

**EHESP**

---

**Directeur d'hôpital**

Promotion : **2008 - 2010**

Date du Jury : **décembre 2009**

---

**Le lancement d'un projet  
d'informatisation du dossier patient  
Exemple du Centre hospitalier intercommunal  
de Toulon – La Seyne sur Mer.**

---

**Frédéric CAZORLA**

---

## Remerciements

---

*Je souhaite vivement remercier toutes les personnes qui ont accepté de me rencontrer dans le cadre de la réalisation de ce mémoire. Leur récit, leur analyse, leurs opinions ont permis de nourrir ma réflexion sur le sujet. Mes remerciements vont plus spécifiquement aux médecins qui m'ont reçu et que j'ai rencontré et notamment Mme le Docteur Michel et M. le Docteur Durand-Gasselín, ainsi qu'à tous les directeurs qui ont accepté une prise de contact. J'ajoute une mention particulière pour M. Nicolas Guegnard.*

*Je tiens à remercier plus particulièrement M. Philippe Dugand, maitre de stage, pour m'avoir proposé ce sujet, pour ses conseils et son aide dans l'accès à l'information et sa relecture attentive.*

*Je remercie aussi M. Olivier Stanislas, pour la gentillesse et la rapidité avec laquelle il m'a transmis ses documents de travail.*

*Je remercie par ailleurs M. Philippe Bourguine, responsable du pôle en charge du projet, pour m'avoir facilité l'accès aux réunions et discussions en rapport avec le projet.*

*Je remercie enfin toutes les personnes qui d'une manière ou d'une autre m'ont apporté leur aide ou leur soutien dans la réalisation de ce mémoire.*

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Initier le changement dès l'expression des besoins : les étapes préalables au lancement d'un projet informatique majeur.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Identifier et objectiver les besoins de manière innovante et participative : un premier élément pour susciter l'adhésion au projet. ....</b>	<b>7</b>
1.1.1 Un projet nécessaire pour améliorer fortement le système d'information. ....	8
Bref historique du SIH au sein du CHITS.	8
Un patrimoine applicatif hétérogène.	8
La défavorable image de marque du service informatique.	9
Un pilotage du SIH perfectible.	10
Des besoins exprimés au plus haut niveau.	11
1.1.2 Un projet conçu dans le cadre d'une démarche participative avec l'aide d'un cabinet spécialisé.....	11
L'analyse des processus comme support de la démarche.	12
<b>1.2 Définir et adapter le projet en fonction des contraintes externes.....</b>	<b>14</b>
1.2.1 Un projet adapté pour obtenir un financement dans le cadre du plan Hôpital 2012.....	14
Une possibilité de financement encadrée et accompagnée.	14
L'intégration des projets du CHITS dans le plan Hôpital 2012.	16
La naissance d'un projet commun à 4 établissements.	16
La redéfinition progressive du périmètre du projet commun.	18
1.2.2 Un projet adapté dans le cadre du dialogue compétitif.....	19
Une procédure adaptée aux projets informatiques.	19
Une procédure juridique comportant des avantages en termes de management.	19
Une procédure en trois temps.	20
Un dialogue compétitif coordonné par le CHITS.	22
Une adaptation du projet pour tenir compte des spécificités de chacun.	23
Poursuivre le projet malgré ses adaptations.	24

<b>2 Réussir le changement : les adaptations suggérées par les expériences d'autres établissements.....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Quels outils managériaux pour dépasser les résistances au changement en matière informatique ?.....</b>	<b>28</b>
2.1.1 Le déploiement d'un PGI est soumis au risque majeur de son rejet par les utilisateurs.....	28
La mauvaise image de l'informatique en environnement hospitalier.	29
Les changements suscités par le PGI concernent aussi l'identité des futurs utilisateurs.	30
2.1.2 Le travail des agences nationales spécialisées fournit des outils pour limiter ce risque. ....	32
Un pilotage fort pour porter le projet.	33
Des équipes projet orientées métiers.	34
Conduire le changement.	36
<b>2.2 Quelles actions pour positionner l'établissement en mode projet ?.....</b>	<b>38</b>
2.2.1 Prioriser et piloter. ....	38
Une stratégie de déploiement adaptée aux enjeux du CHITS.	39
Trois scénarios de généralisation progressive ont été évoqués pour le DPP 83.	40
2.2.2 Mobiliser les ressources et les équipes. ....	44
2.2.3 Communiquer et associer.....	45
Une communication par la sollicitation de relais au sein du personnel.	46
Apporter un message sincère et transparent.	47
<b>Conclusion.....</b>	<b>49</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>53</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ADAE :</b>	Agence pour le développement de l'administration électronique ;
<b>AMO :</b>	Assistance à maîtrise d'ouvrage ;
<b>ANAP :</b>	Agence nationale pour l'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux ;
<b>ARH :</b>	Agence régionale d'hospitalisation ;
<b>CBU :</b>	Contrat du bon usage du médicament ;
<b>CH :</b>	Centre hospitalier ;
<b>CHITS :</b>	Centre hospitalier intercommunal de Toulon – La Seyne sur Mer ;
<b>CHT :</b>	Communauté hospitalière de territoire ;
<b>CHU :</b>	Centre hospitalier universitaire ;
<b>CIV :</b>	Cellule d'identitovigilance ;
<b>CME :</b>	Commission médicale d'établissement ;
<b>CNEH :</b>	Centre national d'expertise hospitalière ;
<b>CRIH :</b>	Centre régional d'informatique hospitalière ;
<b>CSIRMT :</b>	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
<b>DGME :</b>	Direction générale de la modernisation de l'État ;
<b>DHOS :</b>	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ;
<b>DIM :</b>	Département d'information médicale ;
<b>DMP :</b>	Dossier médical personnel ;
<b>DPI :</b>	Dossier patient informatisé ;
<b>DPP83 :</b>	Dossier patient partagé du Var ;
<b>ERP :</b>	Enterprise Resource Planning, traduction de PGI ;
<b>GCS :</b>	Groupement de coopération sanitaire ;
<b>GMSIH :</b>	Groupement pour la modernisation du SIH ;
<b>HAS :</b>	Haute autorité de santé ;
<b>MAINH :</b>	Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier ;
<b>MAREVA :</b>	Méthode d'analyse et de remontée de la valeur ;
<b>MOA :</b>	Maitrise d'ouvrage ;
<b>MŒ :</b>	Maitrise d'œuvre ;
<b>PACA :</b>	Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
<b>PACS:</b>	Picture archiving and communication system ;
<b>PGI :</b>	Progiciel de gestion intégré, traduction d'ERP ;
<b>PMSI :</b>	Programme de médicalisation du système d'information ;
<b>RIS :</b>	Système d'information en radiologie – Radiology information system ;
<b>ROI :</b>	Retour sur investissement – Return on investment ;
<b>RSSI :</b>	Responsable de la sécurité du système d'information ;
<b>SDSI :</b>	Schéma directeur du système d'information ;
<b>SIH :</b>	Système d'information Hospitalier ;
<b>SIL :</b>	Système d'information du laboratoire ;
<b>SROS :</b>	Schéma régional d'organisation des soins ;
<b>SSO :</b>	Single sign on.

---

# Introduction

---

« Vous pouvez voir l'ère informatique partout, sauf dans les statistiques de la productivité<sup>1</sup> » et, sauf, dans une large mesure et à quelques notables exceptions près, dans les unités de soins des hôpitaux français, était-il possible de rajouter à l'expression du paradoxe de Solow avant le rattrapage favorisé par les grands plans nationaux d'investissement, Hôpital 2007 et Hôpital 2012.

**Dans une large mesure.** « Aujourd'hui, seuls 30 % des hôpitaux publics disposent d'un système d'information hospitalier réellement efficace<sup>2</sup> » peut ainsi écrire, en 2005, le sénateur Jean-Jacques Jégou dans son rapport d'information sur l'informatisation dans le secteur de la santé. En effet, si les hôpitaux<sup>3</sup> français disposent de logiciels pour couvrir le domaine de l'informatique de gestion, ces applications peuvent être vieillissantes et ne sont que rarement intégrées<sup>4</sup>. Leur apport à la production de soins reste faible voire inexistant. « Actuellement moins d'un établissement sur cinq dispose d'un système d'information capable de donner des réponses significatives aux multiples fonctions de la production de soins : l'accès à un dossier médical personnel (DMP), la prescription des médicaments, les examens de laboratoire, l'imagerie médicale, le circuit du médicament<sup>5</sup> » indique, en 2008, Annie Podeur, Directrice de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) lors d'un colloque consacré à l'informatique hospitalière. Ainsi, « l'informatique vient trop rarement en appui des fonctions de production de soins (urgences, circuit du médicament, transmission des demandes et résultats d'examens, gestion de l'image...), même dans des établissements importants<sup>6</sup>. »

**À quelques notables exceptions près.** Ce constat ne doit pas faire oublier les quelques projets les plus aboutis. Il est toujours difficile d'établir un palmarès, de peur d'oublier une réussite ou d'inclure à tort un projet. Les débats lors des rencontres de l'informatique de santé de 2008 ont conduit l'auteur de la synthèse de ce colloque à iden-

---

<sup>1</sup> Solow, R., New York Review of Books, 12 juillet 1987.

<sup>2</sup> Jégou, J.-J., *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*, Rapport n° 62 session ordinaire de 2005-2006, annexé au procès verbal de la séance du 3 novembre 2005, disponible en ligne : [www.senat.fr/rap/r05-062/r05-0621.pdf](http://www.senat.fr/rap/r05-062/r05-0621.pdf), p.11.

<sup>3</sup> Etablissements publics de santé et syndicats interhospitaliers mentionnés aux articles L. 711-6 et L. 713-5 du code de la santé publique.

<sup>4</sup> Jégou, J.-J., *op. cit.*, p.11.

<sup>5</sup> Podeur, A., in Brizé, N. *Synthèse du colloque « Les rencontres de l'informatique de santé, L'informatique hospitalière, nouvel enjeu de santé publique »* 23 septembre 2008, disponible en ligne : [www.aromates.fr/download/Infosante/SynthesesInfoSante.pdf](http://www.aromates.fr/download/Infosante/SynthesesInfoSante.pdf), p.10.

<sup>6</sup> Jégou, J.-G., *op. cit.*, p.11.

tifier quatre « bons élèves [...] : le centre hospitalier universitaire (CHU) d'Amiens, le centre hospitalier (CH) d'Arras, la plateforme régionale de santé de Franche-Comté, et l'hôpital européen Georges Pompidou<sup>7</sup> ». Le sénateur Jégou cite les mêmes établissements et ajoute les CHU de Grenoble, de Lille, de Montpellier, de Rouen et de Nice, les Instituts Curie et Gustave Roussy et les CH de Bayonne, du Havre, de Mâcon, de Pau et de Vittef<sup>8</sup>.

**Avant le rattrapage favorisé par les plans nationaux d'investissement.** En 2004, les investissements informatiques des hôpitaux publics étaient estimés à 206 millions d'euros, soit près de 5 % du total des investissements hospitaliers<sup>9</sup>. Ces chiffres traduisent les premiers effets du plan Hôpital 2007, qui a porté sur un montant total de 275 millions d'euros d'investissements (dont 135 millions d'euros d'aides) pour 86 opérations identifiées. Les montants affectés à des projets relevant du volet « système d'information du plan Hôpital 2007 représentaient ainsi, en 2005, 3% du total des investissements inscrit au plan Hôpital 2007<sup>10</sup> ». Le plan Hôpital 2012, annoncé le 13 février 2007, a, quant à lui, prévu de consacrer 15% de l'enveloppe prévue à « l'accélération de la mise en œuvre des systèmes d'information hospitaliers (SIH), dès lors qu'elle correspond à une informatisation du processus de soins<sup>11</sup> ». La mise en œuvre du plan a été déclinée en deux tranches d'investissement : la première de 500 millions d'euros (dont 250 millions d'euros d'aide) et la deuxième d'un milliard d'euros (dont 500 millions d'euros d'aide), pour le volet SIH uniquement. Le bilan de cette première phase, publiée par la DHOS le 30 juillet 2009 fait état de 457 dossiers retenus, correspondant à 237 projets, et représentant un montant de 559,42 millions d'euros, pour un montant d'aide de 271,77 millions d'euros<sup>12</sup>. Parmi ces dossiers, 278 comportent un projet d'informatisation du dossier patient<sup>13</sup>. Les grands plans nationaux d'investissement conduisent à un rattrapage significatif de l'investissement informatique dans les hôpitaux français, se traduisant par la multiplication des appels d'offres, des annonces de signatures de marché ou de lancement de projet.

---

<sup>7</sup> Brizé, N., *op. cit.*, p.10.

<sup>8</sup> Jégou, J.-J., *op. cit.*, p.12.

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup> Ibid, p.20.

<sup>11</sup> **Ministère de la santé**, *Circulaire N°DHOS/F2/2007/248 relative à la mise en œuvre du plan Hôpital 2012*, 15 juin 2007, disponible en ligne : [www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Gestion-Finances/investissements/circulaire-dhos-f2-2007-248-du-15-juin-2007-hopital-2012](http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Gestion-Finances/investissements/circulaire-dhos-f2-2007-248-du-15-juin-2007-hopital-2012), p.2.

<sup>12</sup> **DHOS**, *Bilan de la première tranche du plan Hôpital 2012 pour le volet systèmes d'information*, 30 juillet 2009, disponible en ligne : [www.sante-sports.gouv.fr/hopital/rubrique-technique/bilan-premiere-tranche-du-plan-hopital-2012-pour-volet-systemes-information.html](http://www.sante-sports.gouv.fr/hopital/rubrique-technique/bilan-premiere-tranche-du-plan-hopital-2012-pour-volet-systemes-information.html).

<sup>13</sup> **Observatoire des Systèmes d'Information de Santé**, *Statistiques Plan Hôpital 2012 : 1ère tranche*, disponible en ligne : [www.sante-sports.gouv.fr/hopital/rubrique-technique/IMG/pdf/Statistiques\\_Plan\\_Hopital\\_2012\\_-\\_1ere\\_tranche\\_SI-2.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/hopital/rubrique-technique/IMG/pdf/Statistiques_Plan_Hopital_2012_-_1ere_tranche_SI-2.pdf).

La formalisation et l'informatisation des SIH sont, du fait de ce rattrapage en termes d'investissement, rentrées dans une phase d'accélération. « Le [SIH] peut être défini comme l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement, nécessaires [au] fonctionnement quotidien [de l'hôpital], à ses modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique<sup>14</sup>. » Cette définition ministérielle de 1989 mérite d'être actualisée. Le groupement pour la modernisation du SIH (GMSIH) donne du système d'information de la production de soins la définition suivante : « ensemble des informations, de leur règles de circulation, de conservation, de communication et de traitement, nécessaire à l'accomplissement des missions de l'organisation en relation avec la prise en charge d'un patient et de son (leur) environnement<sup>15</sup> ». Cela amène à distinguer le système information des moyens mis en œuvre pour l'automatiser. Cette informatisation s'est faite au gré de l'histoire propre de chaque établissement en fonction de l'offre des centres régionaux d'informatique hospitalière (CRIH) avant 1989 puis du marché de l'informatique de santé. Elle s'est bien souvent traduite par l'addition d'applications de gestion et d'applications spécialisées, faiblement intégrées.

Le travail d'amélioration des SIH est désormais principalement marqué par son urbanisation, et par le déploiement de progiciels de gestion intégrés (PGI) permettant aux établissements de se doter de dossiers patients informatisés (DPI). L'urbanisation d'un système d'information, « c'est organiser la transformation progressive et continue du système d'information visant à le simplifier, à optimiser sa valeur ajoutée et à le rendre plus réactif et flexible vis à vis des évolutions stratégiques de l'entreprise, tout en s'appuyant sur les opportunités technologiques du marché. L'urbanisme définit des règles ainsi qu'un cadre cohérent, stable et modulaire, auquel les différentes parties prenantes se réfèrent pour toute décision d'investissement dans le système d'information<sup>16</sup>. » L'urbanisation permet « de constituer et structurer des ensembles fonctionnels cohérents et suffisamment indépendants sur lesquels il est possible d'intervenir sans remettre en cause le plan global [et] de mettre en place plus rapidement les évolutions ou le remplacement d'un de ces ensembles dans la mesure où il a bien été identifié et qu'il constitue un ensemble fini et bien délimité<sup>17</sup>. » Il s'agit de « faire porter l'effort sur des fonctionnalités à forte valeur ajoutée en réutilisant et préservant au maximum le système existant<sup>18</sup>. » Ce travail de re-

---

<sup>14</sup> **Ministère de santé**, *Circulaire n° 275 relative à l'informatisation des hôpitaux publics*, 6 janvier 1989, disponible en ligne : [www.atih.sante.fr/openfile.php?id=1080](http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=1080), p.1.

<sup>15</sup> **GMSIH**, *Guide méthodologique, Architecture et urbanisation des SIH*, 31 octobre 2006, disponible en ligne : [www.gmsih.fr/fre/content/download/413/2699/file/SI35-CDROM-PUB.zip](http://www.gmsih.fr/fre/content/download/413/2699/file/SI35-CDROM-PUB.zip), p.6.

<sup>16</sup> Définition proposée par le Club Urba-EA, cité dans l'article Urbanisation (informatique) de Wikipédia : [http://fr.wikipedia.org/wiki/Urbanisation\\_\(informatique\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Urbanisation_(informatique)).

<sup>17</sup> **GMSIH**, *op. cit.*, p.6.

<sup>18</sup> **Longépé, Ch.**, *Le projet d'urbanisation du SI : démarche pratique et cas concret*. Paris : Dunod, 2004.



censement et de réorganisation des domaines applicatifs et de leurs interfaces, d'intégration des applications en place, des projets en cours et les futures briques du système, vise à améliorer la mutabilité du SIH, et à diminuer, ainsi, les risques liés aux développements du SIH du fait de l'informatisation du dossier patient.

Cette informatisation répond à de nombreux objectifs. Elle renforce voire permet les avancées liés à l'unification du dossier patient (amélioration des conditions d'accueil, de prise en charge, de sécurité et de confort des patients). Elle facilite et accélère la communication de données nécessaire au processus de soins (meilleur emploi du temps médical et soignant). Elle est porteuse de gains de productivité. Elle favorise la coopération entre établissements de santé et le travail en réseau. Elle semble d'autant plus efficace que le dossier patient informatisé est interconnecté avec le reste du SIH. Cette interconnexion est facilitée par le déploiement d'un PGI. Un PGI est un logiciel « qui permet de gérer l'ensemble des processus d'une entreprise en intégrant l'ensemble de ses fonctions<sup>19</sup> ». PGI est la traduction française de l'anglais Enterprise Resource Planning (ERP). Le principe de fonctionnement d'un PGI est l'unicité de sa base de données, permettant une grande rigueur et une grande réactivité du système d'information. Il s'agit de produit dont l'introduction à l'hôpital est récente mais croissante : en 2006, seuls trois établissements étaient (plus ou moins partiellement) dotés d'un PGI : le CHU de Montpellier, les Hospices civils de Lyon et le CH intercommunal de Montreuil<sup>20</sup>.

C'est dans ce cadre de forte incitation à l'amélioration de l'informatique hospitalière que le Centre hospitalier intercommunal de Toulon – La Seyne sur Mer (CHITS) s'est engagé dans une démarche d'urbanisation du SIH et d'informatisation du dossier patient par l'achat et le déploiement d'un PGI. Le CHITS, organisé en douze pôles d'activité médicale, est un établissement assurant la médecine de proximité et certaines activités de recours pour le territoire du Var Ouest. Les 378 médecins et 3210 agents qui y travaillent accueillent les patients hospitalisés lors de 57 512 séjours dans 1371 lits et places de médecine, chirurgie, obstétrique, long séjour, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, répartis sur quatre sites situés dans trois communes de l'agglomération toulonnaise<sup>21</sup>. Son projet médical, adopté en juin 2009 est fortement marqué par la volonté de faire du nouvel hôpital, « Sainte-Musse », en construction, un pôle de référence pour le territoire. Ce projet médical s'appuie en outre sur une partie consacrée au SIH. Celle-ci décrit syn-

---

<sup>19</sup> **Office Québécois de la langue Française**, *Article PGI du Grand dictionnaire terminologique*, 2002, disponible en ligne : [www.granddictionnaire.com](http://www.granddictionnaire.com).

<sup>20</sup> **Neau, A.**, *La mise en œuvre du projet Arc-en-ciel au CH intercommunal de Montreuil : condition de réussite d'un projet informatique innovant pour une structure de taille moyenne*, Mémoire de l'école nationale de la santé publique, 2006.

<sup>21</sup> Chiffres 2008, issus du projet médical et du bilan social.

thétiquement les axes de travail assignés au SIH : urbanisation et informatisation du dossier patient. Ce travail s'inscrit dans le cadre du projet dénommé « dossier patient partagé du Var » (DPP83). Il s'agit d'un projet ambitieux, porté par quatre établissements du département : le CHITS, le CH Jean Marcel à Brignole, le CH de la Dracénie à Draguignan et le CH intercommunal de Fréjus – Saint Raphael. Pour la partie concernant le CHITS, ce projet se déroule en parallèle de la construction du nouvel hôpital et doit permettre une large informatisation des processus dans le nouveau site, dont l'inauguration est prévue fin 2011.

Un tel projet est susceptible d'être étudié sous différentes approches. L'approche du juriste traiterait du marché, de ses conditions de passation et de réalisation ; l'approche éthique poserait la question de la protection des données de santé ; l'approche comptable observerait les problématiques d'imputation des dépenses entre plusieurs établissements, l'approche stratégique s'attacherait aux perspectives de mutualisation entre eux, sans compter les approches techniques ou logistiques. L'approche la plus pertinente pour l'élève directeur reste l'approche de la conduite du changement. L'importance, réaffirmée, du management dans l'activité des directeurs d'hôpital justifie ce choix. En effet, un projet d'informatisation, entre autre, du dossier patient est un important vecteur de changement. L'impact de la mise en service d'un PGI sur les organisations est ainsi majeur, et la cause du principal risque d'un tel chantier : la non utilisation par les personnels des produits informatiques déployés.

Les conditions de réussites d'un tel projet, fortement managériales constituent donc les principaux éléments d'intérêts pour l'élève directeur. L'observation des pratiques, des difficultés rencontrées et des solutions apportées, préalable à l'analyse et à la mise en perspective est alors contrainte par l'avancement concret du projet au sein de l'établissement observé. Cela rend nécessaire d'arrêter l'observation à un moment significatif du projet. C'est pourquoi ce travail portera sur les faits précédant la signature des ordres de service, véritable date de lancement du projet dans le cadre de la relation avec les prestataires retenus pour le marché, dite  $T_0$ . L'analyse d'un projet en cours est limitée par l'impossibilité d'évaluer le résultat des actions menées. Elles ne peuvent être commentées qu'en termes de cohérence, de risques et de conformité à ce qui est reconnu comme les bonnes pratiques. Néanmoins, ce travail est aussi prospectif et vise à étayer des propositions concrètes. C'est dans ce cadre qu'il envisagera les étapes suivantes du projet en s'efforçant de tirer les enseignements des phases d'initiation de la démarche pour renforcer l'efficacité des phases de réalisation du projet.

Cette observation d'un démarrage, du lancement d'un projet cherche ainsi, à mettre en perspective les méthodes employées au CHITS avec celles utilisées par d'autres établissements porteurs de projets similaires et celles recommandées par le GMSIH. Confrontant théorie et pratique, l'observation et l'analyse conduisent alors à

construire les éléments permettant d'indiquer dans quelle mesure le management du projet est un facteur de réussite pour un projet d'ampleur en matière d'informatisation et pour le projet « DPP 83 » en particulier.

Le moment d'observation du projet DPP 83 incite à une étude en deux temps : l'analyse de ce qui a été fait, c'est-à-dire tout le travail d'initiation du changement, puis de ce qui reste à faire, c'est-à-dire la recherche de préconisations pour réussir le changement.

# **1 Initier le changement dès l'expression des besoins : les étapes préalables au lancement d'un projet informatique majeur.**

Le chemin entre le constat d'un besoin et le lancement du projet qui y répond est parfois long. Pourtant cette période est loin d'être du temps perdu. Dans le cas du DPP 83, l'identification du besoin, non seulement d'un saut qualitatif dans le SIH mais d'une réflexion sur les processus amène à la définition d'un projet, adapté en fonction des contraintes extérieures. Cette réflexion sur les processus est un premier pas pour initier un changement susceptible de remporter l'adhésion du personnel.

## **1.1 Identifier et objectiver les besoins de manière innovante et participative : un premier élément pour susciter l'adhésion au projet.**

Les conditions, les éléments de contexte dans lesquels est imaginé un projet permettent de mieux comprendre certains choix, de resituer le projet dans la vie de l'établissement qui le porte et, dans une certaine mesure, dans l'esprit des équipes qui l'ont pensé. Ainsi, la façon dont s'exprime le besoin, notamment celui d'un changement profond du système d'information recèle des informations sur l'opinion et les attentes des utilisateurs vis-à-vis du système d'information et du service informatique.

Prendre la vraie mesure du système à construire. C'est ce que Claude Hagège fixe comme objectif dès les premières phrases de son introduction à l'ouvrage Gouverner le système d'information hospitalier ou l'éloge du tailleur souverain<sup>22</sup>. Cette délicate opération de détermination des besoins est essentielle pour faire le bon choix — ou le moins mauvais — de procédure, de progiciel, de communication... Cette première étape dans la conduite d'un important changement informatique est aussi l'occasion de conduire une démarche participative, permettant de faire vivre le projet pendant cette période. Associé dès les premières étapes, amené à réfléchir, non pas sur la seule question des fonctionnalités dont il a besoin mais aussi sur celles de l'organisation et des méthodes de travail, le personnel, c'est à dire les futurs utilisateurs, est alors plus susceptible de comprendre, et ensuite, de porter le projet lors de son déploiement.

---

<sup>22</sup> Hagège, Cl., *Gouverner le SIH ou l'éloge du tailleur souverain*, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 2006. 246 pp.

### **1.1.1 Un projet nécessaire pour améliorer fortement le système d'information.**

L'informatisation du système d'information du CHITS a globalement suivi la même histoire que les autres établissements publics de santé. Elle est néanmoins marquée par certains traits particuliers qui font la spécificité de l'établissement.

#### **Bref historique du SIH au sein du CHITS.**

L'établissement a ainsi bénéficié, aux débuts de l'informatisation des procédures de gestion, des services du CRIH de Marseille, s'en détachant peu à peu (présence des serveurs, puis autonomie complète). Fort de la liberté accordée aux établissements en matière informatique par la circulaire du 6 janvier 1989<sup>23</sup>, le CHITS va alors, en 1995, porter un projet ambitieux avec le choix de la solution anglo-saxonne TDS, mis en œuvre par le CHU de Nice. Produit devant permettre l'informatisation des unités de soins, la gestion de l'identité et de la localisation, son implantation dans l'établissement est portée par le chef d'établissement, son principal adjoint et le département d'information médicale (DIM). La longueur du paramétrage, la hausse des coûts, la faible association du service informatique, puis le changement de chef d'établissement amènent à arrêter le projet en 1999. C'est un échec qui est encore avancé par certains acteurs du dossier pour expliquer certains positionnements. Il se trouve par ailleurs que les logiciels de gestion utilisés par l'établissement n'ont pas la capacité de traiter les années sur quatre chiffres, ce qui à l'approche de l'an 2000 devient préoccupant. Un appel d'offre est donc lancé pour remplacer ces applications et est remporté par le fournisseur Kalamazoo. Le CHITS devient alors le premier établissement de grande taille dans la clientèle de cette société. Depuis, le CHITS a fait évoluer ses logiciels en même temps que le fournisseur était racheté et faisait évoluer son offre. Le noyau du SIH du CHITS est actuellement le logiciel Hexagone® ou Orbis Administration®, diffusé par Agfa HES.

#### **Un patrimoine applicatif hétérogène.**

À ce noyau s'ajoute près de 90 logiciels et de 10 applications métiers dont les plus importantes sont celles associées au programme de médicalisation du système d'information (PMSI) et au codage des actes (Atalante diffusé et maintenu par le Centre Hospitalier de Wissembourg et Cora diffusé par PrisMédica). L'établissement a par ailleurs récemment simplifié le système d'information du laboratoire (SIL) autour de Synergie (diffusé par Bayer)<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup> **Ministère de la santé.** *op. cit.*

<sup>24</sup> Le schéma présentant les principales applications du CHITS et les liaisons entre elles est disponible en Annexe 2

## La défavorable image de marque du service informatique.

Ce patrimoine applicatif hétérogène consomme pour sa maintenance, sa gestion un grand nombre de personnel. Le travail passé à interconnecter les applications est peu visible des utilisateurs qui ressentent la faiblesse du système d'information et accusent le service informatique. C'est ainsi que la totalité des utilisateurs interrogés font part des difficultés qu'ils rencontrent avec le service informatique : délai de réponse de la hotline, délai de maintenance et de résolution des problèmes, faiblesse sur les projets d'envergure, absence d'interlocuteurs sur des thématiques spécifiques, mode de fonctionnement peu transparent : les critiques sont nombreuses, l'image de marque du service est très dégradée au sein de l'établissement. Cette situation conduit même certains services de soins à limiter fortement la place et le rôle du service informatique dans la mise en place d'un embryon de système d'archivage et de communication des images (Picture archiving and communication system — PACS)<sup>25</sup>.

Ce constat, c'est celui du chef d'établissement arrivé début 2007 « d'un important retard pour un hôpital de cette taille<sup>26</sup> », celui du directeur en charge du service informatique<sup>27</sup>, arrivé en septembre 2008, d'un service « pas du tout en ordre de marche ». C'est aussi le constat objectivé du consultant chargé d'accompagner l'établissement dans sa démarche en matière informatique, dans le cadre de la préparation d'une ébauche de schéma directeur du système d'information (SDSI) : dans la partie consacrée à la description de l'existant<sup>28</sup>, il indique des points forts — une expertise fonctionnelle, la capacité de déployer 300 postes par an, l'astreinte continue 24 heures par jour, la formation continue des infirmières — et des points faibles — la « faible qualité du service rendu aux utilisateurs dans le cadre de la hotline », une « montée en compétences indispensable », une « hyperspécialisation des chefs de projet fonctionnels, [ce] qui limite fortement la capacité du secteur en matière de conduite de projets », des « applications peu documentées pour lesquelles le transfert de connaissance [à] une autre ressource sera difficile », un « manque de stabilité du management du service ».

---

<sup>25</sup> Système permettant la consultation dans les services de soins, au travers du réseau informatique, des images du service d'imagerie médicale (scanner notamment).

<sup>26</sup> Constat rapporté par Mme le Dr Michel, responsable du DIM en entretien, le 18 août 2009.

<sup>27</sup> Philippe Bourguine, directeur adjoint, responsable du pôle finance, accueil patient et système d'information.

<sup>28</sup> **Groupe Projet SIH**, *Etude du SDSI du CHITS, point d'avancement*. 20 décembre 2007, Transmis et mis en forme par **Stanislas, O.** Inédit.

## Un pilotage du SIH perfectible.

À ces faiblesses s'ajoutait un pilotage peu optimal du projet informatique. En effet, l'établissement vivait la situation paradoxale d'une instance de pilotage développée et d'un pilotage effectif réduit. Il existait jusqu'en 2007, un comité de pilotage du système d'information, chargé de valider annuellement les orientations en matière informatique. Ce comité, présidé par le directeur adjoint responsable des finances et du SIH, était notamment composé du responsable du DIM, de six praticiens, un radiologue, un pharmacien, un biologiste, le directeur des soins, cinq cadres de santé et un informaticien. Cette instance assurait la priorisation des chantiers, ce que le SDSI 2003-2008 ne réalisait pas. La faible participation des membres médicaux de ce comité à ses réunions conduisent à une hiérarchisation des projets « contraire au bon sens » pour la nouvelle équipe de direction. De même, pour la Chambre régionale des comptes, ce comité de pilotage « n'a pas modifié les habitudes de fonctionnement de l'établissement constatées par l'audit<sup>29</sup> » du centre national d'expertise hospitalière (CNEH) réalisé en 2004 et qui « avait préconisé une réorganisation du service, une redéfinition des missions en fonction des besoins établis par l'établissement dans une politique de concertation<sup>30</sup> ». La nouvelle équipe de direction, dans le cadre de la nouvelle gouvernance a alors procédé à un recentrage du pilotage dans les mains du conseil exécutif et plus particulièrement des deux duos administratifs et médicaux : le chef d'établissement et son adjoint, la présidente de la commission médicale d'établissement (CME) et son vice-président.

La considération apportée au service informatique par cette nouvelle équipe de direction tranche avec les turpitudes passées<sup>31</sup>. À peu près stabilisé dans son organisation, son management et son pilotage, le service informatique peut désormais évoluer vers l'objectif de qualité de service rendu qui lui a été fixé. Par ailleurs la continuité dans le fonctionnement du logiciel cible et la qualité des relations avec son fournisseur, fortement dégradées en 2007, s'améliorent concomitamment. Les utilisateurs rencontrés notent, au-delà de leurs critiques, les premières évolutions dans la capacité d'écoute du service. Les craintes dans les capacités du service informatique à mener le projet DPP 83, justifiées en partie par les déceptions passées, sont ainsi amoindries par ces débuts de changement et par le crédit qui est fait à la direction de vouloir réussir ce projet.

---

<sup>29</sup> **Chambre régionale des comptes de Provence-Alpes-Côte d'Azur**, *Rapport d'observations définitives sur la gestion du CHITS*, 15 mai 2008, disponible en ligne : <http://www.ccomptes.fr/fr/CRC22/documents/ROD/PAR200913.pdf> p.22.

<sup>30</sup> Ibid.

<sup>31</sup> Ces turpitudes (recrutements non basés sur la compétence, utilisation du service informatique dans une stratégie du diviser pour régner...) participent encore de la mauvaise image de marque du service.

## **Des besoins exprimés au plus haut niveau**

Au delà des besoins de reprise en main du service et du pilotage du SIH, la communauté médicale signale fortement au nouveau directeur, dès son arrivé, ses attentes en matière de système d'information. L'importance du suivi de l'activité dans le cadre des nouvelles règles de financement et le développement des contrôles qualité extérieurs — Haute autorité de santé (HAS) et contrat du bon usage du médicament (CBU), renforcent la motivation d'un important travail sur le SDSI. Plus précisément, la communauté médicale insiste sur la nécessité de placer l'informatisation du dossier patient en tête des priorités de l'établissement. Par ailleurs, le responsable du DIM insiste sur la nécessité de compléter l'identitovigilance<sup>32</sup>. En effet, si l'établissement est doté d'une cellule d'identitovigilance (CIV), son action est principalement de s'assurer de la bonne identification de chaque patient à des fins d'optimisation de la facturation et très peu de limiter les risques de doublons ou de collisions d'identité.

La direction ne peut alors que constater la forte expression d'un besoin se portant sur un dossier patient informatisé. Le positionnement et les capacités du service informatique imposent alors de lancer un appel d'offre pour « une mission d'assistance pour la mise en œuvre du SDSI du CHITS, la poursuite des actions déjà engagées et la mise en œuvre des actions nouvelles utiles<sup>33</sup> ». Il s'agit en outre de porter le message de la direction<sup>34</sup>.

### **1.1.2 Un projet conçu dans le cadre d'une démarche participative avec l'aide d'un cabinet spécialisé.**

Dans le cadre de l'appel d'offre lancé pour épauler la direction dans la constitution d'un SDSI, l'offre du cabinet KRUSOS Consulting est retenue. Ce cabinet, fondé en 2004, dont les compétences sont connues de la direction du CHITS, est un cabinet de conseil en management et en performance opérationnelle, « généraliste », qui développe une expertise du secteur de la santé. La mission confiée au cabinet est prévue pour durer une année à partir de septembre 2007. Il s'agit d'apporter l'appui nécessaire pour concrétiser l'extension de la couverture fonctionnelle du système informatique du CHITS à l'ensemble des activités médicales et de soins avec le souci d'aboutir à un ensemble cohérent, répondant aux attentes d'efficacité individuelle des professionnels, beaucoup plus réactif et

---

<sup>32</sup> Du fait qu'il ne s'agit pas d'une des vigilances obligatoires — la pharmacovigilance, la matériovigilance, l'hémovigilance, la réactovigilance, la cosmétovigilance, la biovigilance, la toxicovigilance — le terme d'identitovigilance peut paraître impropre. Néanmoins son usage est trop répandu pour être abandonné.

<sup>33</sup> Objet du marché selon l'article 1 du règlement de consultation.

<sup>34</sup> Description de la mission restituée par le consultant lui-même en entretien, le 29 juillet 2009.



beaucoup plus ouvert. L'appel d'offre porte sur le SDSI, l'aide au choix du PGI et le lancement du déploiement. Le cabinet est, ainsi, non seulement chargé de permettre l'expression des besoins et de réaliser leur mise en forme et en cohérence mais aussi de la mobilisation des acteurs pour assurer l'adhésion et initialiser la dynamique de transformation opérationnelle.

### **L'analyse des processus comme support de la démarche.**

Le consultant identifie dès sa réponse à l'appel d'offre<sup>35</sup> le besoin de réflexion sur les processus de travail, en particulier sur les activités de production de soins. Il s'inscrit alors dans les recommandations du GMSIH : « dans un monde idéal, une analyse complète de l'activité devrait être menée lors d'une phase préalable au choix du PGI<sup>36</sup> ». L'approche par processus a pour objet de renforcer le lien entre le projet informatique et la réalité du travail des utilisateurs. En effet, la réflexion sur les organisations que suppose cette démarche permet non seulement d'identifier les besoins d'informatisation mais aussi de repérer les adaptations organisationnelles souhaitables pour fluidifier les processus<sup>37</sup>. Un processus regroupe un ensemble d'activités principales (concernant parfois plusieurs acteurs) délivrant un résultat tangible tel qu'un produit fini ou une prestation de service complète. Il se découpe en plusieurs activités, composées de séquences de tâches. Les tâches sont l'élément de base de l'analyse : elles sont réalisées par un seul acteur et peuvent être décrites par les réponses à une suite de questions : Quoi ? Qui ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ? L'analyse des processus amène à identifier les points critiques du fonctionnement — risques, charge de travail inutile... Il permet ensuite de faire ressortir les fonctions dont l'informatisation serait porteuse de progrès.

Pour réaliser cette analyse des processus, le consultant propose de s'appuyer sur la méthode MétaPlan® : il estime que « la maturité des professionnels de santé sur les questions de système d'information est telle que, si l'on n'y prend bonne garde, leurs réflexions se limitent généralement à des questions "d'équipement informatique" (au détriment d'une réelle introspection sur l'adaptation de leurs propres pratiques<sup>38</sup>). » La méthode MétaPlan® est une méthode d'animation participative qui vise à impliquer dans la réflexion, à recueillir des idées, à structurer une discussion à rechercher ensemble des solutions, à sonder l'opinion des participants... Il s'agit, par l'utilisation d'un support visuel

---

<sup>35</sup> **Stanislas, O.**, *Accompagnement à la Transformation du Système d'Information Hospitalier du C.H.I.T.S. – Annexe à la proposition de services KRUSOS Consulting*, 27 juillet 2007. Inédit.

<sup>36</sup> **GMSIH**, *Analyse du marché des PGI et modalité d'application dans les établissements de santé – Rapport de Projet – Tome 1 – Version 1.2*. 2005, Disponible en ligne :

[http://www.gmsih.fr/eng/content/download/411/2691/file/Pr28\\_livrable\\_final\\_Tome1\\_V1.2Def.pdf](http://www.gmsih.fr/eng/content/download/411/2691/file/Pr28_livrable_final_Tome1_V1.2Def.pdf)

<sup>37</sup> **Stanislas, O.**, *Charte d'organisation des travaux d'analyse des processus*, 19 novembre 2007. Inédit.

<sup>38</sup> **Stanislas, O.**, *Accompagnement... op. cit.*

modulable, à savoir : un grand poster de papier kraft et des éléments cartonnés repositionnables, de permettre l'expression de tous, évitant la monopolisation de la parole ou la non participation, dans le cadre d'un débat structuré et aboutissant à une image finale de la discussion, laquelle est saisie par un procédé photographique et tient lieu de compte-rendu. Cette configuration matérielle permet une discussion plus réfléchie du fait de l'utilisation de l'écrit plutôt que de l'oral, et plus égalitaire, du fait de la possibilité pour chacun de proposer et de retrouver son idée.

L'analyse des processus de production au sein du CHITS, réalisé à partir de ses éléments de théorie, prend, en pratique la forme de séances de travail par groupe. Les trois groupes constitués de médecins, de personnel paramédical et de personnel administratif ou technique, comportant une vingtaine de membres, se répartissaient ainsi : « production de soins et réseaux », « activité médico-technique », « gestion médico-administrative ». L'objectif assigné à ces groupes de travail est de dégager les exigences de rationalisation et d'efficacité des processus de travail le cas échéant par le levier informatique. Pour cela, chaque groupe s'appuie sur une cartographie des processus-type de production d'un établissement de santé. Il s'agit de la cartographie réalisée au CHU de Saint-Étienne, où le directeur responsable du groupement de commande au CHITS avait, lors qu'il y était directeur général adjoint, piloté le déploiement d'un autre PGI. Chaque groupe est chargé de comparer les modes de fonctionnement existant au CHITS et de les comparer à ceux décrits dans les processus-types<sup>39</sup>.

Cette analyse différentielle conduit à identifier les points sur lesquels le fonctionnement du CHITS peut être amélioré de même que les besoins éventuels d'automatisation des circuits d'information afférents. Le travail, réalisé entre décembre 2007 et janvier 2008, permet de documenter les attentes du personnel en matière d'informatisation. Il constitue la base d'analyse des offres lors des présentations qui ont lieu les mois suivants, dans le cadre de la procédure de dialogue compétitif. Cet important travail de définition des besoins conduit à faire se rencontrer<sup>40</sup> les directeurs du CH de Brignole et du CHITS puis des quatre établissements concernés par le projet.

---

<sup>39</sup> Stanislas, O., *Charte... op. cit.*

<sup>40</sup> Cf. p. 16

## **1.2 Définir et adapter le projet en fonction des contraintes externes.**

L'analyse des processus permet d'identifier les besoins en termes d'informatisation. Cela ne constitue pas un projet. La formalisation des objectifs de l'établissement est alors menée avec l'aide du consultant, Olivier Stanislas.

Elle prend rapidement la forme d'un projet de coopération, notamment pour s'inscrire dans les recommandations qui accompagnent le plan Hôpital 2012.

Le projet ainsi formalisé doit être adapté dans le cadre de cette coopération, notamment lors du choix des prestataires informatiques, par la procédure du dialogue compétitif.

### **1.2.1 Un projet adapté pour obtenir un financement dans le cadre du plan Hôpital 2012.**

Alors que l'établissement travaille à l'analyse de ces processus, le gouvernement annonce le lancement du plan Hôpital 2012 et sa volonté de consacrer 15% de l'enveloppe prévue à « l'accélération de la mise en œuvre des systèmes d'information hospitaliers, dès lors qu'elle correspond à une informatisation du processus de soins<sup>41</sup> ». Cette volonté constitue une réponse forte du ministère de la santé aux limites du plan Hôpital 2007 en matière de SIH, pointées par Jean-Jacques Jégou dans son rapport sur les systèmes d'information en santé<sup>42</sup>. À cette cible fonctionnelle, s'ajoutent deux grands critères politiques : d'une part, le projet doit contribuer à la recomposition de la carte hospitalière, d'autre part, le projet doit être porteur d'efficacité, soit en lui-même, soit de manière indirecte<sup>43</sup>.

#### **Une possibilité de financement encadrée et accompagnée.**

Le critère relatif à la recomposition traduit le fait que le projet doit accompagner les restructurations, rendre possibles les regroupements ou, au minimum, ne pas les rendre plus difficiles. Il s'agit aussi de soutenir les idées de mise en commun de ressources rares, tels les chefs de projets, les responsables de services informatiques ou les responsables de la sécurité du système d'information (RSSI), afin de renforcer la maîtrise d'ouvrage sur les projets informatiques.

Le critère de l'efficacité recherche à promouvoir les projets porteurs de progrès et de performance économique.

---

<sup>41</sup> **Ministère de la santé**, *Circulaire N°DHOS/F2/2007/248 op. cit.*, p.2.

<sup>42</sup> **Jégou, J.-J.**, *op. cit.*

<sup>43</sup> Ces aspects nous ont été transmis par Didier Alain, lors d'un entretien, le 7 août 2009.

Afin d'accompagner les établissements et de sélectionner les projets, le ministère de la santé confie à la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et aux agences régionales d'hospitalisation (ARH) l'évaluation des projets selon le dispositif présenté dans l'annexe 1 de la circulaire du 15 juin précitée<sup>44</sup>. En effet, les projets soumis par les établissements sont sélectionnés par les ARH pour être transmis à la MAINH qui formule un avis sur le projet, avant confirmation par une commission nationale de validation et décision au plus haut niveau. Ce travail est organisé autour de l'expertise de la MAINH qui s'inspire du travail de la direction générale de la modernisation de l'État (DGME) : l'agence pour le développement de l'administration électronique (ADAE), qui en dépend, a mis au point, avec l'aide du cabinet de conseil BearingPoint, la méthode d'analyse et de remontée de la valeur (MAREVA). Cet outil permet l'analyse de la valeur d'un projet autour de cinq dimensions — nécessité du projet, maîtrise des risques, internalités pour la sphère publique ou l'État, externalités pour les particuliers ou les entreprises et le retour sur investissement<sup>45</sup>.

La MAINH, avec l'aide du même cabinet de conseil, évaluera les projets sélectionnés par les ARH autour de trois critères : l'opportunité, la valeur et la maîtrise du projet. L'opportunité du projet est vérifiée en observant l'alignement stratégique du projet informatique avec le projet de l'établissement et son inscription dans les enjeux territoriaux, nationaux — dossier médical personnel, circuit du médicament, relation ville-hôpital — et d'interopérabilité. La mesure de la valeur du projet vise à amener les établissements à renforcer leurs outils en matière d'évaluation des projets informatique. Il s'agit d'une première étape consistant à identifier le coût complet des projets d'une part et leurs gains, tant en termes quantitatifs que qualitatifs d'autre part. L'analyse de la maîtrise du projet porte sur la capacité de l'établissement à faire et réussir le projet, à en identifier et à en maîtriser les risques.

Le bilan de la première tranche permet de constater que la volonté de favoriser les projets s'inscrivant dans la politique de recomposition hospitalière a été suivie. En effet, autour de la moitié des projets sont des projets plus ou moins mutualisés. Le spectre des mutualisations va de la mutualisation de façade, sans projet commun, sans adéquation avec le schéma régional d'organisation des soins (SROS) au système d'information commun, en lien avec le SROS et doté d'un pilotage mutualisé. Dans certains cas, la MAINH a dû signifier aux établissements qu'il valait mieux qu'ils travaillent chacun de leur

---

<sup>44</sup> **Ministère de la santé**, *Cadrage administratif général du Plan Hôpital 2012* : annexe 1 à la circulaire N°DHOS/F2/2007/248 *op. cit.*

<sup>45</sup> **DGME**, *MAREVA, paramètres du modèle*, 5 décembre 2007, disponible en ligne : [https://mioga.minefi.gouv.fr/DB/public/controlegestion/doc/analyse\\_de\\_la\\_valeur/MAREVA/MAREVA\\_-\\_Parametres\\_du\\_modele.pdf](https://mioga.minefi.gouv.fr/DB/public/controlegestion/doc/analyse_de_la_valeur/MAREVA/MAREVA_-_Parametres_du_modele.pdf)

côté tant un projet mutualisé aurait comporté de risques. Didier Alain, de la MAINH, indique que les projets de mutualisation se répartissent en trois types : les projets de groupe (Générale de santé, regroupement d'hôpitaux locaux...), les mutualisations préalables à une restructuration (direction commune, SIH commun, SDSI de convergence) et les mutualisations d'éléments d'infrastructure (annuaire des établissements, sécurité...). Néanmoins, l'adéquation entre les projets SIH commun et le SROS est passée au second plan : il se peut que certaines opérations informatiques deviennent des freins à la recomposition hospitalière.

### **L'intégration des projets du CHITS dans le plan Hôpital 2012.**

Le besoin d'une informatisation du dossier patient faisait du CHITS un candidat naturel pour le plan Hôpital 2012. La direction note que « l'une des orientations majeures du plan Hôpital 2012 est de favoriser la mutualisation et la coopération entre les établissements<sup>46</sup>. » Il se trouve que le CH Jean Marcel, de Brignole, tout proche, travaillait avec le même consultant et était lui aussi demandeur d'un dossier patient. Il est ainsi amené à participer aux journées de réflexion sur les processus<sup>47</sup>. Un entretien entre le directeur de cet établissement et celui du CHITS lance les prémises d'une collaboration. Ayant des contacts privilégiés avec les directeurs des CH de Fréjus – Saint-Raphaël et de Draguignan, le directeur du CH de Brignoles a proposé une réunion avec les représentants des quatre établissements sur le thème du projet Hôpital 2012 et des exigences de collaboration et de coopération étroite entre établissements pour porter des projets dans le domaine du SIH. Les quatre établissements ont tiré la conclusion qu'ils avaient des besoins communs et qu'il fallait se rapprocher les uns des autres pour maximiser les chances de voir leur investissement dans le SIH financé par le plan Hôpital 2012.

### **La naissance d'un projet commun à 4 établissements.**

Cette réflexion commune prend la forme, dans le cadre de l'accompagnement à l'expression des besoins du CHITS, d'un important travail d'analyse rapide des besoins et des objectifs de ces quatre établissements en matière de SIH. Cela conduit à organiser le 28 septembre 2007 une réunion fondatrice de « validation de l'opportunité du projet DPP 83<sup>48</sup> ». Construit à partir de l'analyse des fonctions à informatiser de chaque établis-

---

<sup>46</sup> **Ministère de la santé**, *Circulaire N°DHOS/F2/2007/438 relative à la procédure de validation des projets au plan Hôpital 2012* 12 décembre 2007, disponible en ligne : [www.fhf.fr/content/download/8520/40403/version/1/file/Circulaire+438+du+12+d%C3%A9cembre+2007.pdf](http://www.fhf.fr/content/download/8520/40403/version/1/file/Circulaire+438+du+12+d%C3%A9cembre+2007.pdf)

<sup>47</sup> Dans le cadre du travail du consultant. Cf. p. 11.

<sup>48</sup> **Stanislas, O.**, *Implémentation d'un Dossier Patient Partagé entre les établissements publics de santé du Var — Validation de l'opportunité du projet DPP 83*. Support pour la réunion du 28 septembre 2007. Inédit

sement, le projet entend répondre aux enjeux de performance et d'efficience propres à chaque structure de santé, aux enjeux sanitaires par l'amélioration de la prise en charge du patient grâce à une plus grande coordination des professionnels, aux enjeux de la transformation des structures et des activités médicales par une démarche collective d'intégration des dispositions techniques et le développement de coopérations au sein du bassin de santé du Var et aux enjeux techniques par la démultiplication des capacités individuelles à réussir ce type de projet<sup>49</sup>. L'enjeu des ressources est aussi exprimé, que se soit par l'évocation des économies d'échelle significatives découlant d'un achat groupé ou par la mention des ressources d'accompagnement au changement et d'expertise technologique qui deviennent plus abordables dans une stratégie collective, notamment du fait des effets de capitalisation et de partage des connaissances). Par ailleurs, le projet fait explicitement référence aux « réformes hospitalières en cours ou à venir telles que la constitution de GCS "territoriaux"<sup>50</sup> », c'est-à-dire à ce qui deviendra, dans le rapport de la commission de concertation présidée par Gérard Larcher<sup>51</sup> et dans la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires<sup>52</sup>, les communautés hospitalières de territoire (CHT).

Ce projet de forte collaboration comporte deux aspects de mutualisation : un groupement d'achat et un pilotage commun. Les établissements affichent alors une volonté de « mutualisation intégrale des ressources au service d'un déploiement 'à la carte' au sein de chaque établissement partenaire<sup>53</sup>. » La nécessaire coopération doit respecter « l'identité et la dynamique de progrès propres à chacun des partenaires du projet<sup>54</sup> », en évitant la suprématie de l'établissement le plus important ou les lenteurs d'un projet mené par un groupe d'égaux. Les quatre établissements signent ainsi une convention créant un groupement de commande pour donner corps à cette coopération et adressent chacun un dossier Hôpital 2012 comprenant, en plus des données qui leur sont propres, les éléments des quatre établissements.

---

<sup>49</sup> Ibid, p.2.

<sup>50</sup> Ibid

<sup>51</sup> **Larcher, G.**, *Les missions de l'hôpital, Rapport de la commission de concertation*. Paris : La Documentation Française, 2008, p.95. disponible en ligne : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000209/0000.pdf>

<sup>52</sup> **Ministère de la Santé**, *Loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, 21 juillet 2009, disponible en ligne : [www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244)

<sup>53</sup> **Stanislas, O.**, *op. cit.*, p.5.

<sup>54</sup> Ibid.

Le projet est alors tel que décrit à l'Annexe 3. Il est organisé en quatre étages :

- 1) les systèmes de production répartis entre des éléments propres à chaque établissement (par reprise de l'existant principalement) et un PGI médical commun aux quatre, permettant l'informatisation des processus ;
- 2) une plateforme « locale » de service orientée architecture, permettant la gestion des identités et les habilitations des professionnels et des patients, le serveur d'identité du patient et des données communes (nomenclatures, thésaurus...) ;
- 3) une plateforme « commune » de services, mutualisant des éléments de la plateforme locale ;
- 4) la plateforme régionale télésanté de Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) qui, portée par l'ARH, vise à connecter les établissements de la région aux systèmes d'information en santé (SIS) nationaux, à faciliter le travail des réseaux régionaux de soins et l'exercice de la veille sanitaire<sup>55</sup>.

### **La redéfinition progressive du périmètre du projet commun.**

C'est ce projet qui structure les documents soumis aux entreprises candidates et c'est dans ce cadre de coopération que se déroule la procédure de choix des prestataires<sup>56</sup>. Il sera, au cours de cette procédure redimensionné, pour tenir compte des remarques formulées par l'ARH. En effet, les fonctionnalités prévues dans la plateforme « commune » de services sont reprises dans la plateforme Télésanté PACA. Ainsi, dans le cadre de la procédure d'instruction du dossier par le chargé de mission système d'information de l'ARH, cette partie n'est pas intégrée au plan régional de demande de financements au titre du plan Hôpital 2012. C'est dans ce contexte que les charges liées à cette plateforme et à sa maintenance ne sont pas prises en compte dans le calcul du montant pris en charge par le plan Hôpital 2012 et que la validation du dossier DPP 83 est faite avec notamment la réserve suivante : « rendre le projet compatible avec la Plateforme régionale de télésanté<sup>57</sup> ».

Par la suite, dans le cadre du choix des prestataires, toute vigilance a été apportée à bien faire en sorte que les aspects redondants ou concurrents aux fonctionnalités prévues de la plateforme régionale soient écartés. Cette phase, en particulier le dialogue compétitif, a aussi conduit à redéfinir l'ampleur des parties communes du projet<sup>58</sup>.

---

<sup>55</sup> Entretien avec Laurent Simon, le 16 juillet 2009 et **ARH PACA, Éléments de décision et argumentaire pour les chefs d'établissement**, octobre 2007. Inédit

<sup>56</sup> Qui sera analysée plus en détail plus loin. Cf. p. 19.

<sup>57</sup> **Dutreil, Ch.**, *Courrier à M. le Directeur du CHITS*, 27 octobre 2008. Inédit.

<sup>58</sup> Cf. p. 23

### **1.2.2 Un projet adapté dans le cadre du dialogue compétitif.**

Le dialogue compétitif est une possibilité offerte aux acheteurs publics pour leur permettre de trouver la prestation qui correspond le mieux à leurs besoins dans le cadre de marché « particulièrement complexe<sup>59</sup> ». Cette possibilité succède à la procédure de l'appel d'offre sur performance. Elle est prévue par la directive européenne 2004/18/CE relative à la coordination des procédures de passation des marchés publics de travaux, de fournitures et de services, du 31 mars 2004<sup>60</sup> transposée dans le code des marchés publics<sup>61</sup>.

#### **Une procédure adaptée aux projets informatiques.**

Il s'agit, lorsque « le pouvoir adjudicateur n'est objectivement pas en mesure de définir seul et à l'avance les moyens techniques pouvant répondre à ses besoins [ou qu'il] n'est objectivement pas en mesure d'établir le montage juridique ou financier d'un projet<sup>62</sup> », de permettre à l'acheteur public d'établir un dialogue avec les prestataires pour faire se rapprocher les offres des opérateurs économiques des besoins de la collectivité. Le dialogue compétitif constitue une procédure flexible qui sauvegarde la concurrence entre opérateurs économiques d'une part et le besoin des personnes publiques de discuter avec chaque candidat de tous les aspects du marché d'autre part. Elle offre aux acheteurs publics des possibilités bien plus larges de dialoguer avec les candidats au marché, afin d'améliorer la qualité et le caractère innovant des propositions qui leur sont faites. C'est cette capacité à favoriser l'innovation qui la rend particulièrement adaptée aux projets informatiques.

#### **Une procédure juridique comportant des avantages en termes de management.**

Cette procédure originale d'optimisation de la commande publique dans les cas de projets complexes comporte, en outre, un double intérêt managérial. Le premier est d'ordre procédural. Dans le cas de l'achat d'un PGI, l'opinion des utilisateurs finaux est un critère déterminant de la réussite du projet. La possibilité de faire présenter des offres globales aux utilisateurs membres des groupes de travail concernés permet un premier pas dans l'association au choix. Mais l'avantage du dialogue compétitif est au-delà : il

---

<sup>59</sup> **Conseil des ministres, Parlement Européen, Directive 2004/18/CE relative à la coordination des procédures de passation des marchés publics de travaux, de fournitures et de services**, 31 mars 2004, disponible en ligne : <http://eur-lex.europa.eu> Article 1.

<sup>60</sup> Ibid.

<sup>61</sup> **Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, Décret n° 2006-975 portant code des marchés publics**, 1er août 2006, disponible en ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

<sup>62</sup> Ibid, article 36



s'agit d'offrir la possibilité aux utilisateurs de discuter directement avec les représentants commerciaux des prestataires pour leur faire part de leur besoin propre et espérer faire évoluer la solution proposée dans le sens de leurs attentes. La phase de dialogue permet ainsi de renforcer l'association des utilisateurs au projet, dès la phase d'expression des besoins et de choix des prestataires.

Le second intérêt est d'ordre pédagogique. En effet, le dialogue compétitif permet de faire connaître l'état du marché des PGI aux utilisateurs finaux. Les séances de présentation des offres, lorsque le candidat fait preuve de la nécessaire sincérité au cours d'un tel exercice, enseignent aux utilisateurs les capacités d'un PGI mais aussi ses limites, ses contraintes... Les utilisateurs apprennent alors de la bouche même des industriels ce qui est possible et ce qui ne l'est pas. Par ailleurs, la présentation des offres de PGI est une occasion supplémentaire de faire comprendre aux utilisateurs les changements et les contraintes qu'implique la mise en œuvre d'un tel projet informatique. C'est ainsi qu'après avoir vu tous les candidats présenter leurs solutions, les membres des groupes de travail concernés par le projet peuvent mieux cerner les limites du projet et les changements qu'il implique. Néanmoins, cette succession de présentation comporte un risque : un choix trop orienté par les capacités des représentants commerciaux des sociétés candidates ou par les interfaces types présentées. La réussite du projet dans un autre établissement, *a fortiori* à l'étranger, n'assure pas de la réussite dans un autre contexte.

À ce double intérêt, s'ajoute celui de la constitution d'un esprit de groupe au sein de l'équipe projet, notamment renforcé par les visites sur sites parfois prévues durant la phase de dialogue. Cet aspect ne s'est pas particulièrement manifesté dans la procédure suivie au sein du CHITS mais a été rapporté dans d'autres établissements<sup>63</sup>.

### **Une procédure en trois temps.**

Le cœur de la procédure est le dialogue qui s'institue entre l'acheteur public et les candidats. Ce dialogue est réalisé autour des capacités qu'apporte chaque candidat à remplir les objectifs fixés par le programme fonctionnel. Ce document est la description en termes pratiques des attentes de l'acheteur et des résultats qu'il souhaite atteindre. Le programme fonctionnel fait partie des documents de consultation. Il est complété par les prescriptions relatives au déroulement du dialogue proprement dit. Une procédure de dialogue compétitif s'effectue en trois temps outre la rédaction des documents de consultation et la réflexion par la personne publique sur le programme fonctionnel.

---

<sup>63</sup> Notamment au CHU de Tours, d'après le directeur en charge du projet interrogé par téléphone le 3 septembre 2009.

Le premier temps est la phase de réception des candidatures et des offres. Ces offres ne sont pas définitives. Elles sont la réponse, en première intention, de chaque candidat, en fonction des technologies qu'il maîtrise et des ressources dont il dispose, aux besoins exprimés par l'acheteur public. Cette phase peut aussi comporter une sélection des candidats autorisés à participer au dialogue. En effet, l'acheteur public a généralement des ressources humaines et financière limitées, permettant de ne négocier qu'avec un nombre restreint d'opérateurs économiques. Cette restriction répond aussi à l'objectif de ne pas conduire, dans la mesure du possible, vainement une discussion lourde pour la collectivité et pour l'entreprise : il est inutile et coûteux de commencer le dialogue avec un candidat dont la capacité à répondre, *in fine*, aux besoins de la personne publique est faible. Les candidatures sont sélectionnées au terme d'un classement prenant en compte les garanties et capacités techniques et financières, de même que les références professionnelles des candidats.

Le deuxième temps est le dialogue proprement dit. Il s'agit alors de conduire une procédure équilibrée, transparente et traçable et de favoriser l'émergence d'idées novatrices et originales. Cette étape va permettre aux candidats d'améliorer et de compléter leur offre. C'est l'occasion d'un échange d'information : un candidat peut avoir besoin d'informations complémentaires sur les contraintes, les installations existantes, etc. d'une part et, d'autre part, le pouvoir adjudicateur peut demander à chaque candidat des explications sur le contenu de sa proposition et des modifications permettant de mieux tirer profit des potentialités de celle-ci. Ce moment clé du dialogue doit ainsi permettre à chaque candidat d'apporter des solutions aux besoins fixés par le programme et à la collectivité d'adapter, marginalement, son programme en fonction de l'évolution du dialogue. Cela suppose une grande rigueur de l'acheteur public qui ne doit pas, dans la mesure du possible, mettre en péril la confidentialité des propositions émises par les candidats. Cette nécessité éthique du dialogue compétitif a été précisée dans la Charte du dialogue compétitif<sup>64</sup>, signée sous l'égide du Sénat par les représentants des collectivités territoriales et de l'État. Afin de « ne pas poursuivre des discussions inutiles et coûteuses avec des candidats dès lors que leur solution n'apparaît plus susceptible d'être retenue en phase finale<sup>65</sup> », la collectivité publique dispose de la possibilité de ne pas poursuivre le dialogue avec l'un des candidats. Pour limiter les risques de ne pas respecter le principe de l'égalité des concurrents, cette possibilité n'est utilisée qu'avec une grande parcimonie. Dans le même objectif de ne pas faire peser sur les candidats une trop lourde charge, l'acheteur peut, et c'est recommandé, prévoir le versement de primes, à hauteur de l'effort

---

<sup>64</sup> Coll., *Charte du dialogue compétitif*, signée le 18 janvier 2007, disponible en ligne : [http://www.marchespublics.net/upload/news/070209-060233-minefi\\_char.pdf](http://www.marchespublics.net/upload/news/070209-060233-minefi_char.pdf)

<sup>65</sup> Principe 8 de la *Charte du dialogue compétitif*, *op.cit.*

demandé, afin de susciter une réelle concurrence et d'inciter les opérateurs économiques à participer à ce type de procédure.

Le troisième temps est le choix du prestataire. Celui-ci s'effectue lorsque l'acheteur public estime que le dialogue est terminé. Il informe alors les candidats de la fin du dialogue et les invite à fournir une offre finale. Depuis 2006, l'acheteur ne rédige pas un cahier des charges ; il est remplacé par tout ce qui a été échangé lors du dialogue<sup>66</sup>.

### **Un dialogue compétitif coordonné par le CHITS.**

Le CHITS, en tant qu'établissement coordonnateur du groupement de commandes, a mis en œuvre cette procédure. L'établissement a reçu, en décembre 2007, dix offres. Celles-ci ont été classées en fonction de la capacité économique et financière, des capacités techniques et fonctionnelles et de la qualité, sur la forme et sur le fond, du dossier de candidature. Ce classement a permis d'identifier les opérateurs ayant une vision du projet leur permettant d'apporter des réponses satisfaisant les besoins du groupement de commande et, au contraire, d'exclure les candidats ayant une vision trop partielle du besoin exprimé ou une taille trop faible pour un tel projet. Quatre opérateurs ont été retenus à l'issue de cette phase : Agfa HES France, Cerner, Mc Kesson et Thales. En janvier 2008, ils ont été invités à participer au dialogue compétitif et le programme fonctionnel complet leur a été transmis. Ce document<sup>67</sup> reprend le programme commun et les programmes de chacun des quatre établissements. Le programme individuel du CHITS est basé sur la méthode de l'analyse des processus. Il est ainsi très succinct : il comporte les objectifs de progrès, les priorités fonctionnelles, la description de l'existant et un projet de calendrier. Il ne constitue pas une liste détaillée de fonctionnalité de base, souhaitant faire prévaloir l'ergonomie globale du projet sur le détail technique des capacités du progiciel. Cet aspect porte la marque du consultant, Olivier Stanislas.

Le dialogue entre le groupement et les soumissionnaires sera organisé autour de présentations sur trois journées des offres de chaque candidat à chaque membre du groupement. Ces seize séances de présentation seront planifiées entre le 4 février et le 27 mars 2008. Chaque établissement utilise ses trois journées comme il le souhaite pour obtenir des candidats les informations et les innovations qu'il souhaite. Les CH de Brignole et de la Dracénie ont ajouté une journée de présentation de leur existant, commune à tous les soumissionnaires. Au sein du CHITS, les quatre sessions de présentations sont réalisées en présence d'Olivier Stanislas qui anime les débats. Chaque présentation est

---

<sup>66</sup> La procédure de dialogue compétitif est organisée à l'article 67 du Code des marchés publics (*op. cit.*)

<sup>67</sup> **Cellule des marchés publics**, *Programme Fonctionnel Détaillé Projet DPP 83*, 8 janvier 2008. Inédit.

sui vie d'un débriefing avec les membres des groupes de travail, en l'absence des soumissionnaires. Il s'agit de faire le point au fur et à mesure des forces et des faiblesses de ce qui vient d'être présenté. La dernière demi-journée est par ailleurs consacrée à un bilan global.

### **Une adaptation du projet pour tenir compte des spécificités de chacun.**

Cette partie de la procédure se terminera par un appel à la remise d'offre finale. L'analyse de ces offres, en mai 2008, ne permet pas un accord des quatre établissements. En effet, la collaboration souhaitée au niveau stratégique en septembre 2007 est devenue moins fluide<sup>68</sup>. Aux enjeux de territoire ont succédé des considérations techniques et des préoccupations personnelles. Le différentiel de taille entre le CHITS et les autres établissements partenaires est apparu susceptible de laisser craindre aux directeurs et responsables des systèmes d'information des CH participant au projet une mise sous influence du CHITS et une diminution de leur autonomie. Cette crainte est renforcée par les discussions sur les futures CHT et la possible attribution de la compétence SIH à une hypothétique CHT varoise. Dès lors, les quatre responsables techniques n'auront pas à cœur de dépasser les contraintes techniques pour favoriser le projet.

Or les patrimoines applicatifs des établissements sont disparates. Ceci multiplie les difficultés lorsqu'il faut envisager le choix d'un prestataire unique dans le cadre du dialogue compétitif. Un tel accord entre établissements s'avère impossible à trouver. Cela conduit, lors d'une réunion d'arbitrage le 26 mai 2008 à acter « [l']abandon du format actuel de consultation des fournisseurs qui ne permet pas aux établissements d'effectuer, le cas échéant, un choix différencié de solutions de Dossier Patient Informatisé 'local' en accord avec les avis des utilisateurs et/ou leurs priorités de mise en œuvre<sup>69</sup> » et à assouplir le groupement de commande. La procédure de dialogue compétitif est donc déclarée sans suite pour des motifs d'intérêt général.

L'accord *a minima* entre les établissements amène à la mise en place d'un appel d'offre sur un projet adapté pour tenir compte des contraintes qui limitent la coopération. Les établissements pourront choisir leur PGI pour le dossier patient mais restera en commun la « plateforme d'échange de données patient », destinée à assurer deux grandes missions : « d'une part, la collaboration et le partage de données patient entre professionnels de santé du Groupement d'établissements et leurs correspondants du bassin de vie du Var, d'autre part, une intermédiation unifiée vis-à-vis de la future plate-

---

<sup>68</sup> Les analyses sur les formes prises par la collaboration entre établissements sont nourries par les éléments recueillis lors des entretiens menés avec les personnes concernées, en particulier Mme le Dr Michel et Olivier Stanislas.

<sup>69</sup> **Stanislas, O.**, *Arbitrages pour la poursuite du dialogue compétitif*, 26 mai 2008. Inédit.

forme télésanté PACA qui servira de gestionnaire de référence des flux sécurisés d'échanges de données patient avec les systèmes d'information de santé externes (annuaires GIP-CPS, DMP, [...], réseaux de soins<sup>70</sup>...). » La première couche du projet initial ne comporte ainsi plus rien de commun.

Techniquement, la coopération et ses faiblesses se traduisent dans le montage de l'appel d'offre. Celui-ci est divisé en deux lots : le premier sur la plateforme commune, l'infrastructure interne et l'intranet, le deuxième sur le PGI. Le deuxième lot est divisé en trois tranches : une, ferme, pour le CHITS et le CH de Brignole et deux, conditionnelles, pour les CH de la Dracénie et de Fréjus. Le cahier des charges alors soumis aux entreprises est très inspiré de ce que le dialogue compétitif a produit. La procédure ne suscite qu'un faible nombre de candidature : une pour le premier lot et deux pour le second. Le premier lot est attribué, en décembre 2009, à la société SQLY santé, seule candidate, satisfaisant les attentes des établissements. Le second lot est attribué à Agfa HES France, seul des deux candidats à présenter une offre complète. Le choix apparaît, en première lecture assez contraint, cependant, les candidatures des industriels se sont faites en fonction de ce qu'elles avaient retenu du dialogue compétitif et c'est donc les souhaits exprimés à cette occasion qui ont orienté leur choix de candidater ou non. L'établissement n'a pas eu le loisir de comparer une dernière fois des offres globales mais avait pu le faire, avec beaucoup de souplesse dans le cadre du dialogue compétitif.

### **Poursuivre le projet malgré ses adaptations.**

Le projet tel qu'il ressort *in fine* est ainsi constitué de trois couches :

- 1) Des systèmes de production propres à chaque établissement, y compris le dossier patient ;
- 2) Des outils de gestion de l'annuaire, du système d'authentification unique — single sign on (SSO) et du portail intranet, achetés en commun ;
- 3) La plateforme régionale<sup>71</sup>.

Cette réduction significative du périmètre de la coopération conduit à fortement relativiser le caractère mutualisant du projet. Cela se traduit par la forte réduction des ambitions en termes de pilotage commun. Alors qu'en novembre 2007 il est prévu un pilotage commun matérialisé dans un GCS doté d'un responsable projet et de quatre profession-

---

<sup>70</sup> Stanislas, O., *Appel d'Offres pour l'implémentation d'un Dossier Patient Partagé entre les établissements publics de santé du Var (projet DPP 83)*. Support pour la réunion de la commission d'appel d'offres (CAO) de choix du 10 décembre 2008. Inédit.

<sup>71</sup> A comparer avec la structuration initiale. Cf. p. 18

nels de santé<sup>72</sup>, le GCS pourrait devenir une coquille vide, doté artificiellement d'un budget et aucune ressources humaines n'est employée en commun par les quatre établissements. Le projet initial a ainsi été victime de la réalisation des risques qui lui était inhérent. Premièrement, le risque, lié à tout groupe de travail non hiérarchisé, de l'impossibilité de trouver un accord s'est rapidement concrétisé faute de la présence à tous les niveaux d'une réelle volonté. Deuxièmement, le risque lié à l'ampleur du périmètre du projet, s'est, lui aussi matérialisé. Néanmoins, cela a permis une réflexion commune aux quatre établissements, amenant les responsables à travailler ensemble, à partager autour des problématiques du SIH, même si cela ne se traduit pas par une réalisation commune tangible. Les esprits sont par ailleurs mieux éveillés aux questions posées par les interactions avec les SIS. Cela laisse subsister le risque d'une charge administrative liée au GCS très supérieure à son utilité dans la mise en œuvre du projet.

La réalisation de ces risques conduisant à la réduction du domaine de coopération semble due à la dilution de la volonté de collaborer. Si cette volonté existe au niveau stratégique, lors des rencontres entre chefs d'établissements, lorsque sa mise en œuvre concrète est déléguée, la vision globale est tempérée par les contraintes techniques. En l'absence d'une instance forte capable de faire avancer les quatre services informatiques de concert, ces contraintes ne sont pas levées et deviennent des obstacles au projet. Le contexte national (discussion législative sur les CHT) et local (différentiel de taille entre les établissements) nourrit les craintes et ne facilite pas l'adhésion.

C'est une autre difficulté liée à l'adhésion au projet qui se matérialise dans les relations entre le CH de Brignole et le CHITS sur le projet DPP 83. En effet, les deux établissements ont décidé de choisir le même prestataire pour le PGI et de travailler ensemble à son déploiement. Cette coopération resserrée est néanmoins ralentie du fait du renforcement de la prise de conscience lors du changement de chef d'établissement du faible soutien apporté par la communauté médicale de Brignole au projet. Cette communauté, consciente des tailles respectives des établissements concernés, a exprimé le besoin d'être plus associée à ce travail en commun avec le CHITS.

Cette problématique de l'adhésion des futurs utilisateurs est toujours délicate. Sa prise en compte a été intégrée à la ligne de conduite du CHITS : l'établissement a cherché à associer au maximum les utilisateurs finaux à l'expression des besoins afin d'initier les esprits aux changements impliqués par un tel projet. Il est difficile à un stade aussi intermédiaire d'évaluer à quel point cet objectif a été rempli. Depuis la fin du travail des

---

<sup>72</sup> **Stanislas, O.**, *Implémentation d'un Dossier Patient Partagé entre les établissements publics de santé du Var – Dossier de présentation détaillée du projet DPP 83*, 19 novembre 2007. Inédit.

groupes, leurs membres n'ont pas continué de travailler ensemble et l'esprit de groupe qui aurait pu se constituer s'est estompé, au point que la constitution de groupe de travail pour le déploiement n'a pas pris en compte les anciens groupes. Par ailleurs, les utilisateurs ont retenu la charge de travail que l'analyse des processus avait représenté, sans avoir vu les conséquences de ce même travail. Une conclusion, un peu sévère sur ce point est apportée par un médecin, très impliqué dans le domaine du SIH : « c'était une bonne opération de communication<sup>73</sup> ». Ce même médecin signale aussi que l'écueil de l'expression de « fantasmes sur les apports d'une informatisation<sup>74</sup> » n'a pas été évité, malgré la démarche cadrée proposée par Olivier Stanislas.

C'est conscient de ce succès relatif dans les premières phases du projet que l'établissement va maintenant se tourner vers la phase centrale du projet : la réalisation du projet puis le déploiement du PGI au sein des services. Cette étape, à mener en collaboration avec le CH de Brignole, conformément à ce qui a été acté avec les industriels dans les documents de marché, nécessite de positionner judicieusement les ressources du CHITS pour réussir à surmonter les difficultés techniques et les obstacles psychologiques.

---

<sup>73</sup> Prononcé par M. le Dr Durand-Gasselien en entretien le 17 août 2009.

<sup>74</sup> Ibid.

## 2 Réussir le changement : les adaptations suggérées par les expériences d'autres établissements.

« Outre une certaine complexité technique, les projets d'informatisation [...] de l'ensemble de l'établissement sont transversaux et par conséquent délicats à mettre en œuvre d'un point de vue organisationnel et de conduite du changement<sup>75</sup>. » Le risque technique est néanmoins présent dans de tels projets, et l'on citera les difficultés décrites dans le cas du développement du PGI commun aux CHI de Montreuil et Créteil<sup>76</sup> ou, plus récemment, les problématiques rencontrées par l'Assistance publique – Hôpitaux de Marseille dans la création par Cerner d'un PGI couvrant la fonction facturation<sup>77</sup>. Ces projets sont des projets comportant le développement d'une solution pour plus ou moins la première fois en France. Le risque technique est aussi présent dans des projets reprenant des solutions logicielles déjà développées. Il naît principalement des interfaces à créer, entre le dossier patient et le logiciel de facturation<sup>78</sup> ou entre le gestionnaire d'identité Idéo Pass de la société SQLY et le PGI Orbis de la société Agfa HES dans le cas du DPP83.

Si le risque technique est réel et doit être pris en compte, notamment dans le cadre de l'évaluation des risques financiers du projet, il ne concerne le directeur d'hôpital que dans une moindre mesure par rapport au risque managérial lié aux projets informatiques. Il est ainsi exclu de l'outil de mesure des risques projet en 100 points développé par le GMSIH<sup>79</sup>. Cet outil invite à une analyse du contexte du projet autour de dix items portant sur l'établissement, son ambiance, son histoire en termes de projet, son mode de management ; sur le projet, ses caractéristiques, son pilotage ; sur l'équipe projet, sa composition, sa motivation... Répondre à ces questions permet non seulement de cartographier les risques mais surtout d'identifier les points nécessitant une attention accrue de la direction responsable du projet.

Pour mieux répondre à ce risque managérial, l'analyse des mécanismes à l'œuvre dans la résistance au changement en matière d'informatique hospitalière amène à rechercher les outils recommandés ou éprouvés dans d'autres établissements pour les traduire de façon pragmatique dans le contexte local.

---

<sup>75</sup> **GMSIH**, *Conduite du changement*, 2003, CD ROM disponible en téléchargement : <http://www.gmsih.fr/fre/content/download/421/2731/file/111.CDconduitechgt.zip>

<sup>76</sup> Analysé dans **Neau, A.** *op. cit.*

<sup>77</sup> Problématiques décrites par Olivier Ponties en entretien le 4 août 2009.

<sup>78</sup> Cas rencontré par le CH du Mans et cité par Vincent Trély en entretien téléphonique le 30 juillet 2009

<sup>79</sup> **GMSIH**, *L'analyse des risques de projet par la méthode des 100 points* In **GMSIH**, *Conduite du changement op. cit.*



## 2.1 Quels outils managériaux pour dépasser les résistances au changement en matière informatique ?

Les montants investis dans les SIH et certains échecs ont amené à une plus grande vigilance dans la limitation des risques managériaux liés aux projets dans ce domaine. C'est ainsi que le plan Hôpital 2012 a prévu un accompagnement par la MAINH et le GMSIH des projets relatifs au SIH, au moins dans leur conception. Les travaux de ce dernier organisme peuvent être complétés par l'analyse des acteurs internes et des directeurs du système d'information portant ou ayant porté des projets similaires pour préciser, sans entrer dans une analyse managériale approfondie, les ressorts des comportements face au changement et identifier des méthodes pour limiter les risques d'échec du projet.

### 2.1.1 Le déploiement d'un PGI est soumis au risque majeur de son rejet par les utilisateurs.

« PGI est structurant ». Cette façon de décrire les conséquences de la mise en œuvre d'un PGI dans un établissement n'est pas totalement fautive. Elle décrit bien à quel point un projet PGI « n'est pas seulement un projet "informatique" de plus [...] mais un véritable "projet d'entreprise" à conduire en commun, qui bouleversera profondément et durablement la vie de l'établissement<sup>80</sup>. » Sauf progiciel développé sur mesure pour l'établissement, un PGI est conçu sur la base de modes de fonctionnement qui ne sont pas, *a priori*, ceux de l'établissement. Aussi, quelque soit la possibilité de paramétrer le progiciel pour l'ajuster aux spécificités de l'établissement, il restera des points pour lesquels ce sera à l'organisation de s'adapter au PGI. C'est sous cette forme que le PGI est structurant : en ce qu'il impose des modes de fonctionnement, des adaptations dans les processus de l'établissement. Ces changements méritent d'être prévus et accompagnés. C'est ainsi que l'analyse des processus effectuée lors de la définition des besoins<sup>81</sup> devrait apporter une grande plus-value. En effet, les membres de l'équipe chargée du paramétrage ou des développements spécifiques pourront utiliser cette analyse comme base de travail, sans avoir à conduire, en même temps que le lourd travail de conception d'un PGI, celui d'une définition des processus. Ils pourront identifier plus rapidement les écarts entre le fonctionnement de l'établissement et celui indiqué par le progiciel, et concevoir avec les équipes concernées, ou en leur nom, un mécanisme pour les résorber.

« L'expérience montre que la difficulté à implémenter un processus à l'aide d'un PGI provient souvent de la mauvaise connaissance qu'on a du processus, ou de

---

<sup>80</sup> GMSIH, *Analyse du marché... op. cit.* p. 30.

<sup>81</sup> Analysée plus en détail ci-dessus : Cf. p. 11.

l'incapacité à le remettre en cause plutôt que de limites inhérentes au produit<sup>82</sup>. » La mise en place d'un PGI implique donc une forte gestion des processus, c'est-à-dire une problématique organisationnelle. « La mise en place d'un PGI [doit être perçue] comme une opportunité à saisir par les établissements qui souhaitent engager une véritable dynamique de progrès dans leur activité métier<sup>83</sup> » écrit le GMSIH. Bien au-delà d'une simple informatisation, un PGI provoque des adaptations et des changements dans les organisations.

Ces changements suscitent l'expression de résistances. L'audition des acteurs concernés<sup>84</sup> et les analyses du GMSIH<sup>85</sup> amènent à identifier deux éléments qui nourrissent les attitudes défavorables au projet.

### **La mauvaise image de l'informatique en environnement hospitalier.**

L'un des arguments les plus avancés contre un projet informatique reste un positionnement de principe défavorable à l'informatique. Cet argument se décompose en trois points.

« L'utilisation de l'informatique dans certains services est relativement récente<sup>86</sup> » écrit le GMSIH en 2003. Cet aspect tend à devenir de moins en moins prégnant avec le temps, du fait de l'informatique individuelle et des utilisations actuelles de l'informatique dans les services. Néanmoins, si les personnels qui n'ont jamais utilisé un ordinateur deviennent plus que rares, la majorité des utilisateurs reste peu formée et faiblement attirée par l'informatique. Le changement de solution informatique n'est alors pas perçu comme légitime pour justifier un changement d'organisation. Par ailleurs, la peur de ne pas pouvoir s'adapter peut amener certains personnels à exprimer une réticence au projet : comme pour tout changement, le doute dans la capacité de réussir son travail dans la nouvelle configuration s'ajoute à la remise en cause des pratiques antérieures pour conduire les individus à ne pas considérer l'apport du projet comme globalement positif.

En outre, la faible connaissance de l'informatique nourrit les craintes liées à la mauvaise image que peut avoir cette technologie, en termes de rapidité et de fiabilité. C'est ce type d'inquiétude que décrit Vincent Lacombe dans un entretien : « l'appréhension du corps médical à l'idée de se lancer dans cette démarche est grande, en raison notamment du ralentissement du fonctionnement que provoque, dans un premier temps, la

---

<sup>82</sup> GMSIH, *analyse du marché ... op. cit.* p. 33.

<sup>83</sup> Ibid.

<sup>84</sup> Notamment M. Le Dr Durand-Gasselín.

<sup>85</sup> GMSIH, *analyse du marché...op. cit.* p. 51.

<sup>86</sup> GMSIH, *Conduite du changement, op. cit.*

mise en œuvre d'un DPI par rapport au papier<sup>87</sup>. » En effet, un outil informatique comporte des temps de démarrage, de saisie, d'attente... qui ne sont pas visibles dans un processus non informatisé : si le temps pour accéder à un dossier patient informatisé est dans les faits plus faible que le temps nécessaire pour réaliser les gestes indispensables pour avoir devant soit le dossier papier correspondant, dans le deuxième cas, il n'y a pas d'attente ressentie, le laps de temps en cause est occupé à rechercher le dossier plutôt qu'à regarder l'ordinateur le faire. Cette différence d'attitude pendant l'attente impacte la perception de sa durée. Par ailleurs, un outil informatique peut être momentanément non disponible, ce qui est difficilement toléré par les futurs utilisateurs finaux. Ces professionnels, fortement concernés par la problématique de la continuité des soins peuvent craindre de voir un nouvel élément potentiellement créateur de perturbations entrer dans leur environnement de travail, déjà peu stable. Les performances du PGI déployé et la mise en comparaison des performances du système non informatisé et de celles du PGI doivent aider à convaincre les utilisateurs de relativiser ce second point.

Le positionnement de principe défavorable à l'informatique est aussi motivé, pour les professionnels de santé par la nature de leur travail et le contact direct avec le patient qu'il implique. L'outil informatique n'a pas vocation à remplacer ce lien. Il reste donc perçu comme un outil secondaire dans le travail de l'infirmière ou du médecin<sup>88</sup>. Cet argument est à mettre en lien avec la volonté affichée par les médecins et soignants de limiter le temps consacré à d'autres tâches que le soin, notamment les tâches administratives. Or l'informatisation d'un processus de soins est le moyen de rendre obligatoire la saisie de données non immédiatement nécessaires pour celui qui renseigne le formulaire, mais utiles à des fins de traçabilité, de recueil d'indicateurs, d'amélioration de la qualité du codage de l'activité, de travaux statistiques en vue d'une évaluation des pratiques professionnelles ou d'un travail de recherche... C'est ainsi la potentielle augmentation du temps passé devant l'écran plutôt qu'aux côtés du patient qui est parfois reproché à un projet de PGI.

### **Les changements suscités par le PGI concernent aussi l'identité des futurs utilisateurs.**

Ces arguments souvent invoqués peuvent être rendus caducs par la communication autour du projet. Ce sont des arguments qui, dans une certaine mesure, incitent à construire un projet de qualité. Néanmoins, ce sont aussi parfois des arguments de façade qui cachent des motivations plus profondes à une résistance au changement. C'est

---

<sup>87</sup> **Lacombe, V.** cité dans *DPI* ; « la clé de la réussite c'est l'adhésion des équipes », 27 avril 2009, TIC santé, dépêche 259. disponible en ligne : <http://www.ticsante.com>

<sup>88</sup> **GMSIH**, *Conduite du changement*, op. cit.

que l'informatisation conduit à des modifications des relations et du contexte professionnel. En ce qui concerne les relations, l'impact d'une informatisation peut fortement limiter les interactions interpersonnelles réelles pour certaines fonctions. Par exemple, l'informatisation de la prescription et du retour des résultats des examens de laboratoire contribue à renforcer la conception du laboratoire comme un prestataire de service pour les unités de soins tout en limitant les occasions de contact avec les personnels de ces unités. Cet aspect semble impacter de la même façon, avec plus ou moins de force, tous les secteurs médico-techniques. Par ailleurs, au sein du service de soins, l'informatisation large des processus de soins matérialise le cloisonnement qui peut exister entre les communautés médicales et soignantes. Notamment, elle oblige à identifier et, s'ils doivent être maintenus, à formaliser, les glissements de tâches. D'une façon plus générale, un PGI « a pour conséquence une professionnalisation accrue des fonctions et des métiers<sup>89</sup> » : un PGI, par la diminution globale des tâches répétitives de saisie, permet de libérer du temps mais nécessite une montée en compétence pour permettre l'exploitation des données grâce aux outils de gestion apportés par le PGI. Cela conduit à un renforcement de la responsabilisation de tous et au développement des outils de pilotage, ce qui suppose des compétences approfondies de gestion.

Par ailleurs, les médecins et soignants peuvent ressentir la crainte que l'informatisation va rigidifier les processus, matérialiser les contraintes, limiter les zones d'incertitude. Viviane Piedcoq décrit cette appréhension : « les soignants ont, quant à eux, des attentes particulières en matière de sécurisation des pratiques, qui impose un cadre contraignant n'existant pas aujourd'hui, ce qui peut soulever quelques inquiétudes de leur part<sup>90</sup>. » En effet, l'activité médicale et soignante est marquée par une culture de l'urgence, du manque de temps, du manque de moyen qui fonde des déviations par rapport aux bonnes pratiques. Les actes nécessaires sont effectués selon l'urgence, pas toujours dans l'ordre prévu par le protocole, les retranscriptions dans le dossier notamment pouvant avoir lieu *a posteriori*. Dès lors, l'informatisation des processus de soins, si elle oblige à suivre, dans un ordre précis des étapes prédéfinies oblige à une rigueur bienvenue mais peut paraître trop contraignante, voire conduire à faire apparaître une monotonie dans l'art médical. Cette crainte de rigidité dans le PGI doit être relativisée : « les PGI offrent dans la majorité des cas une souplesse suffisante pour s'adapter aux processus existants, quels qu'ils soient, quitte même à en reproduire les dysfonctionnements<sup>91</sup>. »

---

<sup>89</sup> **GMSIH**, *Analyse du marché... op. cit.*, p. 52.

<sup>90</sup> **Piedcoq, V.** citée dans *CHU de Rennes et DPI: un déploiement progressif*, 31 mars 2009, TIC santé, dépêche 236. disponible en ligne : <http://www.ticsante.com>

<sup>91</sup> **GMSIH**, *Analyse du marché... op. cit.*, p. 33.

En outre, l'informatisation du dossier de soins est susceptible de rentrer en conflit avec la culture médicale de l'oral. Si celle-ci est fortement relativisée par la montée en puissance des politiques qualité et des documents de traçabilité, elle reste présente dans les esprits. Un dossier patient informatisé rend possible la multiplication des renseignements à fournir obligatoirement, amenant à consigner ce qui aurait pu rester oral. C'est, en poussant le raisonnement plus loin, une forme d'obligation à se déposséder d'une information, à nourrir un instrument statistique capable de fournir une information détaillée sur l'activité de chacun, la qualité et le rythme de son travail. Cette possible utilisation du DPI comme miroir ou comme instrument de mesure n'est pas de nature à favoriser l'adhésion à un projet d'informatisation des processus de soins. Cette problématique est d'autant plus prégnante que le contexte financier des établissements les amène à rechercher la productivité et l'efficacité, ce qui peut pousser les futurs utilisateurs finaux à voir le projet comme attaquant leurs conditions de travail, dans un objectif de rigueur financière plus que d'amélioration des soins rendus au patient.

Ces mécanismes à l'œuvre dans l'expression de réticences au changement, qu'ils soient des arguments affichés et revendiqués ou des causes plus profondes liées à une culture ou à une pratique ne doivent pas conduire à arrêter tout projet de PGI mais doivent être pris en compte dans la conduite du changement. S'ils peuvent s'exprimer face à la globalité du projet, ils ne se manifestent fortement que lors de l'informatisation des processus de soins de façon précise. Si la qualité technique du progiciel et l'adéquation de son paramétrage font beaucoup pour limiter la concrétisation des craintes évoquées dans les précédents paragraphes, la conduite d'un tel changement ne peut s'improviser et doit s'appuyer sur des bonnes pratiques.

### **2.1.2 Le travail des agences nationales spécialisées fournit des outils pour limiter ce risque.**

Les recommandations du GMSIH, adaptant aux projets de SIH les bonnes pratiques de gestion de projet, sont corroborées par les enseignements transmis par les porteurs de projet de mise en place de PGI dans d'autres établissements de taille similaire ou supérieure : le CH du Mans<sup>92</sup>, le CH de la région d'Annecy<sup>93</sup> et le CHU de Tours<sup>94</sup>. Elles s'articulent autour de trois axes : la structuration du pilotage, la composition de l'équipe de conception-réalisation et la conduite du changement.

---

<sup>92</sup> Entretien téléphonique avec Vincent Trely, le 30 juillet 2009.

<sup>93</sup> Entretien téléphonique avec Claude-Henri Tonneau, le 7 septembre 2009.

<sup>94</sup> Entretien téléphonique avec Olivier Bossard, le 3 septembre 2009.

## Un pilotage fort pour porter le projet.

Les recommandations en termes de pilotage pour un projet de PGI ne diffèrent que peu des pratiques utiles à la réussite de tout projet. Le premier aspect est l'ancrage stratégique du projet. Cet aspect, vérifié dans le cadre du plan Hôpital 2012<sup>95</sup>, doit se traduire par trois éléments : au moins la non contradiction entre le projet d'établissement et le projet informatique, la validation du projet par les instances de l'établissement, l'implication et le soutien de la direction générale au projet. Il s'agit d'informer les instances dirigeantes, conseil d'administration, conseil exécutif<sup>96</sup> et CME principalement, de l'importance d'un projet de PGI, d'en faire saisir les enjeux, financier et en termes de conséquence sur l'organisation. Il s'agit en outre de faire du président de CME ou du chef d'établissement le sponsor du projet. Représentant l'établissement, le sponsor justifie l'existence du projet en en étant le client, veillant à la qualité des prestations fournies et du résultat final. Il matérialise l'engagement de l'équipe dirigeante et apporte son conseil et son expertise pour les grandes orientations stratégiques du projet. Sa participation ne doit pas être de pure-forme ; elle doit être concrète<sup>97</sup>. Les responsables contactés ont tous mentionné que le projet mené l'était sur une démarche fortement appuyée par le sommet de l'établissement, le chef d'établissement au Mans, le président de la CME à Tours ou les deux, associés au responsable du DIM à Annecy. Dans ces entretiens, le sponsor « accompagne », « soutient », « porte » ou encore « appuie » le projet.

L'organisation du pilotage du projet doit ensuite permettre la création d'une dynamique vertueuse entre la maîtrise d'ouvrage (MOA) et la maîtrise d'œuvre (MCE). Dans le schéma présenté par le GMSIH<sup>98</sup>, le client, assure la MOA. Il exprime ses besoins et valide les solutions réalisées. Il a la possibilité de se faire assister par une « assistance à maîtrise d'ouvrage » (AMO). La MCE réalise les paramétrages nécessaires, les développements complémentaires. Cette charge est assurée en partie par les équipes dédiées au projet au sein de l'établissement et en partie par les sociétés prestataires retenues. Être maître d'ouvrage, ce n'est pas seulement être client mais aussi être pilote ; c'est aussi et principalement fixer la direction à prendre, attribuer les moyens, impulser le mouvement. La MOA assure en outre les arbitrages sur les demandes d'adaptations spécifiques et sur les réorganisations nécessaires. Plus que dans tout autre projet, la MOA doit tenir le cap fixé au lancement du projet et réussir à rejeter les demandes de traitement hors projet, de développement spécifique, d'exemption du changement, etc. sans créer une opposition trop forte. L'AMO est là pour soulager la MOA dans la rédaction des documents tech-

---

<sup>95</sup> Cf. p. 25

<sup>96</sup> Les projets étudiés ont été menés avant l'application de la loi HPST précitée.

<sup>97</sup> **GMSIH**, *Analyse du marché... op. cit.*, p. 31.

<sup>98</sup> *Ibid*, p. 34.

niques nécessaires au projet, pour alerter sur le pilotage du projet, pour améliorer le lien entre la MOA et la MCE... Ce lien doit exister à tous les niveaux. Il se renforce lorsque les équipes de la MCE et de la MOA déploient tous leurs efforts de façon conjointe pour surmonter les difficultés rencontrées. Les choix stratégiques restent du ressort de la MOA et plus précisément du comité de pilotage.

La structuration du projet et les instances de pilotage assurent la régularité du dialogue entre homologues de la MOA et de la MCE. Que les binômes utilisateur final-spécialiste du PGI soit affichés comme tel dans l'organigramme du projet ou reproduisent chacun à leur niveau une séparation claire entre MOA et MCE, ils ont besoin de réunions périodiques pour rythmer la progression du projet. Ces réunions concernent différentes instances, du niveau stratégique au niveau fonctionnel. Le comité de pilotage ou comité stratégique assure le suivi global, les arbitrages principaux, la validation des priorités, le suivi des objectifs, du budget et des délais. Sa composition doit être adaptée à chaque établissement. Au CH du Mans, c'est le comité d'organisation stratégique du SIH qui est devenu le comité de pilotage du projet. Ce comité permanent assurait le suivi du SDSI avant d'augmenter la fréquence de ses réunions pour piloter le projet PGI. De façon générale, il comporte le sponsor du projet, des représentants de la direction, de la CME, des référents métiers, de la MCE ainsi que, le cas échéant, l'AMO. Le suivi plus opérationnel du projet, plus fréquent, est assuré par un comité de projet, aussi dénommé comité opérationnel ou comité d'avancement. Il s'agit d'un comité de suivi de l'avancement du projet (délais, coûts, livrables), d'instruction des points en suspens et notamment de préparer les dossiers pour le comité de pilotage.

### **Des équipes projet orientées métiers.**

Cette structuration vise à rendre possible et à rythmer le travail des équipes de la MCE, qu'elles relèvent de l'établissement ou de l'intégrateur du PGI. En ce qui concerne les équipes de l'établissement, elles sont généralement composées d'une partie du service informatique, renforcé sous deux angles : l'aspect utilisateurs et l'aspect projet.

La conception et réalisation d'un PGI consiste principalement à constater les écarts entre les processus existants et ceux du PGI puis à les résorber, globalement puis de façon fine. Ce travail suppose de bien connaître les processus. Ce sont donc des personnes au fait du métier dont le processus est informatisé qui seront les personnes ressources sur cette partie du projet. Ainsi, dans le cadre d'un projet de DPI ou d'un dossier de soins, ces personnes ressources sont des représentants de la communauté médicale

et soignante<sup>99</sup>. Choisis pour leur capacité à décrire leur savoir faire métier de façon suffisamment détachée du quotidien pour rester conforme aux pratiques de tous et pour pouvoir penser les processus en fonction des capacités du produit, ces « référents » ou « k-users » ont un double rôle : représentant métiers, ils assurent la MOA aux niveaux les plus concrets ; membre de l'équipe projet, ils participent aux travaux de la MCE.

En effet, ils ont une quadruple mission : premièrement décrire leur métier et ses processus ; deuxièmement, ils proposent et évaluent les choix à effectuer dans le cadre de l'informatisation du processus. Ils participent au paramétrage et contribuent à fixer le niveau de contrainte du processus informatisé, repérant les adaptations organisationnelles à mettre en œuvre. Ils peuvent aussi paramétrer eux-mêmes, après avoir été formés par l'intégrateur du progiciel, dans un but d'augmenter l'autonomie future de l'établissement. Cet argument présenté par les prestataires industriels est à relativiser tant il traduit l'intérêt des prestataires en question et, en tout état de cause n'interdit pas le paramétrage par les informaticiens de l'établissement, guidés par des référents métiers. Pour qu'ils soient efficaces dans ces deux premières missions, il semble nécessaire de leur présenter le projet de façon précise et accessible, en termes d'objectifs du projet, d'organisation de l'équipe, de concepts et de capacités techniques du progiciel. Troisièmement, ils participent à la diffusion du savoir acquis dans la phase de conception-réalisation, en intervenant dans la phase de déploiement comme formateurs. Ainsi, dans le projet mené à Tours, les référents ont non seulement participé à la formation de leurs collègues mais ils ont aussi conçu les modules de formation. Quatrièmement, ils assurent un lien entre le projet et les futurs utilisateurs, comme témoins de l'implication de leurs pairs dans le cœur du dossier, comme promoteurs du projet, etc.

Choisis pour leurs qualités et leur savoir-faire, il est parfois délicat d'obtenir de la hiérarchie des personnes référentes une grande disponibilité de celles-ci pour le projet. Cette disponibilité est pourtant nécessaire. Le GMSIH préconise que les référents soient au moins à mi-temps sur le projet<sup>100</sup>. Cela impose de construire des équipes, volontaires et intéressées, extraites des services de soins, pour plusieurs années. Cela peut aller de quatre personnes à Annecy<sup>101</sup>, accompagnées par un groupe d'une demi-douzaine de médecins à une équipe de 15 référents provenant de tous les métiers à Tours.

En ce qui concerne l'aspect projet, les trois interlocuteurs interrogés insistent sur la nécessité de renforcer les équipes informatiques internes autour de la compétence à gérer un projet. Cela se traduit par le recrutement de personnel dans les directions informa-

---

<sup>99</sup> Et aussi des secrétariats médicaux

<sup>100</sup> GMSIH, *Analyse du marché... op. cit.*, p. 48.

<sup>101</sup> Un cadre de santé et un cadre supérieur de santé, chacun à mi-temps, une secrétaire médicale et une personne référente sur le dossier de soins



tiques : deux chefs de projet à Annecy, deux personnes au Mans et quatre personnes à Tours. La capacité à porter le projet, à organiser le travail des équipes, à communiquer autour du projet est centrale dans le pilotage opérationnel du projet. Le chef de projet assure la gestion des ressources du projet, mais il est surtout celui chargé de repérer les points qui ont un impact transversal. Il s'assure que les travaux portés dans un domaine particulier n'interfèrent pas avec ceux d'un autre groupe. Il peut être assisté par un bureau de projet pour la planification des ressources. Si cette recommandation du GMSIH s'applique à des projets plus gros que ceux portés dans les établissements interrogés, la présence d'une personne dédiée au secrétariat du projet est ressentie comme un point positif au CH du Mans.

Pour être complet sur les recommandations en matière d'équipe, en ce qui concerne l'équipe de la MCE-entreprise, il est conseillé de préciser dès l'appel d'offre les exigences en termes de taille, de compétence et de permanence de l'équipe dédiée au projet.

### **Conduire le changement.**

Un projet de DPI ou de dossier de soins, et plus généralement de PGI, suscite d'importants changements pour les utilisateurs<sup>102</sup>. Cela nécessite un accompagnement spécifique de l'équipe projet, une véritable conduite du changement. Il s'agit d'accompagner les utilisateurs tout au long du projet pour que chaque acteur adopte dans son quotidien les pratiques et les comportements rendus nécessaires par le PGI. Cela passe non seulement par la formation mais aussi par la communication et la présence aux côtés des utilisateurs lors de la phase du déploiement.

D'une façon plus générale, la conduite du changement s'inscrit dans six grands domaines : la stratégie, le pilotage, les processus, la communication, la formation et le déploiement<sup>103</sup>. Les trois premiers aspects ont déjà été évoqués.

La formation est l'aspect le plus souvent mis en avant. C'est la première prise de contact entre l'utilisateur et son futur outil de travail. Elle doit permettre l'appropriation des fonctionnalités du PGI nécessaire à l'utilisation quotidienne et pratique de l'outil. Elle s'adresse à des publics hétérogènes. Étant donné l'importance de l'effectif à former, elle s'appuie sur une stratégie multimodale, faisant intervenir aussi bien des prestataires externes que des agents de l'établissement, à commencer par les référents. Elle tire avantage à s'appuyer sur les relations préexistantes et sur la formation par les pairs.

---

<sup>102</sup> Cf. p. 30.

<sup>103</sup> GMSIH, *Conduite du changement*, op. cit.

Si la formation est une occasion privilégiée pour rassurer et informer, elle ne doit pas être la seule. L'ampleur des changements portés par un projet de PGI suppose une communication de projet efficace pour expliciter les enjeux, faciliter l'adhésion des futurs utilisateurs, mobiliser, valoriser, rassurer. La communication seule ne change pas les pratiques et les comportements, mais elle peut y contribuer. Par ailleurs, l'information circulera toujours au sein de l'établissement. Ainsi, la communication sur le projet à tout à gagner à l'accompagner dans toutes ses phases, pour ne pas devenir un lourd travail de reconquête, de lutte contre les messages négatifs qui auront pu circuler (rumeurs, procès d'intention, craintes...). La communication s'appuie sur tous les moyens, classiques ou innovants, dans le cadre d'un plan de communication.

Enfin, lorsque les utilisateurs informés et formés sont mis en présence de l'outil, lors du déploiement, la conduite du changement suppose une forte présence de l'équipe projet, pour atténuer la charge de travail supplémentaire liée à la bascule informatique, pour déminer les inévitables problèmes, montrer l'implication de l'équipe, porter le message de l'importance de l'utilisation de l'outil. C'est à ce moment qu'un effort particulier est nécessaire, pour ne pas laisser l'impression aux utilisateurs qu'ils sont seuls face au changement.

Les entretiens réalisés avec des utilisateurs clefs du SIH et avec des porteurs de projet de PGI similaires à celui du CHITS permettent de repérer des points considérés comme cruciaux par ces praticiens des recommandations du GMSIH. Quelques soient les différences d'approche dans le mode de management, de plus collaboratif à plus directif, tous insistent sur l'importance du chef de projet, le rôle des référents métiers, l'implication de la direction générale et la nécessité d'adapter, en cours de route, le projet, avec beaucoup de pragmatisme.

## 2.2 Quelles actions pour positionner l'établissement en mode projet ?

Les recommandations du GMSIH et notamment les points clefs mis en exergue par les responsables de projet contactés, que nous venons de présenter<sup>104</sup>, irriguent le mode de fonctionnement du CHITS sur le projet DPP 83. Aussi, quelles qu'en soient ses faiblesses<sup>105</sup>, la démarche d'analyse et de documentation préalable des processus reste un atout fort pour la phase dans lequel l'établissement est sur le point de s'engager : l'adaptation — paramétrage, développement — de l'outil selon les caractéristiques des processus de l'établissement puis le déploiement de la solution logicielle ainsi ajustée.

Pour réussir ces étapes, l'établissement va devoir se positionner de façon beaucoup plus visible en mode projet. L'objet de ce travail et des développements qui suivent en particulier n'est pas de décrire une organisation projet type, théorique, telle que présentée dans les ouvrages spécialisés. Il ne s'agit pas non plus de détailler les recommandations du GMSIH évoquées dans leurs grandes lignes ci-dessus. Il s'agit d'apporter le regard de celui qui s'est approprié ces références, qui a observé et sondé le projet pendant six mois avec un regard neuf, encore structuré par les enseignements de l'école mais déjà au fait des contraintes de l'établissement sur ce que l'établissement projette de faire pour continuer de s'inscrire dans l'épure des méthodes préconisées par le GMSIH et, d'indiquer des pistes pour faire un pas de plus dans l'objectif de sécuriser le projet et le cas échéant, donner des éléments pour aider à trancher entre les différentes branches des alternatives rencontrées.

La structuration du projet et notamment la question des interlocuteurs à positionner en face des prestataires informatiques, la question des priorités, du périmètre à déployer, des ressources à affecter au projet sont celles qui se posent avant de se lancer dans les phases d'ajustement et de déploiement. L'analyse fait apparaître trois nécessités : prioriser, mobiliser et communiquer.

### 2.2.1 Prioriser et piloter.

L'engagement fort de la direction sur un tel projet est nécessaire. Cette volonté forte des plus hautes instances de l'établissement est présente au CHITS, c'est un point reconnu par tous les acteurs internes rencontrés. Le soutien actuellement apporté reste en proportion du besoin d'appui au plus au niveau, c'est-à-dire modéré. Il devra prendre plus d'importance lorsqu'il faudra trancher entre la cohérence du futur système d'information et la viabilité du projet d'une part et les demandes médicales de change-

---

<sup>104</sup> Cf. p. 32 sqq.

<sup>105</sup> Cf. p. 26.

ment des priorités, de développement spécifique ou d'application métier distincts, hors du PGI. L'engagement de la direction sera aussi important lorsqu'il faudra permettre l'implication des acteurs internes autant sur ce projet que sur celui du déménagement vers le nouvel hôpital « Sainte Musse<sup>106</sup> ». Cet engagement prendra la forme d'arbitrages du comité de pilotage, déjà constitué, selon une composition conforme aux recommandations du GMSIH, aux exigences des prestataires et aux habitudes internes<sup>107</sup>.

La prise en compte de ce déroulement en parallèle de deux projets majeurs pour l'établissement et interconnectés doit amener à prioriser judicieusement les chantiers du projet DPP 83. Pour cela, il faut concevoir une stratégie de déploiement, tant les différentes options supposent des travaux en amont différents.

### **Une stratégie de déploiement adaptée aux enjeux du CHITS.**

Il existe deux grandes catégories de stratégie de déploiement : la généralisation en « Big Bang » et la généralisation progressive. La première consiste à déployer l'application sur l'ensemble des services en même temps. La seconde se traduit par un déploiement de l'application chantier par chantier, par socle de fonctionnalités ou par service.

La généralisation en Big Bang présente l'avantage de faire disparaître toute période de transition où les anciens et nouveaux systèmes cohabitent, période propice à la comparaison des systèmes et au maintien des habitudes et pratiques. Néanmoins, elle nécessite un pilotage fin du déploiement et un lourd travail préalable de reprise de données, elle suppose aussi un accompagnement particulièrement présent dans tous les services, ce qui nécessite une quantité importante d'accompagnants, qu'il faut former. L'implication de la direction et de l'encadrement est d'autant plus forte que c'est tous les services concernés qui changent au même moment d'outil de travail. Cette solution, souvent évoquée pour ses avantages en termes de gestion du risque de maintien des anciennes pratiques n'est que rarement utilisée. Un exemple de généralisation en Big Bang est rapporté pour l'hôpital local St-Jacques de Marvejols : « En moins de six mois depuis son acquisition, la solution a été déployée au sein de l'établissement. Une volonté clairement affichée [...] "de ne pas faire traîner les choses, car cela démotive les professionnels de santé<sup>108</sup>". » Si cela est possible pour le déploiement d'un dossier patient touchant 80 agents dans un hôpital local, le CHU de Tours a dû renoncer à un déploiement en Big

---

<sup>106</sup> Prévu courant 2011

<sup>107</sup> Cf. Annexe 4.

<sup>108</sup> **Frandon, G.** cité dans *DPI pour l'hôpital local Saint-Jacques à Marvejols* 18 août 2009, TIC santé, dépêche 363. disponible en ligne : <http://www.ticsante.com>

Bang de son PGI<sup>109</sup>. De même, le CHU de Saint-Étienne a déployé son PGI en Big Bang échelonné par salve de quatre services. Chaque groupe de services est aidé lors du déploiement par une équipe de 50 personnes. Si la première salve est réussie, la deuxième génère plus de difficultés, conduisant à une explosion du planning et à un abandon du PGI<sup>110</sup>.

La généralisation progressive reste donc la solution dans laquelle s'inscrit le déploiement d'un PGI. Cela impose d'autres choix, plus fins, pour limiter le risque de voir la procédure se perdre en longueur et de ne jamais atteindre la généralisation de l'utilisation de l'outil, par érosion du dynamisme de l'équipe et diminution de l'intérêt des utilisateurs. Il faut en effet déterminer d'une part les axes selon lesquels s'exerce la progressivité : par service ou par fonctionnalité (ou les deux) et d'autre part le degré de progressivité ou encore la vitesse du déploiement.

### **Trois scénarios de généralisation progressive ont été évoqués pour le DPP 83 :**

1) « Le Laboratoire ». Cette hypothèse est celle proposée par Olivier Stanislas dans divers documents, le plus récent étant le rapport de synthèse pour le SDSI 2009-2012<sup>111</sup>. Il s'agit d'une approche innovante pour gérer le déploiement d'un PGI et les changements d'organisation qui en découlent. Cela passerait par la « mise sous cloche » d'une entité (pôle ou service) qui devient « le Laboratoire ». Cette entité est alors dotée pendant une courte période de tous les moyens d'inventer une organisation et des pratiques efficaces. L'expérimentation se fait directement sur le terrain, dans une entité affranchie des modes de fonctionnement habituels ; tous les leviers de l'organisation sont concernés et pas seulement l'informatique. En effet « le Laboratoire » doit être libre d'établir ses procédures, dans la mesure où il remplit les objectifs assignés par la direction. « Le Laboratoire » est à même de solliciter de la direction les informations et la validation des nouveaux processus de fonctionnement. La liberté d'expérimenter du « Laboratoire » est la contrepartie de l'obligation de définir de nouveaux processus, compatibles avec le PGI. Dans un deuxième temps, les expérimentations du « Laboratoire » sont évaluées, validées ; leur reproductibilité est analysée, notamment en termes de condition de succès. Une fois modélisées, les méthodes inventées par « le Laboratoire » sont diffusées à l'ensemble des ser-

---

<sup>109</sup> **Bossard, O.** cité dans *CHRU de Tours: le DPP est lancé* 10 juillet 2009, TIC santé, dépêche 331. disponible en ligne : <http://www.ticsante.com>. Information confirmée lors de l'entretien téléphonique du 3 septembre 2009.

<sup>110</sup> Rapporté par Philippe Dugand en entretien le 27 juillet 2009. Il était le directeur général adjoint du CHU de Saint-Étienne avant de rejoindre le CHITS

<sup>111</sup> **Stanislas, O.** *Schéma Directeur 2009-2012 du Système d'Information du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon / La Seyne sur Mer - Rapport de synthèse*. Février 2009. Inédit. p. 37 sq.

vices, en s'appuyant sur l'équipe de l'entité expérimentatrice pour transmettre les processus à leurs collègues.

Une telle méthode comporte des avantages et des inconvénients. La possibilité d'ajuster le PGI tout en modifiant les fonctionnements internes dans un secteur libre d'expérimenter, produisant un référentiel de procédures à diffuser dans le reste de l'établissement est séduisant en ce qu'il permet de vraiment penser le changement d'organisation induit par le PGI en interne et de le penser globalement. Néanmoins, cela comporte d'importants risques : que le projet ne sorte jamais du « Laboratoire », que les innovations soient trop spécifiques au service expérimentateur, que l'expérimentation conduise à des dérapages ou à des tensions vis-à-vis des autres services qui n'ont pas cette liberté là. Cette méthode repose beaucoup sur l'inventivité du service expérimentateur et sur la qualité de son encadrement. Elle suppose en outre un important dispositif d'évaluation des pratiques proposées par « le Laboratoire », c'est-à-dire un appui fort du contrôle de gestion à l'équipe projet. Cette méthode semble adaptée à un projet de PGI ambitieux, souhaitant modifier en profondeur les organisations, avec une mise en place conjointe de toutes les fonctionnalités.

2) La généralisation progressive par petits paliers fonctionnels. C'est le scénario qui soutient la mise au point du marché avec le porteur du PGI, Agfa HES France<sup>112</sup>. Celle-ci est articulée autour d'un découpage du projet en une vingtaine de chantiers<sup>113</sup>. Ces chantiers, fermes ou conditionnels peuvent être engagés au moment où le décide l'établissement. L'idée est alors de commencer par les fonctionnalités plus faciles et plus rapide à mettre en place, pour initier rapidement la dynamique du changement, tout en permettant un apport en fonctionnalité immédiat ; en touchant un maximum de services en même temps. C'est aussi la possibilité de traiter les dossiers urgents, comme l'informatisation dans le pôle d'imagerie. C'est ainsi que les chantiers « Identification & localisation du patient – Référentiels », « Dossier Commun - Bureautique médicale - Gestion des rendez-vous - Retour des résultats d'analyses biologiques » et « Circuit du médicament et des produits traçables » font l'objet d'une note de lancement le 25 juin 2009. Ces chantiers s'inscrivent néanmoins dans une chronologie imposée par la logique des processus : certains modules ne peuvent être informatisés avant l'informatisation de certains processus clefs. Cela est matérialisé par trois phases dans la présentation du projet par Agfa HES France<sup>114</sup> :

---

<sup>112</sup> **Dugand, Ph et al.** *Annexe n°1 à l'acte d'engagement relative à la mise au point du marché février 2009.* Inédit.

<sup>113</sup> Cf. Annexe 5

<sup>114</sup> **AGFA HES France**, *Support à la réunion de lancement*, 15 juin 2009, Inédit.

prise en charge globale du patient, prescription et prise en charge spécialisée du patient, prise en charge soignante du patient<sup>115</sup>.

Cette méthode a l'avantage d'une sollicitation progressive des services, d'une mise en confiance par la réussite — espérée — des premiers chantiers, d'une mobilisation modérée sur le moment mais diluée dans le temps des ressources de l'équipe projet. Elle comporte le risque de l'échec sur les premiers chantiers, d'une légère perte de fonctionnalité dans les premiers temps, d'un étirement du projet dans le temps caractérisé par une succession de petits changements, potentiellement déstabilisateurs pour les services.

3) La généralisation progressive par grands paliers fonctionnels. Cette hypothèse est celle présentée par Philippe Dugand lors de l'entretien du 27 juillet 2009. Il s'agirait de déployer dans deux à quatre services pilotes une base fonctionnelle large, comportant les fonctionnalités prévues dans les chantiers suivant : « Identification & localisation du patient – Référentiels », « Dossier Commun - Bureautique médicale - Gestion des rendez-vous - Retour des résultats d'analyses biologiques », « Demandes & retour des résultats d'examen - Prescription connectée d'examens biologiques », « Gestion prévisionnelle des lits et des disponibilités », « Circuit du médicament et des produits traçables », « Dossier des Soins Infirmiers », « Dossier 'générique' de spécialité médicale / chirurgicale : outil de gestion des formulaires », « Dictée numérique & reconnaissance vocale » d'une part ainsi que le déploiement dans le même temps du système d'information de l'imagerie médicale, à savoir le système d'information de radiologie (SIR ou RIS), le PACS et l'informatisation de la médecine nucléaire. Cela constitue une base fonctionnelle forte, qui permet un saut qualitatif dans les services pilotes, ceux-ci devenant une vitrine du projet. Le déploiement se ferait en suite progressivement dans les autres services, avec le support des services pilotes.

Une telle méthode a l'avantage de permettre un déploiement sur un périmètre fonctionnel large mais impactant un nombre réduit d'utilisateurs. Elle suppose l'informatisation conjointe des services médico-techniques<sup>116</sup>. La résolution des difficultés dans les services pilotes permet de diffuser une solution plus saine aux autres services et le soutien des services déjà informatisés aide grandement à l'adhésion des autres services. Le succès est contagieux, telle est l'hypothèse de cette méthode. Les conditions de sa réussite sont un calendrier strict pour le déploiement dans les services pilotes, un fort soutien de l'équipe projet, une compensation du temps utilisé pour le projet par les équipes médicales et soignantes, un accompagnement des changements de mode de

---

<sup>115</sup> Cf. Annexe 6

<sup>116</sup> Ou la réalisation des interfaces entre leur système d'information et le PGI.

fonctionnement. Il faut en effet que le projet ressorte suffisamment rapidement des services pilotes pour ne pas prêter le flanc à la critique d'un changement trop lourd. Le soutien de l'équipe projet aux services pilotes doit permettre de faire des utilisateurs de ces services des promoteurs du projet. Tous les désagréments liés aux changements de mode de travail doivent être compensés dans leur esprit par les gains de fonctionnalité et ce bilan coût-bénéfice doit orienter le discours qu'ils tiendront, officiellement lors des séances de formation, mais aussi informellement avec leurs collègues.

Les critères pour choisir entre ces trois hypothèses, ou tout autre scénario intermédiaire, sont :

- 1) La compatibilité entre la durée nécessaire pour réaliser la totalité du projet, y compris le positionnement des différentes phases et les contraintes externes au projet sur le calendrier : déménagement dans le nouvel hôpital « Sainte Musse », CBU, durée du marché, etc. ;
- 2) La compatibilité entre la taille de l'équipe projet et celle nécessaire à la réussite du déploiement selon la méthode envisagée ;
- 3) La compatibilité avec les attentes pressantes des futurs utilisateurs, confiant pour l'instant mais qui pourraient s'impatienter de ne pas voir de réalisations concrètes si le projet souffrait, du fait de la méthode choisie, d'un effet « tunnel ».

Cela se traduit par la nécessité de résultats significatifs et visibles dans le courant de l'année 2010. Les scénarios deux et trois semblent susceptibles d'y parvenir. Le scénario trois nécessitant probablement une équipe projet plus forte pour accompagner les services pilotes et conduisant à un délai avant le premier résultat visible plus long. C'est celui qui se rapproche le plus des méthodes employées par le CHU de Tours et le CH de la région d'Annecy, à la différence près que le dossier de soins ne faisait pas partie du premier palier fonctionnel. Le choix revient au comité de pilotage ; celui-ci pourra être implicite, un silence à l'automne 2009 conduisant à choisir par défaut le scénario deux. Il lui revient notamment de distinguer ce qui doit être fait avant le déménagement de ce qui pourra être fait lors de l'emménagement et de ce qui pourra attendre la stabilisation des fonctionnements dans les nouveaux locaux.



### 2.2.2 Mobiliser les ressources et les équipes.

Quelque soit la stratégie de déploiement choisie, les recommandations du GMSIH et les enseignements tirés des entretiens de porteurs de projet similaire indiquent que l'équipe projet doit être forte pour réussir la mise en place d'un PGI<sup>117</sup>. Il faudra donc mobiliser des ressources.

L'établissement a déjà agi en ce sens, selon deux axes. Le premier est la passation d'un marché d'AMO commune au CHITS et au CH Jean Marcel. Le choix devrait se porter sur l'offre du cabinet Krusos Consulting, permettant un suivi par le même consultant, Olivier Stanislas. Cela représente 50 jours par an, dont dix spécifiques au CH Jean Marcel et un coût d'environ 205 000 euros. Cet effort financier permet à l'établissement de se renforcer dans les méthodes de conduite du changement et dans la gestion de projet. Le consultant et la méthode MétaPlan®<sup>118</sup> pourront en outre apporter beaucoup lorsque les services auront besoin de réorganiser, de réaménager les processus de travail et de réponses sur leurs organisations. Il sera aussi un aiguillon pour respecter la structure du projet et notamment le rôle du comité de pilotage.

Le second axe dans lequel l'établissement a mobilisé des ressources, c'est le recrutement d'un informaticien sur contrat pour assurer le rôle de chef de projet pour l'ajustement et le déploiement du PGI. Ce recrutement conclu en juin c'est traduit par l'arrivée de Lionel Roux début septembre 2009. Il apportera ses connaissances et compétences au projet tout en s'appropriant les applications actuelles et le fonctionnement hospitalier. Ce recrutement témoigne de l'implication de la direction puisqu'il s'inscrit dans un contexte général de maintien de la masse salariale.

En ce qui concerne les référents métiers, la décision relative aux instances du projet en a nommé certain<sup>119</sup>. Cela constitue un premier pas. Cependant, il s'agit principalement de personnes très occupées par ailleurs, plutôt des cadres que des pratiquants quotidien des métiers concernés. Seule une infirmière reclassée adjoint des cadres est affectée, pour une quotité indéterminée<sup>120</sup>, au projet. Cela constitue un risque. Il conviendra d'avoir un suivi très attentif de l'implication des référents métiers dans ce projet. Cela conduira, si il le faut, à rencontrer leurs supérieurs hiérarchiques pour obtenir d'eux qu'ils facilitent la disponibilité de leurs agents et surtout pour s'assurer que les autres projets dont ils seront partie prenante ne soient pas incompatibles avec leur implication dans le projet DPP 83. Il sera par ailleurs utile de disposer dès les premiers chantiers d'un groupe

---

<sup>117</sup> Cf. p. 32 sqq.

<sup>118</sup> Cf. p. 12

<sup>119</sup> Cf. Annexe 4.

<sup>120</sup> Elle conserve la gestion de la CIV par ailleurs

de médecin suffisamment nombreux pour être représentatifs et pour que la charge individuelle de travail soit compatible avec le maintien de leur activité, à l'exemple d'un groupe d'une demi-douzaine de médecin cité dans le cas du CH de la région d'Annecy<sup>121</sup>.

Enfin, il est nécessaire pour le projet de mobiliser l'équipe informatique de l'établissement, qui constitue une grande partie de l'équipe projet. Une réorganisation étant exclue pour ne pas perturber le lancement du projet, cette mobilisation pourra prendre la forme des techniques classiques de valorisation d'une équipe. Dans un premier temps, cela pourrait prendre la forme d'une activité festive de cohésion d'équipe autour de l'arrivée du chef de projet et du lancement des opérations concrètes de conception et de réalisation. Cette activité peut aussi être l'occasion de renforcer les liens entre l'équipe informatique et les autres membres de l'équipe projet.

### **2.2.3 Communiquer et associer.**

Quelles qu'elles soient, les ressources de l'équipe projet ne seront jamais suffisantes pour mener à bien le projet et réussir à convaincre les utilisateurs qu'il est le vecteur d'une amélioration et non d'une régression dans leur mode de travail. Cela sera d'autant plus facile que les futurs utilisateurs auront été associés au travail du projet, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une communication efficace<sup>122</sup>.

L'association directe au projet touchera les référents métiers et les utilisateurs des premiers services sollicités pour accueillir le projet — que la stratégie de développement utilise des services pilotes ou non. La phase de formation, qui sera pour beaucoup des agents le premier contact concret avec le nouvel outil, reste très dépendante de la stratégie de déploiement utilisé. Ce n'est pas la même chose de former un grand nombre d'agents à un petit nombre de fonctionnalités que de former un nombre modéré d'agents à un grand nombre de fonctionnalités. Quoiqu'il en soit, si l'équipe projet n'est pas renforcée en référents métiers disponibles, il faudra, pour assurer la phase de formation faire appel à un renfort. Celui-ci peut être extérieur, venant des titulaires du marché, de leur sous-traitant ou d'un cabinet choisi par le CHITS pour l'occasion. Cette externalisation n'est néanmoins pas recommandée. Il est préférable d'évaluer le besoin en formateurs lors de la planification du déploiement puis de détacher un nombre équivalent de personnels pratiquant les métiers informatisés, pour les former, en détail, afin qu'ils deviennent par la suite des formateurs. Cela permet une formation par les pairs sans avoir à constituer une grande équipe projet. Le nombre des formateurs est calculé de façon à être suf-

---

<sup>121</sup> Entretien avec Claude-Henri Tonneau, le 7 septembre 2009

<sup>122</sup> Les développements qui suivent sont inspirés par les recommandations du GMSIH dans les documents déjà cités et par les judicieuses remarques des Dr Michel et Durand-Gasselin.

faisant pour que le temps passé par ceux-là en dehors de leur service ne soit pas désorganisant pour celui-ci.

Pour compléter ce panel de représentant du projet, il peut être utile d'associer, plus faiblement certes, des personnels reconnus pour leur regard critique mais non opposant au projet. Cette association peut passer par une présentation personnalisée du projet. Ces « sponsors » du projet seront alors les porteurs de la communication informelle du projet. Leur image de personnes non rattachées à l'équipe projet limitera le risque de voir leur discours interprété par les agents comme un discours de façade, cachant des réorganisations plus profondes...

### **Une communication par la sollicitation de relais au sein du personnel.**

Toute la communication autour du projet doit tenir compte du risque de mauvaise interprétation, même si la croissance du résultat de l'établissement donne à la direction une côte de confiance confortable. Pour cela, il sera nécessaire de limiter la communication qui aurait par trop les formes d'une communication institutionnelle. La communication descendante directe classique — note de service et journal interne — doit se limiter à des informations techniques ou pratiques. Elle ne doit pas être négligée.

Elle est judicieusement complétée par l'utilisation de l'important réseau de cadres intermédiaires existant dans l'établissement. En effet, ceux-ci ont la capacité de répercuter, amplifier, démultiplier le message. Ils pourront s'approprier le projet pour ensuite mieux faire passer l'information à leur équipe. Cela passe par l'utilisation des instances de l'établissement comme la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), la CME (*mutatis mutandis*) et les conseils des pôles concernés. Il semble souhaitable de prévoir un point d'étape lors de chaque réunion de la CSIRMT pendant le déroulement du projet, ainsi que des points intermédiaires en réunion des cadres supérieur de santé : il est essentiel de communiquer souvent, régulièrement, quitte à se répéter. Cela montre l'importance du projet, rend naturel la communication et accrédite l'idée d'une transparence sur le projet.

En plus de cette utilisation des canaux institutionnels indirects, il est possible d'utiliser des canaux plus informels. Il est important de donner aux cadres et aux personnes qui se feront le sponsor du projet des informations qui n'auront pas le caractère d'informations officielles. Pour cela, les méthodes classiques de communication informelle sont toujours efficaces : couloirs, café, apartés... sont d'excellentes occasions de tenir informée une personne ressource dont on sait qu'elle fera passer le message. Ces méthodes peuvent être appuyées par les nouvelles technologies. Sans investir trop de moyens dans une telle opération de communication, il y a certainement un avantage à disposer d'une source accessible à un grand nombre par l'intranet, permanente et contrôlée, d'informations informelles. Cela peut prendre la forme d'un blog des référents mé-

tiers, alimenté par les comptes-rendus subjectifs (mais contrôlés) des réunions de paramétrage... Donnant à voir le travail d'ajustement du PGI aux processus de l'établissement, les articles d'un tel blog permettent de porter un message crédible et mobilisateur.

### **Apporter un message sincère et transparent**

Le contenu du message est adapté à la cible de la communication : les agents en position d'attente vis-à-vis du projet. Pour cela, il faut être clair et sincère, porter et expliquer ce qui est fait, rappeler sans cesse l'objectif. Il est ainsi important d'afficher sans ambages que « dans certains cas, ça sera moins bien qu'avant<sup>123</sup> », qu'il n'y a pas d'outil parfait, que s'il y a des motifs de déception il y a aussi des points positifs. Il s'agit sur ce point de faire partager l'idée que quelque soit l'outil choisi, il y aurait eu des difficultés mais qu'elles ne sont rien en comparaison des gains futurs apportés par le projet. Cela permet de replacer les attentes à leur juste niveau. Cela doit s'accompagner du discours relatif au changement, faisant comprendre ce que l'outil apporte, comment il aide dans le travail quotidien mais aussi comment il fait évoluer les organisations de travail. Ce message c'est aussi celui qui permet d'instiller dans l'esprit du personnel que l'outil peut répondre à leur besoin mais qu'ils peuvent en profiter encore plus en envisageant de nouvelles façons de travailler. La publication, suivant leur importance, dans des revues spécialisées ou sur le blog des référents métiers, des réorganisations effectuées pour maximiser l'utilité du PGI est un vecteur puissant de ce message, valorisant les attitudes porteuses de l'idée qu'il est possible de travailler autrement.

---

<sup>123</sup> Extrait de l'entretien avec Mme le Dr Michel, le 18 août 2009.

---

## Conclusion

---

À la fin de l'été 2009, le projet DPP 83 entre dans la phase de conception et de réalisation du PGI, qui conduit à ajuster, dans la mesure du possible, le progiciel aux spécificités de l'établissement. Elle fait suite à la phase de définition du marché et de construction de l'architecture du projet. L'important travail réalisé autour de la définition du SDSI par l'établissement, aidé par le consultant choisi à cet effet, Olivier Stanislas, de documentation précise et participative des processus marque, d'une part, la volonté de l'établissement de faire partager ce projet par tous ses agents et, d'autre part, son inscription dans les bonnes pratiques recommandées par le GMSIH. Si l'intérêt de ce travail n'apparaît encore que faiblement aux utilisateurs, il devrait se manifester dans sa capacité à accélérer le travail de paramétrage dans les phases à venir.

Les phases de réalisation puis de déploiement vont être l'occasion pour l'établissement de prolonger ce mouvement d'évolution fort du SIH, dans un contexte général marqué par une dynamique positive qui renforce la crédibilité de l'établissement vis-à-vis de l'extérieur, ce qui conforte la confiance des personnels dans leur direction. Cette confiance rejaillit sur chaque projet qui bénéficie ainsi d'un *a priori* positif. Pour préserver ce capital de sympathie, l'établissement va devoir réussir le déploiement du PGI. Pour cela, il dispose des recommandations du GMSIH, de son potentiel soutien dans le cadre de la convention passée avec l'agence nationale pour l'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Il ne devra pas hésiter à mobiliser les ressources suffisantes, à véritablement investir dans cette phase de formation puis de déploiement pour ne pas prendre le risque de voir le coût de l'investissement contractualisé avec les prestataires du marché ne pas se traduire en gains équivalents pour l'établissement.

Un projet d'informatisation est en effet porteur de valeur ajoutée pour l'établissement. Cet apport ressort de trois dimensions : l'amélioration de la qualité des

soins, l'amélioration des organisations et les économies financières réalisées<sup>124</sup>. La mesure du retour sur investissement (ROI) devient de plus en plus fréquente dans le cas de projets informatiques. La mesure des économies réalisées est plus ou moins précise, selon que les économies sont certaines (suppression de contrats de maintenance des applications rendues inutiles), diffuses (gain de temps infirmier du fait de la disparition des retranscriptions) ou incertaines (économie de papier du fait de l'informatisation). Les études du ROI d'un projet informatique, dont la méthodologie est encore en cours d'amélioration sont le futur outil d'arbitrage entre les propositions dans le domaine du SIH. Néanmoins, quelque soit les facteurs d'économies mesurés par de telles études<sup>125</sup>, ils ne seront réalisés que si l'investissement initial est suffisant, tant au plan financier qu'au plan de la mobilisation de l'équipe projet, pour franchir le seuil en deçà duquel les apports de l'informatique ne sont pas saisis par les personnels.

Il est un domaine où ce type de seuil n'existe pas, c'est la coopération. Le travail commun entre les quatre établissements porteurs du DPP 83 est *in fine* plus réduit que ce qui a pu être envisagé au début du projet. Néanmoins l'idée de travailler ensemble demeure et n'est pas que la conséquence d'un achat groupé. Le travail conjoint sur l'urbanisation des SIH et notamment l'adoption d'un outil identique dans chaque établissement pour gérer l'annuaire interne des professionnels de santé et l'annuaire des patients permet d'envisager un travail en réseaux plus aisé. Un rapprochement plus poussé aurait pu prendre la forme d'une direction du SIH commune ou d'une uniformisation des SIH. Dans les deux cas, la volonté de coopérer n'était pas assez forte, la perception de la valeur stratégique d'un projet commun à cheval sur deux territoires de santé n'étant pas partagée. En se rapprochant autant que cela est possible et souhaitable, les quatre établissements varois construisent une habitude de travail en commun. Cela ne se traduit pas par des résultats tangibles comme le serait une cuisine commune mais par le partage de problématiques, sans concurrence inter-établissement, dans une véritable stratégie de groupe.

Les évolutions du périmètre du projet dans le cadre de cette coopération et des dynamiques régionales et nationales de système d'information en santé ont montré la capacité des quatre établissements et notamment du CHITS à adapter son projet aux circonstances. Cette adaptabilité, qui diminue à mesure que le projet se déroule, sera probablement sollicitée dans les phases à venir du projet. Le dernier trimestre 2009 va être

---

<sup>124</sup> **Dégoulet, P.** cité dans *TIC : une haute valeur ajoutée* 29 mai 2009, TIC santé, dépêche 282. disponible en ligne : <http://www.ticsante.com>

<sup>125</sup> La démarche ROI au CH du Mans a fait apparaître un facteur trois : pour 10 millions d'euro d'investissement, les économies devraient atteindre 30 millions d'euro sur dix ans.

l'occasion de tester l'organisation du projet et la réactivité de l'équipe et des groupes de travail. Les adaptations à apporter, le cas échéant, pour compenser des faiblesses ou pour tenir compte des orientations prises par le comité de pilotage, devront alors se faire.

Les réajustements, les réorientations et les choix stratégiques permettront, tout au long du déroulement du projet de s'assurer que celui-ci continue de réaliser le but initial. C'est cette référence aux objectifs fondamentaux du projet qui a permis au CHU de Tours<sup>126</sup> lorsque son option de généralisation large s'est heurtée au principe de réalité de redéfinir une méthode de déploiement se concentrant sur l'objectif d'informatiser la fonction soignante.

---

<sup>126</sup> Information issue de l'entretien avec Olivier Bossard, le 3 septembre 2009.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

### *Ouvrages et guides concernant spécifiquement le SIH*

**Hagège, Cl.**, *Gouverner le SIH ou l'éloge du tailleur souverain*, Bordeaux : Les Études Hospitalières, 2006. 246 pp.

**Longépé, Ch.**, *Le projet d'urbanisation du SI : démarche pratique et cas concret*. Paris : Dunod, 2004.

**GMSIH**, *Analyse du marché des PGI et modalité d'application dans les établissements de santé – Rapport de Projet – Tome 1 – Version 1.2*. 2005, disponible en ligne : [http://www.gmsih.fr/eng/content/download/411/2691/file/Pr28 livrable final Tome1 V1.2 Def.pdf](http://www.gmsih.fr/eng/content/download/411/2691/file/Pr28_livrable_final_Tome1_V1.2_Def.pdf)

**GMSIH**, *Conduite du changement*, 2003, CD ROM disponible en téléchargement : <http://www.gmsih.fr/fre/content/download/421/2731/file/111.CDconduitechgt.zip>

**GMSIH**, *Guide méthodologique, Architecture et urbanisation des SIH*, 31 octobre 2006, disponible en ligne : [www.gmsih.fr/fre/content/download/413/2699/file/SI35-CDROM-PUB.zip](http://www.gmsih.fr/fre/content/download/413/2699/file/SI35-CDROM-PUB.zip).

### *Ouvrages (et articles) plus généraux*

**Amblard, H., et al.** *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Seuil, 1996.

**Aubert, N.**, *Diriger et motiver*, Organisation, 2003.

**Bartoli, A.**, *Le management dans les organisations publiques*, Dunod, 1997.

**Claveranne, J.-P. et Pascal, C.**, *Repenser les processus à l'hôpital*, Médica Éditions, 2004.

**Crozier, M. et Friedberg, E.**, *L'acteur et le système*, Seuil, 1977.

**Crozier, M.**, *Le phénomène bureaucratique*, Seuil, 1963.

**Gibert et Thoenig**, « La gestion publique, entre l'apprentissage et l'amnésie », *Politiques et management Public*, Vol 11, n°1, mars 1993.

**Mintzberg, H.**, *Le management : voyage au centre des organisations*, Les Éditions d'Organisation (version poche), 1998.

**Thévenet**, « Transformation des entreprises, la leçon du public », *Interactions*, Vol 2, n°1, Printemps 1998.

**Thiéart, R.-A.**, *Le Management*, PUF, Que-sais-Je, 5<sup>ème</sup> éd., 1992.



## Articles

**BOUX, O., et al.** « Intégration dans le SIH d'une application de gestion de production de soins », *gestions hospitalières*, 1998 n° 375 pp. 272-274

**Coll.**, « Actes des 23èmes journées TNH : La nécessaire mutation des systèmes d'information à l'hôpital : Le nouveau cadre législatif et l'environnement technologique et culturel. », *technologie et santé*, 1996 n°28 pp. 47-62

Et notamment : **BARRETEAU, A.** *Les aspects organisationnels : conduite du changement et mobilisation du personnel : Les conséquences organisationnelles de la mise en place d'un nouveau SIH.*

**BONNISSENT, R.** *Les aspects organisationnels : conduite du changement et mobilisation du personnel : Faire vivre un système d'information centré sur le patient : l'expérience de Pau.*

**CHAUVIN, A.** *Les aspects organisationnels : conduite du changement et mobilisation du personnel : SIH, chantier social : mobilisation, motivation, formation des personnels.*

**CODACCIONI, A. et CHABANNES, P.,** *Les aspects organisationnels : conduite du changement et mobilisation du personnel : protection des données : espérance, conviction, adhésion.*

**DUBOYS-FRESNEY, C.** *Les aspects organisationnels : conduite du changement et mobilisation du personnel : Les conséquences de l'informatisation des unités de soins.*

## Mémoire

**Neau, A.,** *La mise en œuvre du projet Arc-en-ciel au CH intercommunal de Montreuil : condition de réussite d'un projet informatique innovant pour une structure de taille moyenne*, Mémoire de l'école nationale de la santé publique, 2006.

## Documents officiels

- *Loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, 21 juillet 2009, disponible en ligne : [www.legifrance.gouv.fr/](http://www.legifrance.gouv.fr/)
- *Directive 2004/18/CE relative à la coordination des procédures de passation des marchés publics de travaux, de fournitures et de services*, 31 mars 2004, disponible en ligne : <http://eur-lex.europa.eu>
- *Décret n° 2006-975 portant code des marchés publics*, 1er août 2006, disponible en ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- *Circulaire n° 275 relative à l'informatisation des hôpitaux publics*, 6 janvier 1989, disponible en ligne : [www.atih.sante.fr/openfile.php?id=1080](http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=1080)

- *Circulaire N°DHOS/F2/2007/248 relative à la mise en œuvre du plan Hôpital 2012*, 15 juin 2007, disponible en ligne : [www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers /Gestion-Finances/investissements/circulaire-dhos-f2-2007-248-du-15-juin-2007-hopital-2012](http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Gestion-Finances/investissements/circulaire-dhos-f2-2007-248-du-15-juin-2007-hopital-2012)

Et son annexe 1 : *Cadrage administratif général du Plan Hôpital 2012*

- *Circulaire N°DHOS/F2/2007/438 relative à la procédure de validation des projets au plan Hôpital 2012* 12 décembre 2007, disponible en ligne : [www.fhf.fr/ content/download/8520/40403/version/1/file/Circulaire+438+du+12+d%C3%A9cembre+2007.pdf](http://www.fhf.fr/content/download/8520/40403/version/1/file/Circulaire+438+du+12+d%C3%A9cembre+2007.pdf)

- *Charte du dialogue compétitif*, signée le 18 janvier 2007, disponible en ligne : [http://www.marchespublics.net/upload/news/070209-060233-minefi\\_char.pdf](http://www.marchespublics.net/upload/news/070209-060233-minefi_char.pdf)

## Rapports

**Larcher, G.**, *Les missions de l'hôpital, Rapport de la commission de concertation*. Paris : La Documentation Française, 2008, p.95. disponible en ligne :

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000209/0000.pdf>

**Jégou, J.-J.**, *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*, Rapport n° 62 session ordinaire de 2005-2006, annexé au procès verbal de la séance du 3 novembre 2005, disponible en ligne : [www.senat.fr/rap/r05-062/r05-0621.pdf](http://www.senat.fr/rap/r05-062/r05-0621.pdf)

**Chambre régionale des comptes de Provence-Alpes-Côte d'Azur**, *Rapport d'observations définitives sur la gestion du CHITS*, 15 mai 2008, disponible en ligne : <http://www.ccomptes.fr/fr/CRC22/documents/ROD/PAR200913.pdf>

## Communication institutionnelle

**DGME**, *MAREVA, paramètres du modèle*, 5 décembre 2007, disponible en ligne :

[https://mioga.minefi.gouv.fr/DB/public/controlegestion/doc/analyse de la valeur/MAREVA/MAREVA - Parametres du modele.pdf](https://mioga.minefi.gouv.fr/DB/public/controlegestion/doc/analyse_de_la_valeur/MAREVA/MAREVA_Parametres_du_modele.pdf)

**DHOS**, *Bilan de la première tranche du plan Hôpital 2012 pour le volet systèmes d'information*, 30 juillet 2007, disponible en ligne : [www.sante-sports.gouv.fr/hopital/rubrique-technique/bilan-premiere-tranche-du-plan-hopital-2012-pour-volet-systemes-information.html](http://www.sante-sports.gouv.fr/hopital/rubrique-technique/bilan-premiere-tranche-du-plan-hopital-2012-pour-volet-systemes-information.html).

**Observatoire des Systèmes d'Information de Santé**, *Statistiques Plan Hôpital 2012 : 1ère tranche*, disponible en ligne : [www.sante-sports.gouv.fr/hopital/rubrique-technique/IMG/pdf/Statistiques Plan Hopital 2012 - 1ere tranche SI-2.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/hopital/rubrique-technique/IMG/pdf/Statistiques_Plan_Hopital_2012_-_1ere_tranche_SI-2.pdf).

**Podeur, A.**, in Brizé, N. *Synthèse du colloque « Les rencontres de l'informatique de santé, L'informatique hospitalière, nouvel enjeu de santé publique »* 23 septembre 2008, disponible en ligne : [www.aromates.fr/download/Infosante/SyntheseInfoSante.pdf](http://www.aromates.fr/download/Infosante/SyntheseInfoSante.pdf)

### Dépêches

*CHU de Rennes et DPI: un déploiement progressif*, 31 mars 2009, TIC santé, dépêche 236.

*DPI ; « la clé de la réussite c'est l'adhésion des équipes »*, 27 avril 2009, TIC santé, dépêche 259.

*TIC : une haute valeur ajoutée* 29 mai 2009, TIC santé, dépêche 282.

*CHRU de Tours: le DPP est lancé* 10 juillet 2009, TIC santé, dépêche 331.

*DPI pour l'hôpital local Saint-Jacques à Marvejols* 18 août 2009, TIC santé, dépêche 363.

### Documents internes

**AGFA HES France**, *Support à la réunion de lancement*, 15 juin 2009, Inédit.

**Cellule des marchés publics**, *Programme Fonctionnel Détaillé Projet DPP 83*, 8 janvier 2008. Inédit.

**ARH PACA**, *Éléments de décision et argumentaire pour les chefs d'établissement*, octobre 2007. Inédit

**Dugand, Ph et al.** *Annexe n°1 à l'acte d'engagement relative à la mise au point du marché*, février 2009. Inédit.

**Dutreil, Ch.**, *Courrier à M. le Directeur du CHITS*, 27 octobre 2008. Inédit.

**Groupe Projet SIH**, *Étude du SDSI du CHITS, point d'avancement*. 20 décembre 2007, Transmis et mis en forme par **Stanislas, O.** Inédit.

**Stanislas, O.**, *Accompagnement à la Transformation du Système d'Information Hospitalier du C.H.I.T.S. – Annexe à la proposition de services KRUSOS Consulting*, 27 juillet 2007. Inédit.

**Stanislas, O.**, *Implémentation d'un Dossier Patient Partagé entre les établissements publics de santé du Var — Validation de l'opportunité du projet DPP 83*. Support pour la réunion du 28 septembre 2007. Inédit

**Stanislas, O.**, *Implémentation d'un Dossier Patient Partagé entre les établissements publics de santé du Var – Dossier de présentation détaillée du projet DPP 83*, 19 novembre 2007. Inédit.

**Stanislas, O.**, *Charte d'organisation des travaux d'analyse des processus*, 19 novembre 2007. Inédit.

**Stanislas, O.**, *Arbitrages pour la poursuite du dialogue compétitif*, 26 mai 2008. Inédit.

**Stanislas, O.**, *Appel d'Offres pour l'implémentation d'un Dossier Patient Partagé entre les établissements publics de santé du Var (projet DPP 83)*. Support pour la réunion de la commission d'appel d'offres (CAO) de choix du 10 décembre 2008. Inédit.

**Stanislas, O.** *Schéma Directeur 2009-2012 du Système d'Information du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon / La Seyne sur Mer - Rapport de synthèse*. Février 2009. Inédit.

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1. Liste des entretiens réalisés

Annexe 2. Schéma des applications et des échanges dans le SIH du CHITS

Annexe 3. Vue d'ensemble des composants de l'architecture logique-cible du Dossier Patient Partagé

Annexe 4. Décision du chef d'établissement pour la structuration du projet

Annexe 5. Liste des chantiers prévus lors de la mise au point du marché et leur suivi

Annexe 6. Macro planning AGFA HES France pour le projet DPP 83

---

## **Annexe 1. Liste des entretiens réalisés**

---

M. le Dr Éric Jullian, Responsable du Pôle Laboratoires au CHITS, le 1<sup>er</sup> juillet 2009.

Mme le Dr Chantal Demichelis, Responsable du Pôle Pharmacie au CHITS, le 3 juillet 2009.

M. Laurent Simon, directeur du GCS *e-santé* Paca et chargé de mission SIH à l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) Paca, le 16 juillet 2009.

Mme Dominique Bonnard, Cheffe du centre informatique du CHITS, le 20 juillet 2009.

Mme Claire Pouillard, Attachée d'administration hospitalière au CHITS, chargée de la cellule des marchés, le 22 juillet 2009.

M. Philippe Dugand, Coordonateur du groupement de commande, directeur adjoint responsable du Pôle « direction générale » au CHITS, maître de stage de l'auteur, entre autres rencontres, le 27 juillet 2009.

M. Olivier Stanislas, Consultant, Krusos Consulting, le 29 juillet 2009. Cet entretien a lieu à l'hôpital départemental du Luc-en-Provence et permet à l'auteur d'assister à une séance de travail avec la méthode métaplan®.

M. Vincent Trely, Directeur du système d'information hospitalier au CH du Mans, le 30 juillet 2009.

M. Olivier Ponties, Directeur des systèmes d'information et de l'organisation à l'AP-HM, le 4 août 2009.

MM. Didier Alain et Nicolas Guegnard, chargés de mission à l'ANAP, le 7 août 2009.

M. le Dr Jacques Durand-Gasselín, Responsable du Pôle Réanimation, membre des groupes de travail de l'analyse des processus au CHITS, le 17 août 2009.

Mme le Dr Christine Michel, responsable du DIM au CHITS, le 18 août 2009.

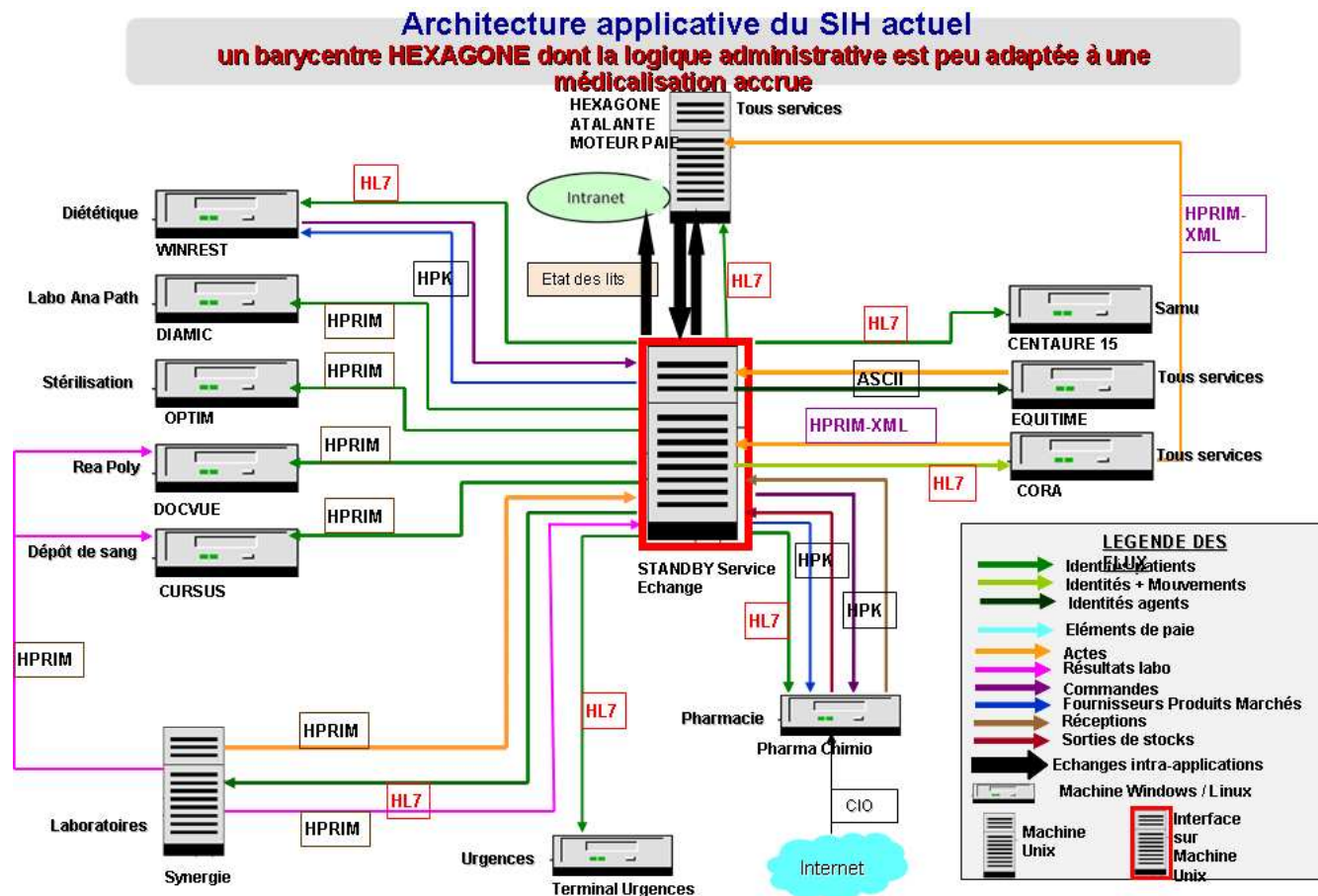
M. Philippe Bourguine, directeur adjoint, responsable du Pôle Finances, Accueil Patient et Système d'information, le 20 août et le 1<sup>er</sup> septembre 2009.

Mme Christelle Bernon, attachée d'administration hospitalière chargée du secteur accueil patient-facturation puis du secteur budget, membre des groupes de travail sur l'analyse des processus, le 1<sup>er</sup> septembre 2009.

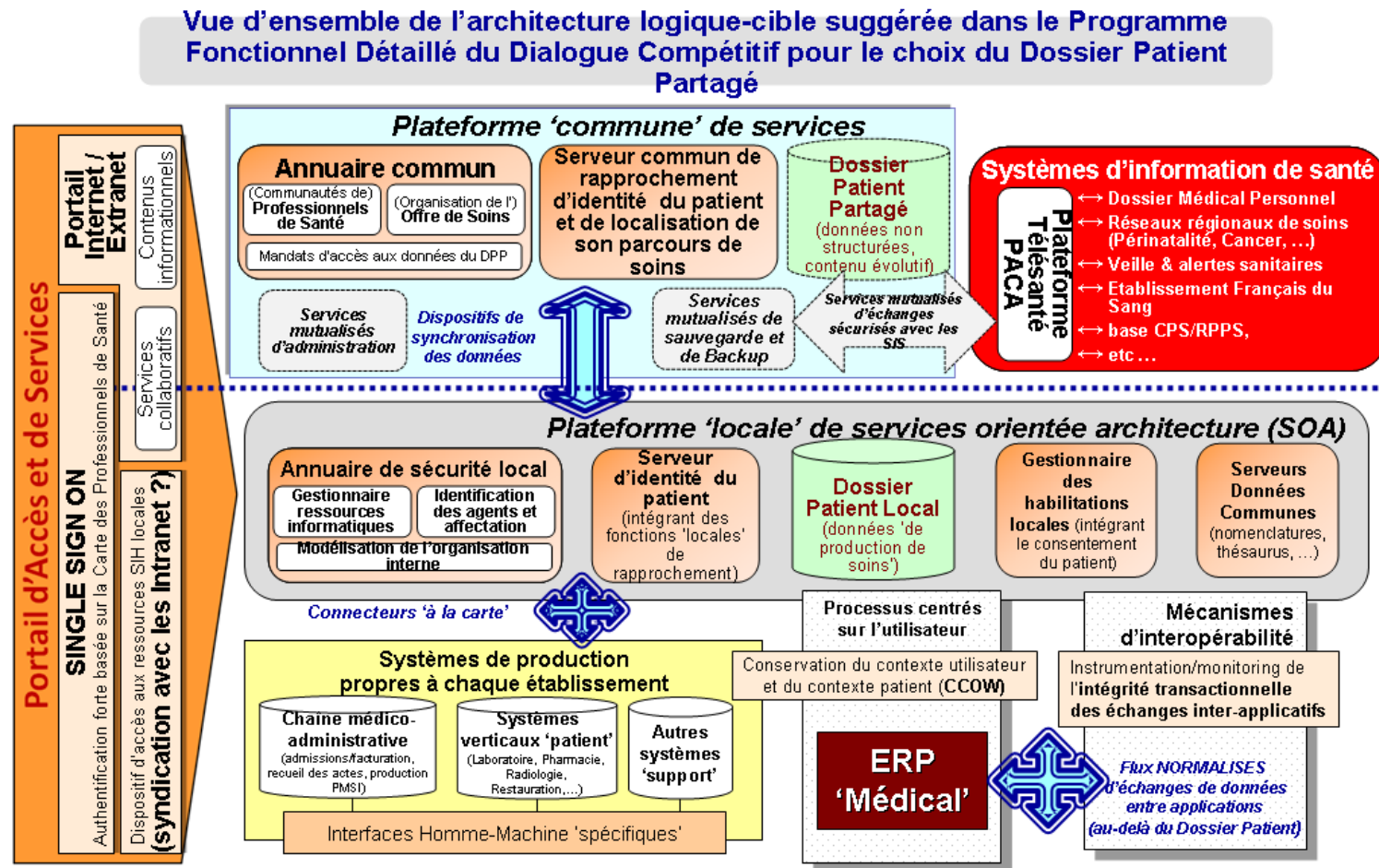
M. Olivier Bossard, Directeur des finances et de l'informatique au CHU de Tours, le 3 septembre 2009.

M. Claude-Henri Tonneau, Directeur des systèmes d'information au CH de la région d'Annecy, le 7 septembre 2009.

## Annexe 2. Schéma des applications et des échanges dans le SIH du CHITS



## Annexe 3. Vue d'ensemble des composants de l'architecture logique-cible du Dossier Patient Partagé



---

## **Annexe 4. Décision du chef d'établissement pour la structuration du projet**

---

### **CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL TOULON LA SEYNE SUR MER**

### **DECISION RELATIVE A LA STRUCTURATION DU SUIVI DU DEPLOIEMENT DU DOSSIER PATIENT INFOR- MATISE**

#### **COMITE STRATEGIQUE OU COMITE DE PILOTAGE<sup>1</sup>**

M Perrot directeur  
Dr Andréotti présidente de la CME  
Dr Bourcet vice-président de la CME  
Dr Michel service d'information médicale  
M Dugand directeur adjoint responsable du pôle direction générale  
M Bourguine directeur adjoint responsable du pôle finances, accueil patients, système d'information  
Mme Bonnard responsable du service informatique  
M Roux informaticien chef du projet DPI  
Mme Cornibert directrice des soins ou sa représentante Mme Génételli

#### **COMITE DE PILOTAGE OPERATIONNEL OU COMITE D'AVANCEMENT<sup>1</sup>**

Dr Michel chef du service d'information médicale  
M Bourguine directeur adjoint responsable du pôle finances, accueil patients, système d'information  
Mme Bonnard responsable du service informatique  
M Roux informaticien chef du projet DPI  
Mme Génételli directrice des soins  
Mme Granito responsable des secrétaires médicales  
Dr Demichelis pharmacien responsable du pôle pharmacie  
Dr Jullian biologiste responsable du pôle biologie  
Dr Carrier médecine nucléaire  
Mme Machin cadre supérieur du pôle imagerie médicale

---

<sup>1</sup> La première appellation est celle de l'établissement, la seconde est celle d'Agfa



## REFERENTS FONCTIONNELS

### Dossier patient unique et bureautique :

Dr Rédier service d'information médicale

Dr Reine clinicien, psychiatre

Mme Mancho cadre supérieur de santé au service d'information médicale

Mme Granito attachée d'administration coordinatrice des secrétaires médicales

Mme Claudin secrétaire médicale en algologie

Mme Julien secrétaire médicale

Mme Comman infirmière détachée au service informatique

### Circuit du médicament :

Dr Demichelis pharmacien responsable du pôle pharmacie

Dr Alleman pharmacien

Dr Doghmane-Berrahal pharmacien

Dr Tartière clinicien, cardiologie

Dr Landes clinicien, gériatrie

Mme Comman infirmière détachée au service informatique

### Dossier soins infirmier :

Mme Génételli directrice des soins

Mme Sender cadre supérieur de santé

Mme Comman infirmière détachée au service informatique

Dr Milhe clinicien, pneumologie

### Imagerie :

Dr Carrier médecine nucléaire

Mme Machin cadre supérieur du pôle imagerie médicale

### Biologie :

Dr Jullian biologiste responsable du pôle biologie

Mme Pédinielli cadre supérieur du pôle biologie

### Bloc opératoire :

Dr Bourtoul chirurgien coordonnateur du bloc

Dr Blanc anesthésiste

Mme Buonomo cadre de santé

Le 30 juin 2009

Michel Perrot

**signé**

Directeur

## Annexe 5. Liste des chantiers prévus lors de la mise au point du marché et leur suivi

N° Chantier	Libellé	FERME/CONDITIONNEL	DATE NOTE LANCEMENT
C 1	Identification & localisation du patient - Référentiels	FERME	25/06/2009
C 2	Dossier Commun - Bureautique médicale - Gestion des rendez-vous - Retour des résultats d'analyses biologiques	FERME	25/06/2009
C 3	Demandes & retour des résultats d'examen - Prescription connectée d'examens biologiques	FERME	
C 4	Gestion prévisionnelle des lits et des disponibilités	FERME	
C 5	Circuit du médicament et des produits traçables (MDS, DMI, DMS)	FERME	25/06/2009
C 6	Gestion des Archives Médicales	CONDITIONNEL	
C 7	Service d'Urgence	CONDITIONNEL	
C 8	Dossier de Périnatalité	FERME	
C 9	Dossier de Gériatrie	FERME	
C 10	Dossier des Soins Infirmiers	FERME	
C 11	Dossier 'générique' de spécialité médicale / chirurgicale : outil de gestion des formulaires	FERME	
C 12	Migration CORA / ATALANTE	CONDITIONNEL	
C 13	Infocentre Médical	FERME	
C 14	Bloc opératoire = planification des interventions	FERME	
C 15	Bloc opératoire = production per-opératoire (documentation)	FERME	
C 16	Intégration au Dossier Patient de documents produits par des systèmes tiers (CR en HL7)	FERME	
C 17	Intégration de la Plateforme Télésanté PACA	CONDITIONNEL	
C 18	Licence EAI et prestations de formation associées pour le CH Brignoles	FERME	25/06/2009
C 19	Réanimation (Soins Intensifs)	CONDITIONNEL	
C 20	Dictée numérique & reconnaissance vocale (équipements et licences pour 100 utilisateurs simultanés max.)	CONDITIONNEL	
C 211	Pilotage médico-économique CH Brignoles	CONDITIONNEL	
C 212	Pilotage médico-économique CHITS	FERME	
C 221	Imagerie = Production interne de la Radiologie (RIS)	FERME	
C 222	Imagerie = PACS	CONDITIONNEL	
C 23	Médecine Nucléaire	CONDITIONNEL	

# Annexe 6. Macro planning AGFA HES France pour le projet DPP 83

