinte à l'intimité de la vie privée : ces mesures peuvent, s'il y a urgence, être ordonnées en référé.

**Annexe 3. Comparaison des avantages et inconvénients du dossier papier et du dossier informatisé par E. KOHLER et E. TOUSSAINT**

	Traditionnel	Informatisé
Stockage et communication des informations	+	+++
Intégration des données (dont données multimédias)	+	++++
Lisibilité du dossier	+	++
Prise en charge de l'ensemble des problèmes	+	++
Complétude (domaines sélectionnés)	+	+++
Disponibilité de l'information	Séquentiel Locale	Simultané Globale
Accès à distance	0	++++
Chainage des épisodes de soins	+	+++
Chainage de dossiers distribués	0	++
Traitement et aide à la décision	0	++
Résumés, abstractions multiples	0	+++
Rappels, alarmes	0	+++
Suggestions diagnostiques ou thérapeutiques	0	+++
Traitement des données multimédias	0	+++
Vues différentes des données	+	++
Evaluation des soins	+	+++
Recherche clinique, épidémiologique	+	+++
Contrôle de gestion, planification	0	++++
Formation et éducation	+	+
Facilité d'utilisation du dossier	+++	+
Formalisation de la démarche médicale	+	+++
Adhésion aux protocoles de soins	+	+++
Connexion à des bases de données documentaires ou de connaissances	+	++++
Sécurité de l'information	+	++
Confidentialité	+	+



**Annexe 4. Présentation du système d'information selon un schéma de R. DE COURCY**, dans *Les systèmes d'information en réadaptation*, Québec, Réseau international CIDIH et facteurs environnementaux, 1992, n°5 vol.1-2, p. 7-10



## **Annexe 5. Les objectifs cibles et les domaines prioritaires du programme Hôpital Numérique**

### **Les prérequis**

- Identités et mouvements :
  - o P1.1 : complétude de la saisie des identités et annuaire des identités
  - o P1.2 : présence d'une commission d'identitovigilance
  - o P1.3 : complétude de la saisie des mouvements et annuaire des mouvements
  - o P1.4 : annuaire des structures (unités fonctionnelles, centre de responsabilité, etc...)
- Fiabilité et disponibilité
  - o P2.1 : existence d'un PRA
  - o P2.2 : taux de disponibilité du SI
  - o P2.3 : procédure dégradées en cas de panne
- Confidentialité
  - o P3.1 : Existence d'une politique de sécurité du système d'information (PSSI) et d'un RSSI
  - o P3.2 : existence de chartes
  - o P3.3 : information des patients
  - o P3.4 : authentification dans les applications gérant des données à caractère personnel
  - o P3.5 : traçabilité des actions de connexion

### **Domaines prioritaires**

- Imagerie, biologie et anatomie pathologique
  - o D1.1 : taux des comptes rendus imagerie électroniques en ligne
  - o D1.2 : taux de CR anatomo-pathologie en ligne
  - o D1.3 : taux de CR biologie en ligne
  - o D1.4 : taux d'imagerie en ligne
  - o D1.5 : taux d'images en ligne
  - o D1.6 : taux de services accédant aux CR et images en ligne
- DPI
  - o D2.1 DPI compatible DMP
  - o D2.2 Publication des CR dans le DMP
  - o D2.3 Taux de services pour lesquels le DMP contient le CR d'hospitalisation
  - o D2.4 Taux de consultations externes pour lesquelles le DMP est à jour
- Prescription connectée
  - o D3.1 Taux de séjours pour lesquels la prescription médicamenteuse est informatisée
  - o D3.2 Taux de séjours pour lesquels la prescription biologie est informatisée

- D3.3 Taux de séjours pour lesquels la prescription d'actes infirmiers est informatisée
- D3.4. Taux de séjours pour lesquels le plan de soins est alimenté par les prescriptions
  
- Rendez-vous
  - D4.1 Planning unique
  - D4.2 Taux d'informatisation des blocs
  - D4.3 Taux d'actes et de consultations externes planifiés à l'aide d'un outil informatique
  - D4.4 Taux d'examens d'imagerie planifiés à l'aide d'un outil informatique
  
- Pilotage médico-économique
  - D5.1 Tableau de bord médico-économique alimenté par des données de production
  - D5.2 Tableau de bord par service de pôle
  - D5. 3 Utilisation des tableaux de bord dans le pilotage de l'établissement

## Annexe 6. Grilles d'entretiens

Le fil conducteur des discussions avec les personnes interrogées sont présentées ci-dessous, par ordre chronologique :

### 1. Entretien avec le Responsable des Systèmes d'information du Centre Hospitalier de la Ferté Bernard

- Présentation du parcours professionnel
- Rappel de l'historique du déploiement du DPI
- Quelles furent les contraintes techniques à anticiper ?
- Quelles furent les points règlementaires à anticiper ?
- Quels furent les critères de choix du prestataire retenu ? Quels en sont les avantages ? Quels en sont les inconvénients ?
- Quels sont les établissements avec lesquels vous correspondez pour capitaliser sur le déploiement du logiciel ?
- Que pensez-vous de la conduite du projet dans l'établissement ?
- Quels sont les perspectives de l'établissement en matière de démarche numérique ?

### 2. Entretien avec la Directrice des soins du Centre Hospitalier de Saint-Calais, responsable projet dossier patient informatisé

- Présentation du parcours professionnel
- Rappel de l'historique du déploiement du DPI
- Quelles furent les contraintes techniques à anticiper ?
- Quels furent les critères de choix du prestataire retenu ? Quels en sont les avantages ? Quels en sont les inconvénients ?
- Quelles réticences ou craintes des professionnels furent formulés ?
- Comment furent organisées les formations des professionnels de santé ?
- Comment furent associés les médecins libéraux au dossier patient informatisé ?
- Quel bilan réalisez-vous du déploiement du DPI ?
- Quels sont les projets de l'établissement en matière de démarche numérique ?

### 3. Entretien avec la Cadre Supérieure de Santé de l'EHPAD hospitalier La Gautrays (Centre Hospitalier de Vitré) responsable projet dossier patient informatisé

- Présentation du parcours professionnel
- Rappel de l'historique du déploiement du DPI

Quelles furent les contraintes techniques à anticiper ?

Quels furent les critères de choix du prestataire retenu ? Quels en sont les avantages

? Quels en sont les inconvénients ?

- Quelles réticences ou craintes des professionnels furent formulés ?
- Comment furent organisées les formations des professionnels de santé ?
- Comment furent associés les médecins libéraux au dossier patient informatisé ?
- Quel bilan réalisez-vous du déploiement du DPI ?
- Quels sont les projets de l'établissement en matière de démarche numérique ?
- Quelles sont les suggestions que vous formuleriez à destination d'un établissement s'engageant dans le déploiement du DPI ?

4. Entretien avec le médecin d département de l'information médicale du Centre Hospitalier de La Ferté Bernard

- Présentation du parcours professionnel
- Avant le déploiement du DPI, quel était l'avis général du corps médical sur le projet d'informatisation ?
- Quelles craintes du corps médical pouvaient être identifiées ?
- Le corps médical est-il aujourd'hui satisfait du DPI ?

5. Entretien avec la technicienne de l'information médicale du Centre Hospitalier de La Ferté Bernard

- Quelles étaient vos appréhensions avant que le DPI ne soit déployé ?
- Quels sont les problèmes auxquels vous êtes encore confronté aujourd'hui et qui vous pénalisent dans votre travail quotidien ?
- De manière générale, êtes-vous satisfaits des évolutions qu'a engendrées la mise en place du DPI ?
- Quelles suggestions voudriez-vous formuler pour que l'outil DPI optimise vos conditions de travail ?

6. Entretiens et échanges lors des transmissions avec les professionnels de santé des EHPAD du Centre Hospitalier de La Ferté-Bernard

- Quelles étaient vos appréhensions avant que le DPI ne soit déployé ?
- Quels sont les problèmes auxquels vous êtes encore confronté aujourd'hui et qui vous pénalisent dans votre travail quotidien ?

- De manière générale, êtes-vous satisfaits des évolutions qu'a engendrées la mise en place du DPI ?
- Quelles suggestions voudriez-vous formuler pour que l'outil DPI optimise vos conditions de travail ?

7. Entretien avec la Directrice du Centre Hospitalier de La-Guerche-de-Bretagne, responsable projet dossier patient informatisé

- Présentation du parcours professionnel
- Rappel de l'historique du déploiement du DPI
- Quelles furent les contraintes techniques à anticiper ?
- Quels furent les critères de choix du prestataire retenu ? Quels en sont les avantages ? Quels en sont les inconvénients ?
- Quelles réticences ou craintes des professionnels furent formulés ?
- Comment furent organisées les formations des professionnels de santé ?
- Comment furent associés les médecins libéraux au dossier patient informatisé ?
- Quel bilan réalisez-vous du déploiement du DPI ?
- Quels sont les projets de l'établissement en matière de démarche numérique ?
- Quelles sont les suggestions que vous formuleriez à destination d'un établissement s'engageant dans le déploiement du DPI ?

8. Entretien avec une infirmière de l'EHPAD de Saint-Aubin du Cormier (Ille-et-Vilaine)

- Quelles étaient vos appréhensions avant que le DPI ne soit déployé ?
- Quels sont les problèmes auxquels vous êtes encore confronté aujourd'hui et qui vous pénalisent dans votre travail quotidien ?
- De manière générale, êtes-vous satisfaits des évolutions qu'a engendrées la mise en place du DPI ?
- Quelles suggestions voudriez-vous formuler pour que l'outil DPI optimise vos conditions de travail ?

9. Entretien avec un psycho-sociologue

- Echange sur les vecteurs de l'acceptabilité sociale d'un projet

**EHESP 1. Procédure de distribution d'un code d'accès pour le DPI**

QUI ?	QUOI ?	COMMENT ?
	<p align="center">Impossibilité pour l'agent de se connecter au logiciel du dossier patient</p> <p align="center">↓</p>	
<p align="center">Agent</p>	<p align="center">Appeler l'administrateur de garde</p> <p align="center">↓</p>	<p align="center">Tableau des astreintes</p>
<p align="center">Administrateur de garde</p>	<p align="center">Demander à l'agent de décliner son identité, sa fonction et son temps de présence dans l'établissement</p> <p align="center">↓</p>	
	<p align="center">Communiquer le code correspondant à la fonction de l'agent</p> <p align="center">↓</p>	<p align="center">Codes sous enveloppes (2 codes médecin 2 codes IDE 2 codes AS)</p>
	<p align="center">Dès que possible, informer les personnes référentes (ingénieur informatique, DIM et Président de la CME) qu'un code a été transmis</p> <p align="center">↓</p>	
	<p align="center">Désactiver le mot de passe transmis dès que l'agent concerné n'est plus présent sur l'établissement</p> <p align="center">↓</p>	
<p align="center">Ingénieur informatique DIM</p>	<p align="center">Créer un nouveau mot de passe</p> <p align="center">↓</p>	
	<p align="center">Remettre le code d'accès sous enveloppe dans la mallette de garde</p>	

## 2. Procédure dégradée

En cas de panne informatique :

↳ Toutes les unités disposent d'une sauvegarde du DPI en format PDF, accessible sur l'application « **DPI Mode Dégradé** ».

Cette sauvegarde comprend :

- Le dossier administratif
- Le motif d'hospitalisation
- Le plan de soins
- Les constantes
- Les traitements en cours
- Le dossier médical
  - Intolérances/Allergies
  - Suivi dans le service
  - Prescriptions

Pour accéder à la sauvegarde du DPI en PDF :

1. Ouvrir le logiciel « DPI mode dégradé », sur le poste informatique fixe, de « droite » dans le bureau des IDE
2. Trier les patients par unité et par date, en cliquant sur les colonnes « unité » puis « date »
3. Faire un double-clic sur le dossier du patient concerné, une fenêtre s'ouvre
4. Sélectionner « Ouvrir en désactivant le mode protégé », puis cliquer sur « OK »
5. Le fichier « mode dégradé » du patient s'ouvre, cliquer sur l'icône « imprimante » pour imprimer le dossier.
6. Réaliser cet enchaînement pour chaque patient concerné

↳ Si un problème informatique survient sur un ordinateur d'une unité, les professionnels utilisent les autres ordinateurs du service pour continuer la prise en charge des patients/résidents ; s'il s'agit d'un problème sur un matériel informatique se référer aux remèdes préconisés par le service informatique.

↳ Si un problème informatique intervient dans toute l'unité, les professionnels peuvent accéder aux données du DPI sur le poste informatique fixe de droite situé dans le bureau des IDE d'une autre unité, qui n'est pas localisé sur la même baie Réseau.

*Exemple : Si une panne survient en médecine 2, pour accéder aux données du DPI des patients, les professionnels doivent se rendre dans un service qui n'est pas sur la même baie réseau, en chirurgie, par exemple.*

□ Si un problème informatique survient sur l'ensemble de l'établissement, aucune donnée du dossier patient ne sont plus disponibles.

Il est nécessaire d'établir un dossier patient papier, des stocks tampon sont disponibles au magasin et dans les unités

/ ! \ 30 feuilles de prescription seront mises à disposition avec le stock de dossiers tampons



### A. Panne informatique dans une unité en dehors de la présence du service informatique

QUI ?	QUOI ?	COMMENT ?
<p>Personnel de l'unité en panne</p>	<pre> graph TD     A[Panne informatique] --&gt; B[Contacter l'administrateur de garde]     B --&gt; C{La panne a lieu dans une unité?}     C -- Oui --&gt; D[Se dépanner dans une autre unité]     C -- Non --&gt; E{Dans toutes les unités?}     E -- Non --&gt; D     E -- Oui --&gt; F[Poursuivre la prise en charge des patients avec le dossier papier]     D --&gt; G[Imprimer la sauvegarde du DPI sur l'ordinateur dédié]     G --&gt; F     F --&gt; H["Suivant la durée de la panne et les entrées, à la reprise de l'informatique : - Ressaisir les données papier dans le DPI du patient en cours de prise en charge - Scanner les documents papier utilisés dans le DPI du patient"]     H --&gt; I[Indiquer dans les transmissions ciblées IDE, qu'une panne est survenue et qu'une partie du séjour est tracée en papier]     I --&gt; J[A l'ouverture du service informatique, les prévenir de la panne survenue]           </pre>	<p>Administrateur de garde : 013-INF-DI-002</p> <p>Service dont la baie réseau est différente</p> <p>Ordinateur de sauvegarde</p> <p>Stock tampon dossier patient au magasin et dans les unités</p>
	<p>Administrateur de garde</p>	

### 3. Charte informatique

## **PREAMBULE**

L'usage des technologies de l'information et de la communication fait partie du quotidien de la majorité du personnel du Centre Hospitalier de La Ferté Bernard. L'évolution technique constante nous permet aujourd'hui de proposer des outils de plus en plus performants.

Ceux-ci permettent notamment une diffusion quasi instantanée de l'information vers des destinataires tant internes qu'externes à l'établissement.

Les risques majeurs seraient la dispersion de documents confidentiels dématérialisés et / ou de dispenser une information obsolète voire erronée.

Chaque utilisateur doit savoir que l'usage de ces ressources obéit à des règles qui s'inscrivent dans le respect de la loi, de la sécurité et du bon usage.

L'information doit donc être disponible, intègre, confidentielle, sécurisée et protégée.

C'est pour ces raisons que le Centre Hospitalier de La Ferté Bernard a défini une charte informatique.

Tout utilisateur régulier ou occasionnel, personnel médical ou personnel non médical, quel que soit son statut (titulaire, contractuel...) est soumis à la présente charte de bon usage de l'informatique, de la messagerie et d'internet.

## **ARTICLE 1<sup>er</sup> : DEFINITIONS**

**Un « Utilisateur »** désigne toute personne ou groupe de personnes, quel que soit son statut ou sa fonction, disposant d'un accès ou utilisant des ressources informatiques dans le cadre de son emploi ou d'une convention d'accès aux systèmes de l'établissement, que cet accès soit interne ou externe.

**Un « Administrateur »** est une personne qui est chargée d'assurer la gestion matérielle et logicielle de tout ou partie du système d'information. Il dispose des droits d'accès et de contrôle spécifiques qui ne sont pas accessibles à l'utilisateur. Pour assurer le bon fonctionnement, la sécurité et la qualité des systèmes informatiques, il a accès aux informations relatives aux utilisateurs (fichiers, courriers électroniques, connexions à internet...) y compris celles qui sont enregistrées sur le disque dur du poste de travail.

Ces personnes sont tenues au secret professionnel.

**Ressources informatiques** sont désignées ici les éléments suivants :

**Ensemble des moyens matériels** : serveurs, ordinateurs fixes ou portables, imprimantes ou tout autre équipement susceptible de pouvoir se connecter sur le réseau informatique.

**Ensemble des moyens applicatifs** : il s'agit des logiciels, qu'ils soient installés localement sur le poste de travail de l'utilisateur, ou qu'ils soient accessibles à distance que ce soit via le réseau interne ou externe.

**Système d'informations** : il s'agit de l'ensemble des moyens informatiques (Ressources) mis à la disposition des utilisateurs leur permettant d'accomplir leur mission au sein de l'hôpital.

## ARTICLE 2 : OBJET

La présente charte décrit les règles et obligations d'utilisation des moyens informatiques accessibles au personnel du Centre Hospitalier de La Ferté Bernard ainsi qu'aux prestataires externes intervenant sur tout ou partie du système d'information dans le cadre d'un contrat ou d'une convention.

Les raisons qui justifient les contraintes d'utilisation sont les suivantes :

- Assurer la sécurité du système d'information : la mise en place de systèmes de sécurités automatisés (pare-feu, filtrage antivirus, mises à jour des systèmes et applications) ne dispense pas à chacun de rester vigilant au quotidien sur son outil de travail.
- Préserver la confidentialité des données : les informations transmises sur le réseau interne et externe peuvent être interceptées ou piratées. L'envoi de données nominatives est soumis à des règles strictes.
- Maintenir les performances du système : l'augmentation des applications en réseau et la quasi-généralisation de l'accès à Internet provoque un accroissement rapide des flux de données. Cela influe directement sur les capacités de traitement et de stockage des serveurs, ainsi que sur la bande passante disponible pour la communication vers l'extérieur.
- Limiter les installations non contrôlées du logiciel : Internet permet l'accès à des logiciels d'origines diverses dont la récupération et l'utilisation doivent rester compatibles avec les impératifs de sécurité et de stabilité des systèmes installés.
- Respecter les droits d'auteurs : l'utilisation des logiciels et plus généralement de tout document électronique (fichier, son, image, vidéo...) doit se faire dans le strict cadre de la législation en vigueur.

## ARTICLE 3 : LEGISLATION

La rédaction du présent document s'appuie sur les préconisations de la CNIL ainsi que sur les principales lois en vigueur :

- Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (Loi modifiée par la loi relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel du 6 août 2004).
- Article 9 du Code Civil relatif au droit au respect de la vie privée.
- Loi du 4 mars 2002 relatif aux droits du malade et à la qualité du système de santé.
- Loi n° 92.597 du 1<sup>er</sup> juillet 1992 relative au code de la propriété intellectuelle.

## **ARTICLE 4 : CHAMP D'APPLICATION**

La présente charte fixe les règles s'appliquant à tout utilisateur, tel que défini plus haut, du système d'informations du Centre Hospitalier de La Ferté Bernard.

## **ARTICLE 5 : UTILISATION DES SYSTEMES INFORMATIQUES**

L'utilisation faite sur le lieu de travail des moyens informatiques mis à disposition des utilisateurs est prioritairement professionnelle. L'utilisation à des fins privées doit être non lucrative et limitée tant dans la fréquence que dans la durée, conformément aux conditions et limites figurant dans la présente charte.

De même, l'utilisation ne doit pas être de nature à perturber ou à mettre en péril le fonctionnement du réseau informatique de l'établissement.

## **ARTICLE 6 : RESPONSABILITES et ENGAGEMENTS**

Les informations détenues dans le dossier patient/résident informatisé ont un caractère strictement confidentiel. De ce fait, leur accès est uniquement réservé au personnel du service d'hospitalisation ou de la structure médico-sociale qui prend en charge et accompagne le patient/résident.

Les accès au dossier patient/résident informatisé feront l'objet de l'édition régulière d'une liste nominative par l'ingénieur hospitalier responsable du service informatique du Centre Hospitalier. Cette liste sera présentée pour contrôle à la Directrice, au Président de la Commission Médicale d'Etablissement et au médecin responsable du Département d'Information Médicale.

Tout constat d'un accès au dossier patient/résident informatisé par un personnel non autorisé pourra entraîner la prise de sanctions par la Directrice de l'établissement.

## **ARTICLE 7 : SECURITE**

Tout utilisateur est responsable de l'utilisation qu'il fait des ressources informatiques du Centre Hospitalier de La Ferté Bernard à partir des comptes qui lui ont été ouverts et/ou des matériels mis à sa disposition.

Il est tenu à l'obligation de discrétion professionnelle pour les données et informations auxquelles il a accès dans le cadre de ses activités professionnelles.

Le corps médical est tenu au secret médical et à la déontologie médicale.

La sécurité des moyens informatiques mis à disposition de l'utilisateur lui impose :

① de respecter les consignes de sécurité et notamment les règles relatives à la définition et aux changements de mots de passe.

② d'accepter que l'administrateur puisse avoir connaissance des informations nécessaires à l'administration du réseau et puisse prendre toutes mesures urgentes pour stopper la perturbation du service.

③ d'accepter que l'administrateur contrôle à posteriori l'utilisation de sa messagerie en analysant les indications générales de fréquence, de volume, de taille des messages, de format des pièces jointes, sans qu'il y ait contrôle sur le contenu des messages échangés.

④ d'accepter que l'administrateur contrôle à posteriori les données de connexion à Internet par service et par utilisateur ainsi que les sites visités.

Le système d'information ainsi que l'ensemble des moyens de communication peuvent donner lieu à surveillance et contrôle à des fins statistiques, de traçabilité, d'optimisation, de sécurité ou de détection des abus.

## **ARTICLE 8 : CONDITIONS D'ACCES : MOTS DE PASSE**

L'utilisation des ressources informatiques du Centre Hospitalier de La Ferté Bernard est soumise à autorisation préalable.

► Le droit d'accès individuel à un système informatique est personnel. A chaque utilisateur relié au réseau informatique interne de l'établissement est associé un compte utilisateur, un mot de passe personnel et dans certains cas une adresse de messagerie électronique.

► Cette autorisation est concrétisée par l'ouverture d'un compte et par l'utilisation d'un poste de travail dans la majorité des cas. Des autorisations spécifiques pour des applications particulières peuvent être définies.

► Cette autorisation ne vaut que pour les activités conformes aux missions du Centre Hospitalier de La Ferté Bernard dans le respect de la législation en vigueur et que pour les missions confiées à l'agent.

► Le Centre Hospitalier de La Ferté Bernard se réserve le droit de retirer à tout moment cette autorisation et ce, sans préavis selon les modalités prévues dans le protocole précité.

► Ces mots de passe doivent être gardés secrets, modifiés régulièrement et en aucun cas être communiqués à qui que ce soit. L'utilisateur ne doit pas inscrire ses mots de passe sur un support susceptible d'être vu par des tiers.

Il est personnellement responsable de l'utilisation qui peut en être faite. Il doit veiller à ne jamais quitter un ordinateur sans avoir fermé sa session Windows ou l'application utilisée.

Si pour des raisons exceptionnelles et ponctuelles, un utilisateur se trouvait dans l'obligation de communiquer son mot de passe, il devra procéder, dès qu'il en a la possibilité, au changement de ce dernier ou en demander la modification au service informatique. Le bénéficiaire de la communication du mot de passe ne peut le communiquer à son tour à un tiers, ni l'utiliser en dehors de la circonstance exceptionnelle à l'origine de la communication.

## **ARTICLE 9 : UTILISATION**

Pour une bonne utilisation des outils informatiques, l'utilisateur doit :

① verrouiller son poste de travail en cas d'absence et/ou d'utiliser les économiseurs d'écran avec mot de passe afin de préserver l'accès à son poste de travail.

② avertir le service informatique en cas de constat de violation, tentative de violation ou soupçon de violation d'un système informatique ainsi que de tout dysfonctionnement repéré dans le système.

③ signaler au service informatique toute possibilité technique d'accès à une ressource informatique qui ne correspond pas à ses habilitations. L'utilisateur s'interdit toute exploitation ou toute divulgation de cette possibilité d'accès.

④ ne pas installer sur le réseau local ou sur sa machine des logiciels et de ne pas contourner les dispositifs de sécurité en place. En cas de nécessité, l'autorisation expresse et écrite d'un administrateur système est obligatoire.

⑤ ne pas utiliser, sans précaution particulière, des supports magnétiques (clé USB, CD, disquettes...) issus de l'extérieur (introduction de virus).

⑥ sauvegarder régulièrement ses fichiers en les mettant dans le dossier localisé sur le réseau.

⑦ de ne pas utiliser des comptes autres que ceux pour lesquels ils ont reçu une autorisation. Ils doivent s'abstenir de toute tentative de s'appropriier ou de déchiffrer le mot de passe d'un autre utilisateur.

Les utilisateurs sont informés que pour des raisons d'administration des systèmes et de gestion de la sécurité, les administrateurs systèmes ont la possibilité de réaliser des interventions à distance pour assurer la maintenance corrective ou évolutive des ressources mises à leur disposition, ainsi que pour renforcer et préserver les mesures de sécurité.

## ARTICLE 10 : MESSAGERIE ELECTRONIQUE

### *Utilisation*

Les messages électroniques permettant d'échanger des informations à vocation essentiellement professionnelle. La messagerie constitue l'un des éléments essentiels d'optimisation du travail au sein de l'établissement.

Un usage **raisonnable et modéré** de la messagerie, dans le cadre des nécessités de la vie courante et familiale, est toléré, à condition que cela n'affecte pas le trafic normal des messages professionnels et les conditions de travail. Tout message à caractère privé, reçu ou émis, doit comporter une mention particulière explicite indiquant le caractère privé dans la zone objet du dit message. A défaut, le message sera réputé professionnel.

L'envoi et/ou la réception d'images et/ou de photos, de films, vidéos, de musique, ne sont autorisées, dans le respect des droits de la propriété intellectuelle, que dans le cadre d'un usage lié à l'activité professionnelle, ce afin notamment d'éviter l'engorgement des réseaux.

En cas de difficulté, les administrateurs systèmes se réservent le droit de supprimer tout message bloquant.

L'administrateur se réserve le droit de mettre en place des «quotas » de taille de boîtes à lettres en raison des nécessités imposées pour la bonne gestion des réseaux.

Il est rappelé, voir ci-dessus, que la messagerie électronique, même si elle apporte un gain de temps dans la diffusion et le traitement de l'information, ne constitue pas un moyen à priori sûr de transmettre des données médicales nominatives. Une erreur de manipulation peut conduire à divulguer des données sur l'état de santé d'une personne à des destinataires non habilités.

**Toute transmission de données médicales nominatives est donc strictement interdite via tout moyen fourni par l'établissement.**

### ***Emission et réception des messages***

L'utilisateur doit s'assurer de l'identité et de l'exactitude des adresses des destinataires des messages.

Il doit veiller à ce que la diffusion des messages soit limitée aux seuls destinataires concernés afin d'éviter la diffusion de messages en masse, l'encombrement inutile de la messagerie et une dégradation des temps de réponse.

### ***Valeur juridique des messages***

Les messages électroniques échangés avec des tiers peuvent, au plan juridique, former un contrat, constituer une preuve ou un commencement de preuve.

L'utilisateur doit en conséquence être vigilant sur la nature des messages électroniques qu'il échange au même titre que les lettres envoyées.

**Le Centre Hospitalier de La Ferté Bernard s'interdit de prendre connaissance des messages envoyés et reçus par un utilisateur.**

En cas d'utilisation non conforme de la messagerie, le Centre Hospitalier de La Ferté Bernard pourra exiger de l'utilisateur concerné qu'il justifie du caractère professionnel des messages reçus ou envoyés, ou de toute autre circonstance justificative. **Dans ce cas, l'employeur ne pourra ouvrir un message qu'avec l'accord préalable de l'intéressé ou en sa présence.** En cas de refus, l'employeur pourra prendre alors toute mesure pratique (blocage de boîte aux lettres par voie d'huissier, listing des sites incriminés, etc.) de nature à établir légalement la faute de l'utilisateur.

### ***Archivage des messages***

Le Centre Hospitalier de La Ferté Bernard pourra également utiliser tous les supports numériques (bande magnétique, cédérom, disquette, etc.) servant aux sauvegardes quotidiennes et stockées sur une durée de 3 mois pour établir la preuve du non-respect de la présente charte par un utilisateur.

Un archivage simple des messages peut se faire sur la boîte de messagerie elle-même. (Faire la demande au service informatique)

## **ARTICLE 11 : INTERNET**

L'accès à Internet n'est autorisé qu'au travers des dispositifs de sécurité mis en place.

### ***Utilisation et contrôles***

Seuls ont vocation à être consultés les sites Internet présentant un lien direct et nécessaire avec l'activité professionnelle, sous réserve que la durée de connexion n'excède pas un délai raisonnable et présente une utilité au regard des fonctions exercées ou des missions à effectuer.

Une consultation ponctuelle et dans des limites raisonnables, pour un motif personnel, des sites Internet dont le contenu n'est pas contraire à l'ordre public et aux bonnes

mœurs et ne mettant pas en cause l'intérêt et la réputation du Centre Hospitalier de La Ferté Bernard est toléré.

Le Centre Hospitalier se réserve le droit de définir des catégories de sites Internet non autorisées (Jeux, Réseau social, Voyages...) autres que celles interdites par la Loi (pédophilie, xénophobie...). Lorsque qu'un utilisateur souhaite se voir ouvrir une catégorie particulière non autorisée par le Centre Hospitalier de La Ferté Bernard, il doit faire une demande écrite à la Direction qui approuvera ou non.

Le Centre Hospitalier de La Ferté Bernard pourra procéder à des contrôles à posteriori des données de connexion Internet. En cas d'abus, il pourra publier les statistiques de connexion de type « hit-parade ». En aucun cas, il ne diffusera les données de consultations d'un utilisateur individuel.

### **Téléchargements**

Certains fichiers peuvent se révéler très volumineux et/ou comporter des virus susceptibles d'altérer le bon fonctionnement du système d'information du Centre Hospitalier de La Ferté Bernard.

Le téléchargement de fichiers, notamment de sons et d'images, depuis le réseau Internet est autorisé, dans le respect des droits de la propriété intellectuelle et doit correspondre à l'activité professionnelle de l'utilisateur.

## **ARTICLE 12 : SANCTIONS ET MESURES DISCIPLINAIRES**

La loi, les textes réglementaires et le règlement intérieur définissent les droits et obligations des personnes utilisant les moyens informatiques.

En cas de non-respect des règles définies dans la présente charte, la « personne juridiquement responsable » pourra, sans préjuger des poursuites ou procédures de sanctions pouvant être engagées à l'encontre des agents, limiter les usages par mesure conservatoire.

S'agissant du Centre Hospitalier de La Ferté Bernard, il appartient à la Directrice de l'établissement d'exercer en pleine compétence ce droit à limitation ou interdiction.

Les utilisateurs ne respectant pas les règles et obligations définies dans la charte sont également passibles d'une procédure disciplinaire inhérente à leur statut.

De plus, tout utilisateur n'ayant pas respecté la loi pourra être poursuivi pénalement.

## **ARTICLE 13 : « LE BON USAGE »**

Rappel de quelques règles de bon usage :

- Attention à ne pas divulguer, par quelque moyen que ce soit (téléphone, fax, internet...) une information à caractère confidentiel.

- L'utilisateur doit protéger ses données d'une éventuelle intrusion ; il est responsable des droits qu'il donne aux autres utilisateurs.



Le contenu des informations véhiculées à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement est sous l'entière responsabilité personnelle de l'émetteur.

- L'utilisateur devra être prudent lors de sollicitations extérieures et veiller à toujours demander l'avis de la direction lors de la réalisation et de la communication de données statistiques, que ces données soient médicales ou non.
- Les fichiers individuels ou collectifs sont privés, même s'ils sont physiquement accessibles : la possibilité matérielle de lire un fichier n'implique pas l'autorisation de le lire.
- Il appartient à chaque agent de divulguer lui-même son adresse électronique professionnelle, il n'est pas du ressort des agents du standard (ou des secrétaires) de le faire, sauf accord de son propriétaire.
- L'utilisateur doit être vigilant par rapport aux personnes utilisant son poste de travail ; (par exemple, un fournisseur doit impérativement être accompagné pour assurer toute intervention).
- Il doit signaler toute tentative de violation de son compte et toute anomalie.
- Il ne doit pas mettre à la disposition d'utilisateurs non autorisés un accès au système ou aux réseaux, à travers des matériels dont il a l'usage.
- Il ne doit pas utiliser des comptes autres que le sien.
- Il ne doit pas tenter, directement ou indirectement, de lire, modifier, copier ou détruire des données autres que celles qui lui appartiennent en propre.

**Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social**

Promotion 2014-2015

**L'informatisation du dossier patient au Centre Hospitalier de La Ferté Bernard : les enjeux de la construction d'un hôpital numérique**

**Résumé :**

L'analyse du déploiement du dossier patient informatisé (DPI) au Centre Hospitalier de La Ferté Bernard, a permis de mettre en exergue les enseignements d'une conduite du changement efficace. Projet transversal, la mise en place du DPI il induit nécessairement une modernisation et une urbanisation du système d'information. L'enjeu est essentiel pour l'établissement : rendre l'information, qui est au cœur des processus métiers, la plus fluide possible pour les professionnels, et ainsi garantir aux patients, une prise en charge optimale et pluridisciplinaire.

Le déploiement du DPI, en impactant profondément l'organisation hospitalière, doit toutefois dépasser certaines considérations. Il doit de prime abord répondre à des exigences de sécurité, de confidentialité, de disponibilité des données et de traçabilité. Par ailleurs, il est nécessaire d'outrepasser les craintes des utilisateurs : la modification des pratiques professionnelles que le DPI induit, revêt un caractère anxiogène, qu'une politique de formation et de communication permet d'atténuer. Enfin, des problématiques logistiques technico-organisationnelles doivent être relevées afin d'assurer un déploiement optimum.

La mise en place du DPI constitue la première pierre à l'édification d'une politique du système d'information hospitalier tournée vers la démarche numérique. Ce projet d'envergure, s'inscrivant dans le programme national « Hôpital numérique », laisse présager pour les prochaines années une véritable révolution organisationnelle au sein du CHLFB, après la montée en charge de l'outil informatique sur l'ensemble des services.

Les établissements, dont le Centre Hospitalier de La Ferté-Bernard, doivent ainsi dès aujourd'hui s'inscrire dans cette démarche, afin d'anticiper au mieux les évolutions technologiques et culturelles, mais aussi territoriales, à l'aune d'une recomposition de l'offre de soins par la mise en place des Groupements Hospitalier de Territoire au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

**Mots clés :**

Dossier patient informatisé – Conduite de projet – Système d'information hospitalier - Centre Hospitalier de La Ferté-Bernard - Démarche Numérique – Impact de l'informatisation

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*