



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'établissement  
sanitaire et social public  
Promotion 2006**

---

**UNE NÉCESSAIRE ADAPTATION DU SYSTÈME D'INFORMATION  
À LA RÉSIDENCE DES ACACIAS  
À SAINT-GEORGES DE REINTEBAULT (35)**

**ILLUSTRATION PAR L'INFORMATISATION  
DU DOSSIER DE L'USAGER**

---

# Remerciements

---

Je tiens tout particulièrement à remercier :

**Servane RIOU**, maître de stage, Directeur de la Résidence Les Acacias à St Georges de Reintembault pour m'avoir accueilli pendant 9 mois dans cet objectif de professionnalisation et qui a su me guider et m'accompagner au quotidien dans mon travail,

**Christophe PASCAL**, Maître de conférences en gestion des systèmes de santé à l'I.F.R.O.S.S et référent mémoire pour sa patience, sa générosité et sa bienveillance,

**Jean-François PHILIPPON**, Enseignant-chercheur en systèmes d'information à l'E.N.S.P pour ses précieux conseils,

**L'ensemble des personnels de l'établissement** toujours disponible et volontaire,

**Sylvie**, mon amie, pour son soutien sans faille, ses encouragements et qui est mon ancrage dans la vague de la vie,

et, enfin, **l'ensemble des personnes** que j'ai rencontrées,

tous ont contribué à la conception de ce mémoire.

---

# Sommaire

---

## REMERCIEMENTS

<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>1</b>
<b>LISTE DES SIGLES UTILISÉS .....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>I- LE DIAGNOSTIC EXTERNE ET INTERNE.....</b>	<b>7</b>
1- Comprendre les S.I pour mieux appréhender leur environnement et les enjeux institutionnels .....	7
2- Analyse qualitative sur seize expériences locales menées dans le secteur E.H.P.A.D.....	12
3- Au bénéfice du système d'information de la résidence des Acacias en pleine adaptation .....	22
<b>II- LE DOSSIER INFORMATISÉ DE L'USAGER, CONTEXTE ET ENJEUX EN E.H.P.A.D .....</b>	<b>27</b>
1- Un contexte juridique en pleine évolution.....	27
2- Les multiples enjeux du dossier de l'utilisateur .....	40
<b>III- L'INFORMATISATION DU DOSSIER DE L'USAGER A LA RÉSIDENCE DES ACACIAS, DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE.....</b>	<b>48</b>
1- Le management du projet, un choix stratégique du directeur .....	48
2- Bilan et perspectives du dossier informatisé de l'utilisateur .....	63
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>71</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>75</b>
<b>INDEX DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX .....</b>	<b>83</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>84</b>
<b>SOMMAIRE DES ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

A.S	Aide Soignante
A.P.A	Aide Personnalisée à l'Autonomie
C.A	Conseil d'Administration
C.M.P	Code des Marchés Publics
C.M.U	Couverture Maladie Universelle
C.N.E.H	Centre National d'Evaluation Hospitalière
C.N.E.S.M.S	Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale
C.N.I.L	Commission Informatique et Libertés
C.O.P.I.L	Comité de Pilotage
C.N.I.M	Collège National de l'Information Médicale
C.P.D	Correspondant à la Protection des Données
C.P.S	Carte Professionnelle de Santé
C.R.I.H	Centre Régional d'Informatique Hospitalière
D.C.C	Dossier Communicant en Cancérologie
D.D.A.S.S	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
D.E.S.S	Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social
D.H.O.S	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
D.M.P	Dossier Médical Personnel
D.M.S	Durée Moyenne de Séjour
E.H.P.A.D	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
E.T.P	Equivalent Temps Plein
H.A.S	Haute Autorité en Santé
I.D.E	Infirmier Diplômé d'Etat
N.T.I.C	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
P.S.D	Prestation Spécifique Dépendance
P.S.P.H	Participant au Service Public Hospitalier
S.I	Système d'Information
S.I.R	Syndicat Interhospitalier Régional

## INTRODUCTION

*« L'avenir n'appartient à personne. Il n'y a pas de précurseurs, il n'existe que des retardataires. »*

*Jean COCTEAU*

*(1889 – 1963)*

L'attente des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D)<sup>1</sup> concernant la mise en œuvre d'un système d'information (S.I)<sup>2</sup> est très importante.

L'E.H.P.A.D est une structure complexe. D'une part, son organisation repose sur le rapport, parfois difficile, entre de nombreuses professions aux objectifs et pratiques différentes. D'autre part, l'E.H.P.A.D est ouvert sur son environnement (organismes tutélaires, organismes de contrôle, réseaux de soins, autres établissements.....) avec lequel il entretient de nombreuses relations et interactions.

La mission primordiale pour ces établissements est d'assurer une prise en charge de qualité des personnes accueillies. Dans ce cadre, les soins représentent selon les situations une part importante de cette mission. Pour en assurer la cohérence dans la continuité, le système d'information centré sur le dossier de l'utilisateur<sup>3</sup> constitue un outil indispensable. Il permet de conserver la mémoire de tous les éléments relatifs à la personne accueillie et d'en assurer également leur traçabilité. Il est le témoin d'une démarche collective structurée et coordonnée dont l'utilisateur bénéficie.

Si ce dossier existe depuis de nombreuses années dans la pratique, se pose très souvent la question de la qualité de son support au regard des nombreuses réformes<sup>4</sup> de ces dernières années.

---

<sup>1</sup> Le terme E.H.P.A.D est employé ici dans le sens d'un mode de fonctionnement et d'organisation vers lequel l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées sont appelés. Tout au long de ce mémoire, ce terme sera indifféremment employé pour représenter l'ensemble des établissements concernés du secteur sanitaire et médico-social.

<sup>2</sup> L'expression « système d'information » couvre l'ensemble des informations (médico-sociales, administratives, financières, logistiques et médico-techniques) disponibles pour les utilisateurs, leurs règles de circulation et de traitement au quotidien, ainsi que son mode de gestion, d'évaluation et de processus de décision stratégique.

<sup>3</sup> Suivant les endroits et les circonstances, le Pensionnaire est devenu un Résident, puis un Usager pour enfin devenir un Client.

<sup>4</sup> Réforme de la tarification, convention tripartite, code de l'action sociale, droits des malades et qualité du système de santé, assurance maladie.....

L'émergence d'une exigence d'amélioration continue de la qualité et de la performance des prestations fournies au travers de la convention tripartite et de l'auto-évaluation, mais également de la future évaluation externe conduit à nous questionner sur les pratiques professionnelles et leur évaluation.

Face à ces exigences, il convient d'adapter le dossier de l'utilisateur aux nouveaux objectifs, mesurés à l'aune de la démarche qualité dont la perception est parfois brouillée. Cette thématique d'actualité située à la croisée des préoccupations stratégiques et médicales amène chaque directeur d'établissement sanitaire et social à s'interroger sur les écueils à éviter lors de la mise en place de tels systèmes d'information.

Ce questionnement s'est fait jour à la résidence des Acacias à St Georges de Reintembault<sup>5</sup>, lieu de mes stages de professionnalisation, lors de la démarche d'auto-évaluation dans le cadre de la signature de la convention tripartite en date du 1<sup>er</sup> juillet 2005. Soucieuse de garantir des prestations de qualité, la direction s'est penchée sur la gestion du dossier de l'utilisateur suite à l'observation de certains dysfonctionnements.

Dans une optique d'amélioration de la tenue de ce dossier de l'utilisateur et de modernisation des pratiques actuelles de travail, une étude de faisabilité sur l'informatisation du dossier de l'utilisateur a été amorcée par la directrice de l'établissement fin 2004.

Mon investissement en tant qu'élève D.E.S.S et en tant qu'étudiant « en Master Professionnel Droit et Management des structures sanitaires et sociales » s'inscrit donc dans le processus de ce projet. Il se doit, par un travail de mission, d'accompagner l'adaptabilité du système d'information de la résidence.

**Se pose alors la question de l'informatisation des unités de soins, avec pour enjeu principal le passage du dossier papier au dossier informatisé de l'utilisateur comme véritable pilier du système d'information ?**

Pilier dont il faudra assurer la qualité et l'intégrité des informations, la confidentialité et le respect des droits d'accès et enfin ; l'usage conforme aux objectifs préalablement définis (selon les textes et la direction de la résidence).

Les hypothèses de travail qui sous-tendent la réflexion peuvent être ainsi formulées :

### ↳ **Première hypothèse**

Au regard des contraintes psychologiques d'appréhension que peut représenter l'informatisation du dossier de l'utilisateur, le fait d'avoir une connaissance exhaustive de l'architecture des systèmes d'information et de s'approprier les retours d'expériences locales présente-t-il un atout supplémentaire à la réussite d'une stratégie d'adaptation du système d'information centrée sur l'utilisateur ?

### ↳ **Deuxième hypothèse**

L'informatique est-elle le meilleur moyen pour garantir une prise en charge efficiente des utilisateurs ?

### ↳ **Troisième hypothèse**

En facilitant la communication, la traçabilité et la « rationalisation » du travail des professionnels, l'informatique apporte-elle une plus-value à l'objectif d'optimisation et de sécurisation du dossier de l'utilisateur au profit de la personne accueillie ?

Ce travail tend à montrer, à partir de l'expérience menée au sein de la résidence des Acacias à St Georges de Reintembault, comment l'informatisation du dossier de l'utilisateur permet d'adapter le système d'information d'un E.H.P.A.D.

Le Petit Larousse<sup>6</sup> illustré définit le terme adaptation comme suit : « *Mettre en accord, adapter les moyens au but, se conformer à, s'adapter aux circonstances* ».

La méthodologie arrêtée (cinq étapes), s'inspire du guide édité par le Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (G.M.S.I.H)<sup>7</sup>, à savoir : diagnostic externe et interne avec analyse des forces et faiblesses des différents axes de progrès, analyse du contexte juridique et des enjeux institutionnels, sélection de la solution adéquate pour la résidence des Acacias, conduite et mise en œuvre du projet et enfin, évaluation et perspectives d'avenir.

---

<sup>5</sup> Cf. Annexe n° 1 : La résidence des Acacias est un E.H.P.A.D public et autonome de 110 lits, page II.

<sup>6</sup> Dictionnaire, *Le Petit Larousse illustré*. Paris : Editions Larousse-Bordas, 1996. 1784 pages.

<sup>7</sup> G.M.S.I.H. Guide à l'usage des établissements de santé. *Guide méthodologique pour la définition et la gestion des projets des systèmes d'information de production de soins*. 2003. 21 pages.

La première partie du mémoire s'attache, par un diagnostic externe et interne, à mieux cibler les systèmes d'information pour comprendre leur environnement et dégager des recommandations à partir des échecs et des réussites d'expériences locales au bénéfice d'un contexte résidentiel en pleine adaptation. Face à un constat local de perfectibilité, des hypothèses d'améliorations seront proposées.

Au regard d'un contexte juridique en pleine évolution, nous étudierons dans la deuxième partie les intérêts et enjeux institutionnels véhiculés par le dossier informatisé de l'utilisateur tant pour la personne accueillie que pour l'institution, afin de montrer la nécessité de ce nouvel outil technique. Cette partie a pour objet d'appréhender la législation en vigueur en matière de gestion d'un dossier informatisé de l'utilisateur.

Enfin, dans la troisième partie, la mise en oeuvre pratique du projet d'informatisation du dossier de l'utilisateur à la résidence des Acacias à St Georges de Reintembault sera déclinée dans sa phase opérationnelle. Nouvelle organisation de travail, modification des cultures et des attitudes, démarche de management de la performance et de la qualité pour un changement dans la durée et évaluation, autant de processus mis en oeuvre pour justifier de la pertinence de la démarche.



## I – LE DIAGNOSTIC EXTERNE ET INTERNE

Les systèmes d'information sont pour nombre d'entre eux à construire ou à adapter, mais les directeurs d'établissements ne perçoivent pas toujours l'importance fonctionnelle et stratégique de tels chantiers.

De même, il existe toute une théorie sur les S.I en général et dans le secteur des E.H.P.A.D en particulier, mais on a souvent le sentiment empirique que la réalité de la conception, de la mise en œuvre et de la réalisation de ces S.I est tout autre (1). Pour éclaircir la situation, nous avons procédé à une analyse qualitative de seize expériences locales au sein de ce secteur (2), à des fins de recommandations pour la mise en œuvre du projet, suite au diagnostic interne.

### 1- COMPRENDRE LES S.I POUR MIEUX APPRÉHENDER LEUR ENVIRONNEMENT ET LES ENJEUX INSTITUTIONNELS

« Chaque établissement agit en fonction de ses moyens et de son histoire informatique, parfois pesante pour s'adapter facilement<sup>8</sup> ». L'apparition de l'informatique est toute récente à l'échelle des institutions sanitaires et sociales et a fait l'objet, le plus souvent, d'un encadrement strict. Née le plus fréquemment d'initiatives individuelles, elle a fini par être structurée par l'impact de certaines réformes.

Pour aborder la thématique des S.I, il est essentiel pour un directeur d'établissement de bien définir le système d'information (1.1) pour aller progressivement vers la claire compréhension de ce qu'il est et de la place qu'il occupe (1.2).

#### 1.1- Définition d'un système d'information sanitaire et social

---

##### 1.1.1- La notion de système d'information

Le système d'information, véritable miroir de l'organisation d'un établissement<sup>9</sup>, est un système constitué par les différents éléments de collecte et de traitement de l'information.

---

<sup>8</sup> DEBENEDETTI L. et LIVARTOWSKI A. «Le système d'information hospitalier est-il un système comme les autres. Perspectives ». *La lettre d'information des adhérents du G.M.S.I.H*, Juin 2003, n° 10, page 2.

<sup>9</sup> BALANTZIAN G. *Les systèmes d'information : art et pratiques*. Paris : Editions d'Organisation, 2002. 478 pages.

Il vise à apporter une plus-value à un établissement.

La définition retenue s'inspire de celle donnée par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (D.H.O.S) pour celle du système d'information hospitalier, à savoir : « *le système d'information de l'hôpital peut être défini comme l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique*<sup>10</sup> ».

Le système d'information devient alors un outil incontournable pour la gestion administrative et médicale dans les établissements sanitaires et sociaux. Sa raison d'être est l'accès, au bon moment, à la bonne information pour prendre la bonne décision.

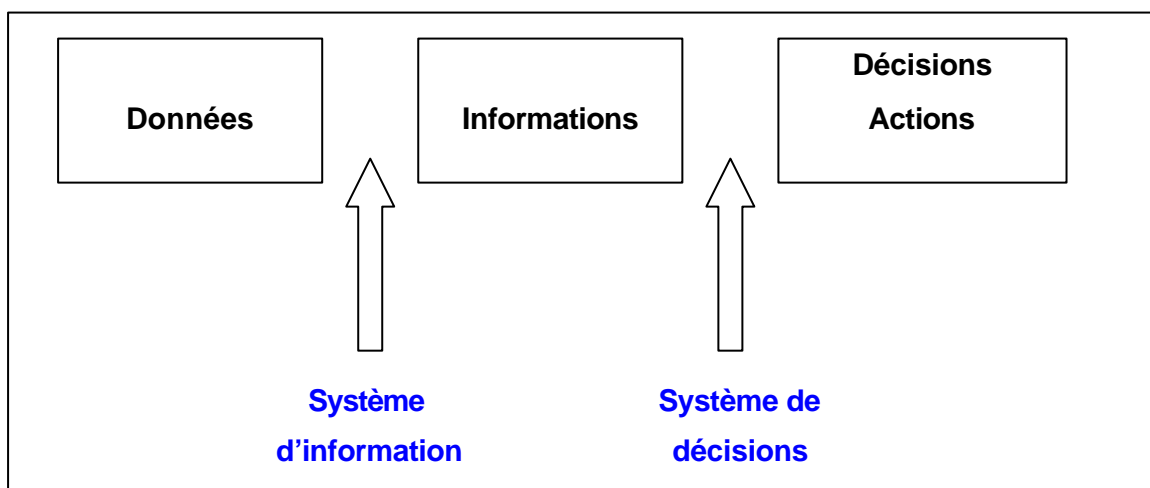


Figure 1 : Système d'information et système de décisions<sup>11</sup>

Son architecture met en évidence trois sous-systèmes :

- un système organisationnel pour mettre en interaction le management (hommes, métiers) et l'organisation (processus, procédures),
- un système applicatif (bureautique, N.T.I.C, communication...) pour apporter des réponses,
- enfin, un système informatique (réseaux, serveurs, stations informatiques...) pour caractériser les infrastructures techniques.

Entre la demande du système organisationnel et l'offre du système informatique, l'établissement n'exprime sa réponse qu'au travers de son propre système applicatif.

<sup>10</sup> Circulaire n° 275 du 06 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics.

<sup>11</sup> Module Gestion des systèmes d'information, Master Droit et Management des structures sanitaires et sociales. IFROSS Lyon. Juin 2006.

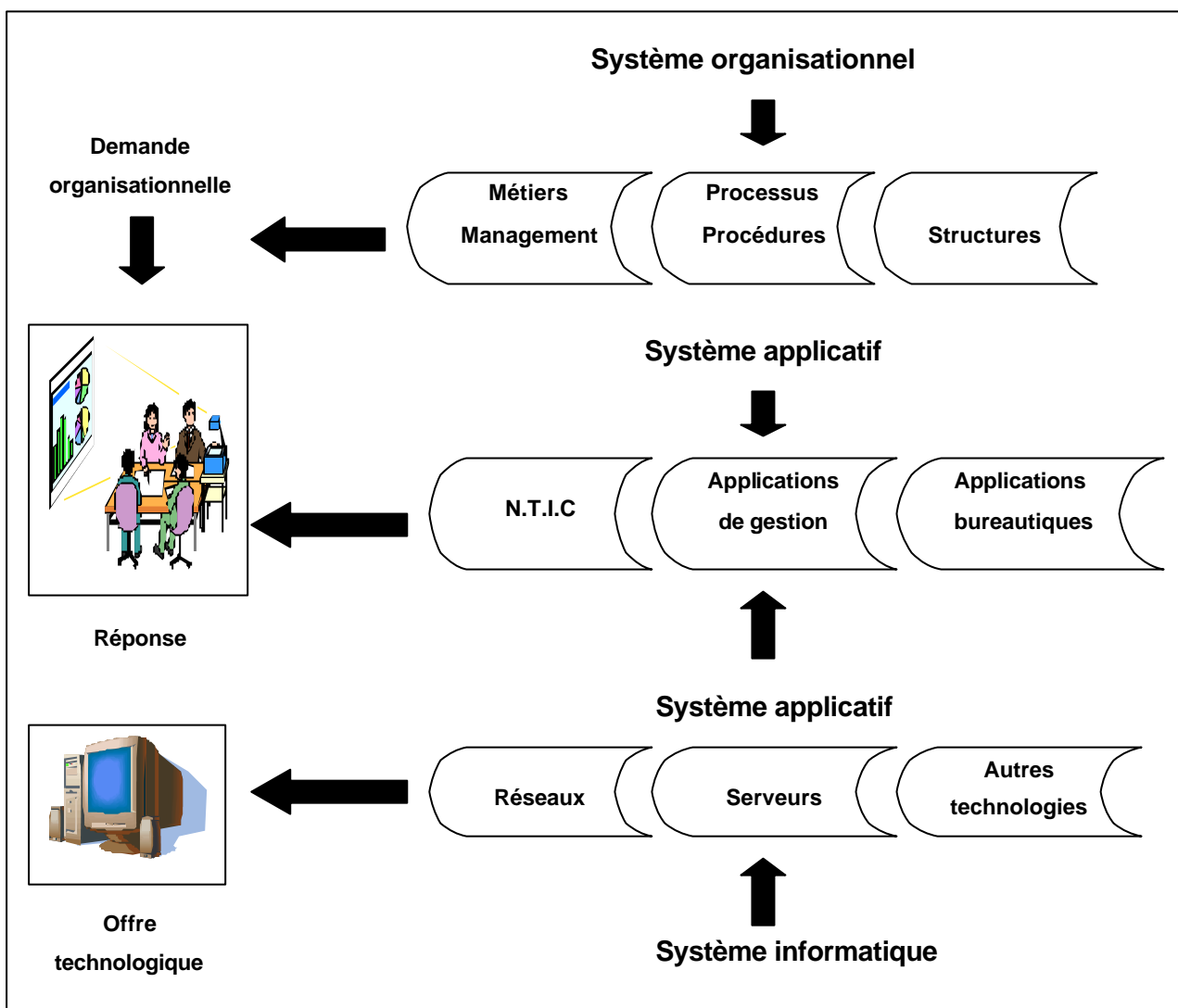


Figure 2 : Architecture du système d'information

En revanche, ce qui caractérise l'organisation informatique du système d'information du secteur sanitaire et social, ce sont les finalités multiples qui lui sont assignées : « *il s'agit, tout d'abord de relier les différents acteurs du système afin de pallier les limites de l'exercice isolé, d'assurer une prise en charge globale des usagers et de garantir la continuité des soins. Il s'agit également de maîtriser les coûts des systèmes de prise en charge et d'en piloter le fonctionnement global et les adaptations en fonction de l'évolution des connaissances et des pratiques* <sup>12</sup> ».

Ainsi, le système d'information est constitué de données et de règles de traitement utiles au fonctionnement de l'organisation de l'établissement.

<sup>12</sup> ATTALI C. DEGOULET P. et FIESCHI M. « Les enjeux de l'interopérabilité sémantique des les systèmes d'information de santé ». *Informatique et santé*, 1997, volume 9, Paris : Springer-Verlag France, pp. 203-212.

Encore faut-il savoir gérer stratégiquement le S.I en se dotant d'outils et de compétences adaptés.

### **1.1.2- L'interdépendance entre système d'information et organisation sanitaire et sociale**

Les rapports entre société et nouvelles technologies de l'information (N.T.I.C) sont de plus en plus interdépendants car ces dernières jouent un rôle de plus en plus prépondérant dans la gestion et la structuration des relations sociales au quotidien. La technique envahit le champ du secteur sanitaire et social et l'utilisateur est de plus en plus dépendant de cette dernière<sup>13</sup>.

Quatre étapes, bien ancrées dans le temps, marquent le développement des systèmes d'information dans le secteur sanitaire et social : l'informatisation des données administratives (usagers), des données de gestion économique et financière, des unités de soins et enfin, l'intercommunication de ces données (réseaux, plates-formes régionales...).

Force est de reconnaître que la résidence des Acacias à St Georges de Reintembault, comme nombre d'établissements, n'a franchi que la seconde étape. Parmi les causes les plus classiques, il est d'usage d'invoquer le relativement faible niveau d'investissement des structures dans les technologies de l'information et de la communication (la moyenne se situant à 1,5% dans les établissements P.S.P.H<sup>14</sup>). Pour autant, un rapport<sup>15</sup> remis au Ministre de la Santé en 2003 propose ainsi de porter le budget « système d'information » à 3% du budget d'exploitation des établissements.

Pour autant, même si les niveaux d'investissement rendent compte de la disparité observée entre établissements, ce ne sont pas les seuls éléments d'explication et probablement pas les plus significatifs. En effet, les enjeux liés aux S.I ne sont pas toujours bien perçus par les professionnels, notamment en matière de cohérence d'ensemble des systèmes.

---

<sup>13</sup> 17<sup>ème</sup> congrès international des sociologues de langue française. Intervention de GRANJON F. « Propositions pour une analyse critique des usages sociaux des technologies de l'information et de la communication ». Tours, 5-9 juillet 2004.

<sup>14</sup> MAINAR A. « Pour un système d'information performant ! ». *Perspectives sanitaires et sociales*, Mars/Avril 2006, n° 185, pp. 29-30.

<sup>15</sup> FIESCHI M. et MERLIÈRE Y. *Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins*. Note d'orientation remise en Janvier 2003 au Ministre de la Santé.

Toute approche du S.I doit par conséquent être liée à la réflexion sur l'adaptation des organisations, notamment par la mise en place de nouveaux processus administratifs et soignants.

## **1.2- La longue marche des systèmes d'information, au service des politiques institutionnelles**

---

### **1.2.1- Un développement très encadré**

Le développement de l'informatique donc des systèmes d'information est demeuré très encadré jusqu'à la fin des années 80. D'une informatique régionalisée et centralisée (C.R.I.H), on passe aux premiers systèmes d'information autonomes au début des années 90. Conséquence inéluctable d'une évolution technologique, avec l'apparition des techniques de base de données et des réseaux et d'une baisse des coûts des ordinateurs qui vont mettre à la portée une informatique autonome pour davantage d'établissements.

Depuis cette période, le marché de l'informatique va connaître une entière révolution. De nouvelles technologies voient le jour, les solutions propriétaires perdent de leur importance, la concurrence peut donc se développer.

Le marché de l'informatique hospitalière passe d'un marché semi protégé avec interventionnisme de l'Etat à un marché libre où l'offre est le fait de structures hospitalières (C.R.I.H, S.I.R) et de sociétés spécialisées de services. Les établissements réalisent leur schéma directeur de l'information en lien avec leur projet d'établissement. L'Etat contrôle le schéma directeur des établissements.

Conséquence négative de cette évolution, une dispersion des crédits consacrés à l'informatique et une prolifération de solutions incompatibles avec la taille et la nature du marché. D'où une volonté des pouvoirs publics<sup>16</sup>, tout en respectant les principes d'autonomie des établissements, de mettre en place une régulation basée sur la normalisation des systèmes et le renforcement des compétences des décideurs.

A ce titre, l'Etat se voit attribuer trois rôles essentiels : effectuer une analyse stratégique, développer la prospective et évaluer la mise en œuvre de l'informatique hospitalière. Il est à noter que pour la première fois, la sécurité de l'information apparaît comme un objectif dans les textes officiels.

## **1.2.2- Au service du management et de l'organisation des établissements**

Le système d'information fait partie intégrante de la politique managériale de l'établissement du seul fait qu'il régle l'accès à une ressource clé du fonctionnement de ce dernier, à savoir l'information.

Il est attaché à l'organisation institutionnelle car il agit sur des éléments clés : structure, procédures, politique et culture. Pour exemple, la culture des établissements du secteur sanitaire et social tournée vers la satisfaction de l'utilisateur et la qualité de prise en charge produit des effets sur la structuration du S.I.

Qu'il s'agisse d'organiser des activités de production ou de service, d'en assurer le contrôle comptable et administratif ou de faciliter la prise de décision, les dispositifs de gestion et de management dépendent des informations collectées. Leur gestion informatisée concourt à fournir des indicateurs de fonctionnement, d'évaluation et offre la possibilité d'une véritable gestion stratégique.

En gérant la complexité et la diversité, le S.I donne toute sa cohérence à la structure. Il favorise l'émergence de pratiques professionnelles plus transversales et coopératives et représente un point d'ancrage incontournable pour l'informatisation des dossiers usagers.

Le système d'information naît avec l'organisation et s'aligne stratégiquement sur ses objectifs, au nombre desquels l'amélioration de la qualité des soins, la traçabilité et le partage des informations. Objectifs confortés par la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé<sup>17</sup> qui garantit au patient la propriété de son dossier médical auquel il peut accéder directement.

## **2- ANALYSE QUALITATIVE SUR SEIZE EXPÉRIENCES LOCALES MENÉES DANS LE SECTEUR E.H.P.A.D**

Nouveaux modes de tarification, coopération en réseaux, traçabilité, D.M.P, autant de thèmes d'actualité dans le secteur sanitaire et social.

---

<sup>16</sup> Circulaire du 25 décembre 1995 relative à la normalisation des systèmes d'information hospitaliers.

<sup>17</sup> Loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, J.O du 05 mars 2002, 4118-4159 et Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels de santé et les établissements de santé en application des articles L.1111-7 et L.1112-1 du Code de la Santé Publique, J.O du 30 avril 2002, 7790-7792.

Ils induisent aujourd'hui de forts besoins d'adaptation, à la fois des organisations et des systèmes d'information de nos établissements.

A ce titre, de nombreuses expériences ont été menées depuis plusieurs années dans les établissements sanitaires et sociaux. Elles recouvrent tout ou partie de la production de soins (dossier médical, dossier de soins infirmiers, de spécialités...) et reposent sur des outils de natures différentes (progiciels intégrés, interfaces, développements spécifiques...).

Elles font l'objet de succès et d'échecs d'origines différentes : problèmes organisationnels (définition des rôles de chacun...), problèmes d'interopérabilité (intégration des différents outils, ergonomie des matériels....) et problèmes de mise en œuvre (résistance au changement, formation...). Pourquoi une telle situation ?

Face à ces questions et au devant de la mise en œuvre de l'informatisation du dossier de l'utilisateur à la résidence des Acacias à St Georges de Reintembault, il est apparu essentiel de poser un diagnostic externe des expériences locales menées dans le secteur sanitaire et social (2.1) à des fins d'analyse des réussites et des échecs (2.2).

## **2.1- Démarche générale**

---

Cette étude a été conduite dans l'optique de constituer un « état des lieux ». Elle correspond à une analyse de l'existant et permet d'identifier des conseils de base et des recommandations concernant la définition et la gestion d'un projet de système d'information.

Pour ce faire, les expériences d'un échantillon de 16 établissements du secteur sanitaire et social<sup>18</sup> ont été analysées au travers des mécanismes de décision et des choix structurels à l'origine des décisions et des principales fonctions du S.I déployées au sein des établissements.

Il convient de noter, que le panel constitué par ces 16 établissements dont les expériences ont été analysées dans le cadre de cette étude, ne peut être considéré comme un échantillon représentatif statistiquement parlant de la réalité.

---

<sup>18</sup> Il convient d'ajouter à cet échantillon les attentes d'un représentant d'Association de Directeurs d'établissements sanitaires et sociaux privés et publics (A.D.E.P.A.M), ainsi que d'un animateur F.H.F du secteur médico-social (Ille et Vilaine).

Seules des grandes tendances peuvent être déduites de ces entretiens et sont traduites dans l'analyse des résultats et recommandations.

De même, cette étude n'est pas une étude quantitative mais qualitative. Enfin, nous rappellerons que cette étude ne constitue en aucun cas une analyse comparative ou une évaluation des logiciels déployés.

## 2.2- A des fins d'analyse des réussites et des échecs<sup>19</sup>

### 2.2.1- Les mécanismes de décision et les choix structurels

#### a) Liens entre S.I et projet d'établissement

##### - Synthèse des constats

Seulement 43% des établissements ont défini les objectifs de leur système d'information (notamment les logiciels de soins) au regard des objectifs stratégiques de l'établissement (projet d'établissement, projet de soins).

Comme le montre la figure suivante, le projet de système d'information s'intègre au projet d'établissement seulement dans 7 établissements (2 E.H.P.A.D et 5 hôpitaux locaux).

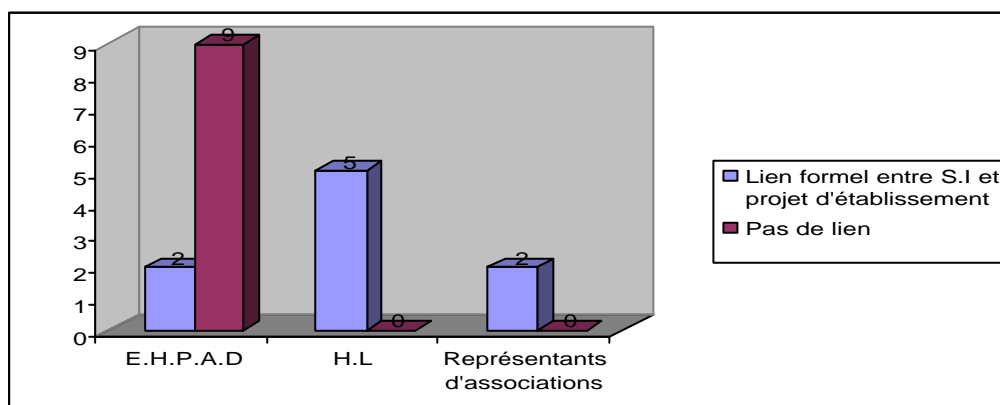


Figure 3 : Liens entre S.I et projet d'établissement

##### - Axes de recommandations

Pour une meilleure efficacité, il est vivement recommandé de mettre en relation stratégie d'établissement (objectifs stratégiques internes formulés dans le projet d'établissement) et système d'information.

<sup>19</sup> Cf. Annexe n° 2 : Grille d'entretien de l'analyse qualitative menée dans le secteur E.H.P.A.D et références du panel, page VI.



Cela implique donc, une conception du S.I centrée sur l'utilisateur, les applications administratives et autres venant en support du système d'informatisation médical.

Enfin, le S.I doit s'inscrire dans une stratégie de territoire et de réseaux afin de favoriser la continuité des soins et d'optimiser la prise en charge des usagers.

## b) Vision du S.I et de son rôle

### - Synthèse des constats

Globalement, l'étude montre que l'ensemble des établissements démarrent leur projet par un cahier des charges et s'en remettent ensuite à l'éditeur choisi, le plus souvent par élimination ou appel d'offres.

Trois grands constats en termes d'objectifs et vision se dégagent :

- une vision d'ensemble du S.I en termes d'architecture technique et fonctionnelle pas toujours perçue et mesurée (seulement 6 établissements).
- il n'existe pas de bilan avant et après informatisation, pas d'indicateur et pas d'objectif en matière de réorganisation,
- les interlocuteurs restent très dubitatifs en matière de gains de productivité générés par l'informatisation.

Néanmoins, ce point est contrebalancé par une amélioration incontestable de la communication. Meilleure partage de l'information, tant interne qu'externe et meilleure traçabilité. Dans ce cadre, un projet est envisagé pour faire coopérer plusieurs établissements (6).

### - Axes de recommandations

Dès que les liens entre projet d'établissement et S.I ont été établis, il convient d'en définir les axes prioritaires et d'en déduire les projets correspondants. Pour autant, il convient de ne pas perdre de vue la dimension globale du S.I (interopérabilité des progiciels).

Enfin, pour chaque projet, il convient de mener une étude d'opportunité. Cela passe par une analyse de l'existant, de l'offre du marché et un scénario de déploiement.

### c) Rôle moteur des acteurs au sein des établissements

Il s'agit d'identifier le rôle des différents acteurs tout au long de la vie d'un projet (lancement, conception et déploiement).

#### - Synthèse des constats

Dans tous les cas, les différents projets de S.I sont initiés par le directeur de l'établissement. La délégation de responsabilités qui pourrait démultiplier les forces motrices fonctionne très peu, seulement 3 établissements.

Les implications, rôles et attitudes se diversifient ensuite au cours de la mise en œuvre du projet et ce, selon les progiciels déployés (la notion de métier apparaît ici clairement). Quelques-uns sont moteurs et volontaires dès les phases amont d'un projet, les plus nombreux restent observateurs et attendent l'outil pour s'y intéresser.

#### - Axes de recommandations

Les chances de réussite d'un projet de S.I, qui plus est dans le cadre d'une informatisation du dossier médical et du dossier soins infirmiers sont réduites s'il n'est pas élaboré avec l'ensemble des acteurs et utilisateurs. Cela suppose une organisation qui garantisse une véritable implication de tous ces acteurs.

Pour cela, il est donc nécessaire de déterminer la valeur ajoutée apportée par la nouvelle organisation aux différents professionnels de terrain.

### d) Choix des éditeurs de logiciels

#### - Synthèse des constats

Dans la majorité des cas, par l'absence d'une maîtrise d'œuvre interne suffisamment disponible et compétente, l'éditeur retenu gère de facto le projet au travers du progiciel retenu. Seules 5 structures disposent d'une maîtrise d'œuvre suffisamment disponible et compétente pour être capable d'assumer pleinement leur rôle.

Conséquences pratiques pour les établissements :

- une impression que l'offre est très limitée en solutions complètes et éprouvées,
- un risque quant à la pérennité des éditeurs (1 établissement dans cette situation concernant l'informatisation médicale),

- des travaux de paramétrage et d'interopérabilité pas clairement définis compte tenu d'un cahier des charges imprécis, d'où des critiques utilisateurs une fois l'outil implanté.

Il apparaît d'ailleurs sur la figure 4 que seuls sept établissements jugent satisfaisantes leurs relations avec les éditeurs alors que neuf leur reprochent leur manque de réactivité où émettent des doutes sur la pérennité de certains progiciels.

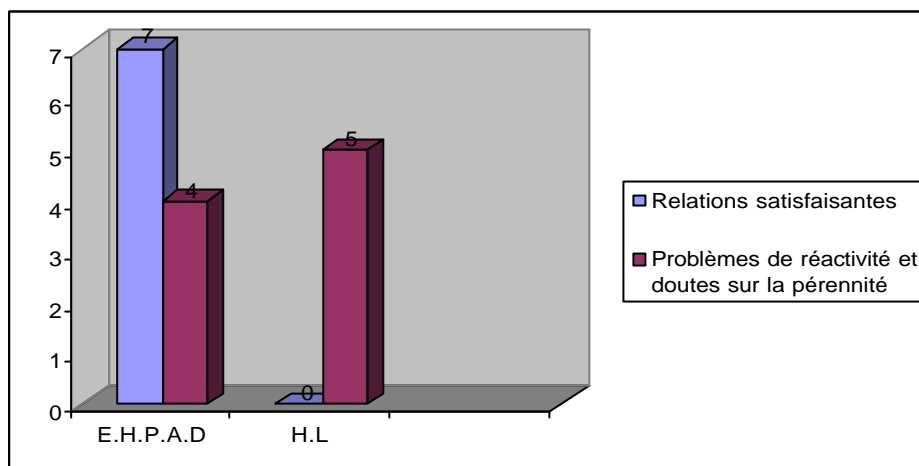


Figure 4 : Relations établissements – éditeurs de progiciels

#### - Axes de recommandations

D'une manière générale, il convient de :

- bien distinguer et définir les rôles de chacun (maîtrise d'ouvrage, maîtrise d'œuvre, utilisateurs),
- rédiger un cahier des charges précis,
- conduire un appel d'offres selon une procédure choisie parmi celles proposées dans le Code des Marchés Publics,
- de bien définir les modes de travail et les besoins afin de faciliter la mise en œuvre de l'outil (implication de la maîtrise d'ouvrage en lien avec les utilisateurs),
- de limiter les risques des projets en s'appuyant sur les expériences menées,
- enfin, de mutualiser les moyens humains et financiers autour de projet.

#### d) L'organisation des projets

#### - Synthèse des constats

L'organisation de la maîtrise d'ouvrage, notamment en matière d'expertise et de gestion de projet, est nettement insuffisante. Ces faiblesses retentissent sur la prise de décision et la qualité de la conduite des études.

Il en résulte un manque de coordination, de pilotage et un phasage souvent mal maîtrisé des projets.

#### - Axes de recommandations

D'une façon générale, il est recommandé de suivre une méthodologie qui s'appuie sur les étapes suivantes :

- définir les objectifs et le périmètre du projet en lien avec les axes stratégiques du projet d'établissement et en cohérence avec le système d'information,
- constituer les instances de conduite du projet avec la mobilisation de l'ensemble des personnes concernées : comité de pilotage, groupe projet,
- réaliser une étude des besoins en analysant l'offre du marché en fonction de l'état de l'art,
- choisir le mode de consultation, rédiger le cahier des charges et procéder au choix de la solution,
- organiser le déploiement suivant un planning défini,
- organiser et réaliser la formation des utilisateurs,
- mettre l'outil en service en n'oubliant pas de mettre en place une assistance aux utilisateurs et un dispositif de gestion des évolutions,
- réaliser une évaluation de l'outil déployé.

#### e) Le suivi financier

##### - Synthèse des constats

L'ensemble des établissements de l'étude ne disposent pas de suivi financier des différents projets informatiques et par conséquent n'ont pas d'évaluation financière globale du système d'information de l'établissement. Pour autant, tous les établissements constatent une part croissante des dépenses informatiques dans le budget de leurs établissements, sans pour autant donner de pourcentage.

Logique budgétaire, gestion de projet souvent mal coordonnée, absence d'objectifs précis notamment en matière de retour sur investissement expliquent probablement les carences constatées. L'absence de ces informations ne permet donc pas de dégager d'éléments comparatifs entre établissements et systèmes déployés.

- Axes de recommandations

Il convient de mettre en place un suivi des différents projets, ainsi que des dépenses informatiques. Pour ce faire, l'élaboration de tableaux de bord apparaît nécessaire.

e) Le matériel

- Synthèse des constats

**Les postes de travail** sont pour l'ensemble des établissements des stations de travail fixes type PC Windows. Il convient d'y ajouter des P.C portables, globalement en nombre restreint dans les établissements (liés à des profils ou fonctions bien déterminés : direction, médecin coordonnateur, cadre de santé, qualité), ainsi que des ardoises électroniques (1 hôpital local pour progiciel soins).

Concernant les P.C portables, il convient de noter qu'un établissement (hôpital local) a fait le choix de cet équipement pour l'ensemble de ces services de soins pour le déploiement du logiciel de soins (câblage réseau dans l'ensemble des chambres et couloirs).

Concernant **l'infrastructure réseau**, l'ensemble des établissements dispose de serveurs dédiés, excepté un E.H.P.A.D (projet en cours de finalisation) et d'un réseau filaire type RJ 45 plus au mois étendu à l'ensemble des services de l'établissement. Seul un établissement dispose également d'un déploiement Wi-Fi pour son progiciel de soins.

Il convient de noter deux expériences intéressantes (E.H.P.A.D et hôpital local) au travers d'une interconnexion type Equant de France Telecom via une ligne SDSL entre 2 établissements en convention de direction. Ainsi, toutes les ressources serveurs sont mutualisées et partagées.

- Axes de recommandations

Pour le choix des matériels, l'étude détaillée des processus organisationnels est un préalable indispensable avant toute mise en œuvre. A ce titre, l'implication des utilisateurs doit se faire au plus tôt dans la définition du projet car ils sont les plus aptes à décrire leur organisation.

## **2.2.2- Les principales fonctions du S.I déployées au sein des établissements**

### - Synthèse des constats

De manière générale, les démarches d'informatisation retenues par les établissements peuvent se découper en quatre grandes fonctions ou domaines fonctionnels :

- informatique de gestion : données administratives (usagers), économiques et financières, ressources humaines (carrière, paie et plannings de travail),
- informatique médicale (unités de soins) : dossier médical et dossier soins infirmiers,
- informatique qualité : process qualité et prévention des risques,
- messagerie : Internet et intranet.

Concernant les logiques de déploiement, les constats suivants peuvent être réalisés :

- les établissements adoptent une logique de déploiement métiers au détriment d'une logique processus. Ce qui entraîne souvent de gros problèmes d'interopérabilité,
- des critiques fréquentes d'utilisateurs concernant le nombre insuffisant de postes du fait de la multiplicité des acteurs,
- un manque d'exhaustivité des informations contenue dans le système d'information notamment en matière d'informatisation médicale. En général, les documents non produits par l'établissement (courriers, examens..) ne sont pas enregistrés ou scannés. Il en résulte le risque que « ni le dossier informatisé, ni le dossier papier » ne soient équivalents et complets.

### - Axes de recommandations

Si en terme de stratégie de déploiement, la logique métiers paraît plus confortable dans un premier temps, la logique processus apparaît rapidement incontournable.

Pour cela, la démarche projet doit permettre de concevoir les composantes du système d'information dans son ensemble, tant en terme d'architecture technique que fonctionnelle et ce, en prenant en compte les contraintes utilisateurs. De cette démarche projet, dépendra le niveau d'équipement nécessaire, l'impact financier lié à l'acquisition des matériels ainsi que les coûts indirects d'utilisation (chariots, protection contre le vol, sécurité....)

### **2.2.3- Les perspectives d'avenir vues par les directeurs de ces établissements**

Au terme de cette étude sur les expériences menées dans le domaine des systèmes d'information dans le secteur sanitaire et social, il apparaît intéressant de terminer en dressant les perspectives d'avenir des systèmes d'information que perçoivent les directeurs d'établissements.

En premier lieu, la notion « d'alignement stratégique » apparaît incontournable. L'idée ? Eviter toute forme de développement anarchique des S.I en veillant à une contribution effective de ces derniers aux attentes des usagers et professionnels et aux objectifs des établissements.

En second lieu, l'ouverture des S.I vers l'extérieur à des fins d'une meilleure communication et de meilleurs échanges d'informations. Réseau ville/établissement sanitaire et social, réseau établissement/établissement, plates-formes régionales (e-santé, e-social...), dossier médical personnel (D.M.P) et télétransmission sont des éléments à intégrer dans un avenir immédiat.

En troisième lieu, la nécessité de privilégier des développements concertés, techniquement stables et économiquement fiables.

Enfin, de pouvoir répondre aux différentes évolutions réglementaires (sécurité, vigilances sanitaires, tarification...) et de mettre à disposition les informations en temps réel entre différents professionnels.

En conclusion de cette partie, et bien que les organisations rencontrées soient par nature différentes, il nous appartiendra de tenir compte des enseignements de cette étude dans le cadre de la responsabilité confiée en vue de l'adaptation du S.I à la résidence des Acacias à St Georges de Reintembault. Pour ce faire, le responsable projet en lien avec le directeur d'établissement, maître d'ouvrage, devra :

- définir des objectifs précis pour le projet en lien avec le projet d'établissement,
- élaborer un schéma directeur du S.I avec une architecture cible,
- rédiger un cahier des charges le plus précis possible avec un calendrier de mise en œuvre réaliste,
- conduire le changement, au travers d'une implication forte des utilisateurs,
- nommer des référents au sein de la structure pour accompagner et assister.

### **3- AU BÉNÉFICE DU SYSTÈME D'INFORMATION DE LA RÉSIDENCE DES ACACIAS EN PLEINE ADAPTATION**

L'intérêt porté par la directrice de la résidence des Acacias au dossier de l'utilisateur est double.

D'une part, une volonté de supprimer les dysfonctionnements consécutifs à la tenue de ce dossier et, d'autre part, une décision de moderniser les pratiques professionnelles à l'ère du développement des N.T.I.C (3.1) avec pour corollaire, l'émergence d'axes d'amélioration du dossier de l'utilisateur (3.2).

#### **3.1- Le dossier de l'utilisateur, un outil soumis à certaines turbulences<sup>20</sup>**

---

##### **3.1.1- Une diversité et un éclatement des dossiers**

Dans les trois unités d'accueil qui composent la résidence, il existe comme composantes du dossier usager une multitude de supports et documents papier avec pour risques majeurs, une réelle possibilité de dysfonctionnement dans la prise en charge, un manque de traçabilité et un non-respect du secret médical.

A cela s'ajoute un certain cloisonnement dans l'exercice quotidien des différents professionnels, sans véritable lien. Chacun gérant son pré carré avec ses propres outils et selon ses propres pratiques.

##### **3.1.2- Les contraintes organisationnelles et institutionnelles**

D'un point de vue organisationnel, il existe au sein de la résidence un nombre important de lieux de transmission de l'information, orale ou écrite, pour les professionnels de santé, d'où un flux de l'information complexe, source de pertes de temps et de données.

A cette contrainte, il convient d'ajouter l'absence de médecin coordonnateur et de cadre soignant (en cours de recrutement), le manque d'implication des médecins libéraux et ce malgré leur nombre (douze intervenants au sein de la structure). Se posent également la tenue et la conservation du dossier médical. Si certains assurent la tenue du dossier sur papier au sein de l'établissement, d'autres conservent leurs notes. Ce qui pose un problème de transmission de l'information et de continuité des soins.

---

<sup>20</sup> Informations recueillies au cours d'entretiens ciblés (F.F de cadre soignant, I.D.E), de réunions institutionnelles avec l'ensemble des professionnels concernés et par une observation des pratiques sur le terrain (stage de février 2005).



La nécessité d'un certain formalisme dans la tenue du dossier de l'utilisateur entre les différents professionnels intervenant au sein de la résidence s'impose. Cela favorisera le partage de l'information et évitera les dérives dans la tenue du dossier qui complique le travail d'équipe.

### **3.1.3- Une volonté de modernisation des pratiques professionnelles**

Le stockage et l'archivage des dossiers représentent un volume important pour tout établissement. A cela, s'ajoutent la sécurisation des armoires et des locaux, le volume croissant des dossiers (juxtaposition de prescriptions, de courriers, de bons de transport...). Un manque de place apparaît rapidement d'où la nécessité d'investir dans un support électronique.

Dès lors, le dossier papier apparaît obsolète et les pratiques professionnelles qui y concourent également. A l'ère d'une efficience des moyens (pénurie dans certaines professions médicales et paramédicales, accroissement de la dépendance des personnes accueillies, diminution du temps de travail), il convient de rechercher une optimisation dans l'organisation du travail.

A ce titre, plusieurs pistes de réflexion peuvent être menées : redéfinition des fiches de postes (tâches), réorganisation des plannings de travail (horaires), gestion automatisée et informatisée du temps de travail, recours à une informatique plus performante pour un gain de temps dans l'exécution des tâches (redondance).

### **3.2- Les hypothèses d'amélioration du dossier de l'utilisateur**

---

Au regard de ce diagnostic posé, il nous est nécessaire d'évaluer les différentes solutions d'évolution de ce dossier, au regard des objectifs fixés. Plusieurs hypothèses apparaissent : une modification complète des composants du dossier manuscrit, une réorganisation totale des pratiques professionnelles ou une adaptation du S.I axé sur une informatisation du dossier de l'utilisateur.

#### **3.2.1- Un dossier papier de l'utilisateur modifié**

Cet axe de travail peut présenter certains avantages notamment en matière :

- de tenue du dossier par une clarification des modes de classement (procédure à initier),

- d'harmonisation des pratiques (nouveau dossier, nouvelles modalités de transcription des informations),

mais montre rapidement des limites dans la continuité d'une tenue irréprochable du dossier.

En effet, selon un rapport<sup>21</sup> de l'A.N.A.E.S, la gestion du dossier médical en médecine générale pose des problèmes de déchiffrement des écritures (source importante d'erreurs), de dégradation du support, de recherche d'informations (absence de synthèse en cas d'hospitalisation), de classement et d'archivage.

Cette solution peut apparaître appropriée pour offrir des prestations de meilleure qualité, cependant certaines contraintes existantes se pérennisent au fil du temps.

### **3.2.2- Des pratiques professionnelles modernisées**

Moderniser les pratiques de travail des professionnels de santé peut être vecteur d'une meilleure circulation des informations. A ce titre, une analyse des différents processus<sup>22</sup> de prise en charge de l'usager au sein de la résidence s'avérera être utile afin de pointer les dysfonctionnements, donc les sources d'amélioration de cette organisation du travail.

Néanmoins, il convient de garder à l'esprit les discussions, parfois difficiles, liées à la mise en place des 35 heures et des 32 heures de nuit qui ont déjà conduit à des changements d'organisations. De même, il convient d'ajouter la problématique actuelle de l'humanisation de la résidence des Acacias qui s'opère sous la forme d'une opération architecturale<sup>23</sup> dite « tiroir ».

Cet axe ne peut être que complémentaire de toute autre solution et non perçu comme une fin en soi. Il s'agira plutôt d'adapter les pratiques professionnelles à un nouveau produit. Compte tenu de son caractère de modernité, le dossier informatisé de l'usager paraît être le plus mobilisateur pour l'ensemble des professionnels de l'établissement.

---

<sup>21</sup> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. *La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations*, Septembre 1996, 80 pages.

<sup>22</sup> Document de travail réalisé dans le cadre du master professionnel – IFROSS. *Les enjeux du pilotage de la performance pour les établissements sanitaires et sociaux, Illustration par la mise en œuvre d'une démarche de management de la performance et de la qualité*. Juin 2006, pp. 8-18.

<sup>23</sup> Travaux de réhabilitation et d'extension pour un coût de 6 millions d'euros et une durée de 3 ans (2005-2007 en 3 phases).

### **3.2.3- Une adaptation du S.I avec l'informatisation du dossier de l'utilisateur**

L'informatisation du dossier de l'utilisateur au sein de la résidence des Acacias apparaît comme la solution privilégiée en regard des objectifs recherchés par la directrice.

Pour BOUCART J.J.<sup>24</sup>, la saisie informatique du dossier s'inscrit avant tout dans une perspective de partage de l'information. L'écriture y est uniformisée et il est impossible de ne pas pouvoir la déchiffrer.

De même, l'informatisation du dossier de l'utilisateur présente six autres intérêts majeurs :

- un outil intégré à une démarche de management de la performance et de la qualité. Élément essentiel à l'aune de l'évaluation externe des établissements du secteur sanitaire et social. Grâce à l'informatique, les principes énoncés par la C.N.I.L sont respectés : accès sécurisé, confidentialité, intégrité, traçabilité et pérennité des informations,
- une meilleure prise en charge globale de l'utilisateur, basée sur l'intégration des différents intervenants (modules spécifiques : psychologue, kiné, diététicienne, animatrice..) dans le dossier,
- une mise en exergue de la charge de travail des différents professionnels de l'établissement au travers de plans de soins individualisés et paramétrables,
- une meilleure qualité des relèves, notamment en matière de traçabilité,
- un gain de temps non négligeable au regard de l'automatisation du traitement des informations (plans de soins, dossier d'hospitalisation, déclaration de chutes, grille AGGIR et PATHOS, courriers, bons de transport...), de la suppression des redondances de saisie,
- une base de recueil d'informations à des fins de statistiques et de tableaux de bord.

Toutefois, les progrès attendus grâce à l'informatisation du dossier de l'utilisateur ne doivent pas éluder les inconvénients techniques et organisationnels qu'il convient de prendre en considération, à savoir :

- le coût financier en investissement (adaptation du réseau, acquisition de matériels et licences) et en exploitation (contrats de maintenance, consommables) représente un élément non négligeable.

---

<sup>24</sup> BOUCART J.J. « Cet écran qui s'efface ». *Pratiques : les cahiers de la médecine utopique*, Décembre 2000 / Janvier 2001, n° 12, pp. 8-9.

Il doit faire l'objet de financements appropriés dans le projet d'établissement (schéma directeur du S.I) et dans le budget pour l'exploitation,

- l'adaptabilité des professionnels aux N.T.I.C (initiation à l'informatique, formation progiciel) représente également un coût et une mobilisation des personnels (réorganisation des services, remplacements).

A l'heure de la transparence et de la recherche d'une nouvelle citoyenneté, l'adaptation du système d'information de la résidence intégrant un dossier informatisé de l'utilisateur se dessine et représente un axe stratégique important pour l'établissement et son environnement. Il concerne des professionnels de santé aux métiers divers qui évoluent dans différents services et concourent à une prise en charge coordonnée de l'utilisateur.

Cependant, le dossier informatisé de l'utilisateur, par ses composantes structurelles, dispose de prérogatives qui lui sont propres et qui résultent de dispositions réglementaires et législatives en constante évolution. Ces dernières doivent être précisément définies.

## II – LE DOSSIER INFORMATISE DE L'USAGER, CONTEXTE ET ENJEUX EN E.H.P.A.D

La constitution et la gestion du dossier de l'utilisateur ont fortement évolué. Ainsi, dans la dynamique des recommandations de l'A.N.A.E.S<sup>25</sup> en 2003 et du fait de la fragmentation des informations, le dossier peut être informatisé. Cet outil a donc vocation à améliorer le travail au quotidien des professionnels en permettant un classement pertinent des données ainsi qu'une gestion et une communication des dossiers optimisées.

Toutefois, les établissements désireux de se lancer dans cette démarche doivent mesurer et respecter un certain nombre de contraintes (1) ainsi que les multiples enjeux liés au dossier de l'utilisateur (2).

### 1- UN CONTEXTE JURIDIQUE EN PLEINE ÉVOLUTION

Dans un contexte juridique fort et en pleine évolution, le dossier de l'utilisateur doit répondre à un cadre bien précis (1.1) et représente un élément essentiel pour une prise en charge de qualité (1.2).

#### 1.1- Le dossier de l'utilisateur représente une obligation réglementaire pour les établissements

---

##### 1.1.1- Définition et synthèse des critères qualité du dossier de l'utilisateur

Au delà d'une approche étymologique, le terme usager sera employé tout au long de cette réflexion pour désigner la personne utilisatrice et bénéficiaire de services, tant dans le domaine sanitaire que dans le domaine médico-social.

L'appellation de dossier de l'utilisateur recouvre donc à la fois la notion de dossier du patient, usuellement utilisée en milieu hospitalier et la notion de dossier individuel du résident, généralement employée dans les E.H.P.A.D.

---

<sup>25</sup> L'A.N.A.E.S est devenue la Haute Autorité en Santé (H.A.S) par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, J.O du 17 août 2004, 14598.

La définition retenue pour ce dossier de l'usager s'inspire totalement de celle donnée par l'A.N.A.E.S pour celle du dossier patient<sup>26</sup>. « *Le dossier de l'usager est un document dynamique permettant la connaissance de l'usager, regroupant toutes les données concourant à sa prise en charge au quotidien, qu'elles soient administratives, sociales, médicales, paramédicales et les habitudes de vie* ».

Le dossier regroupe donc des informations pertinentes et contribue à la prise en charge optimale de l'usager. Pour cela, il doit permettre une information circulante produite par des acteurs responsables clairement identifiés, organisée sur des supports de qualité et répondre à des règles précises d'organisation.

Ce dossier professionnel défini : « comme un document unique et individualisé » a un rôle de mémoire, de communication, de coordination et est partagé entre l'usager et les professionnels. Il permet d'offrir une prise en charge individualisée eu égard à l'évolution des droits des personnes accueillies en institutions conformément à la loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'Action Sociale et Médico-sociale. Ainsi, un projet de vie individualisé peut être établi.

### **Le dossier nous parle de l'usager mais ne doit jamais l'occulter.**

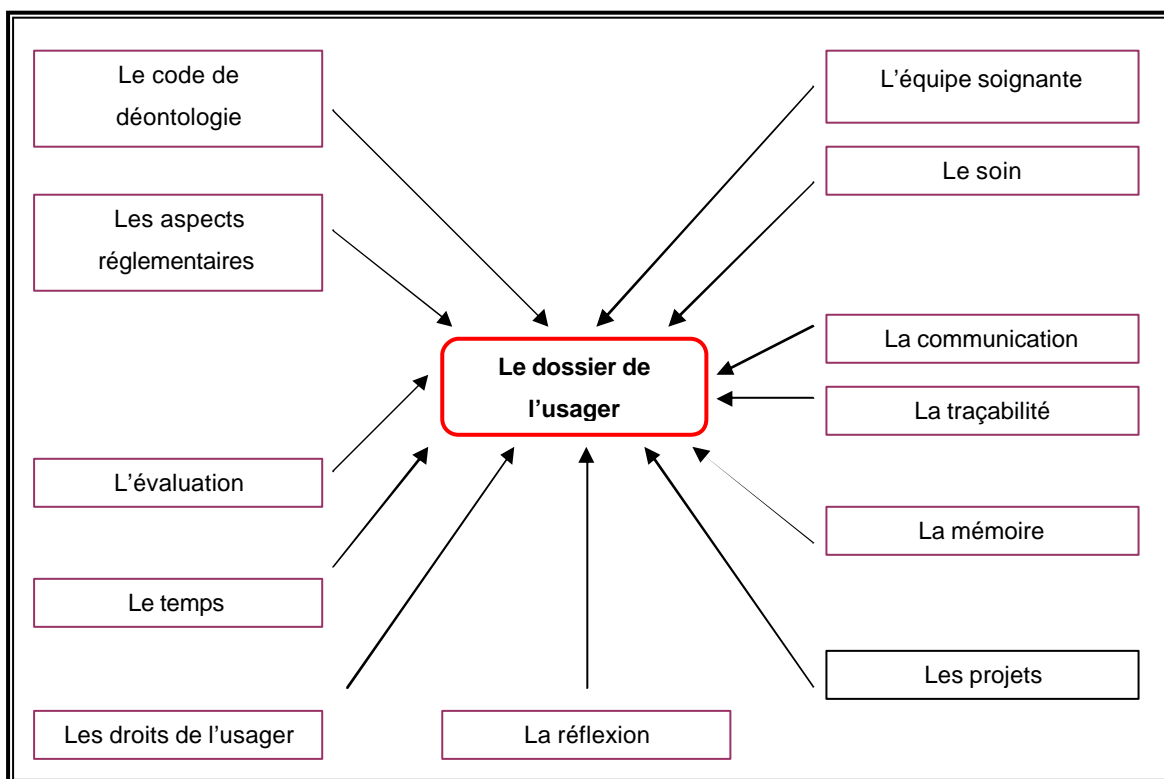


Figure 5 : Le dossier de l'usager : un outil, non une finalité

<sup>26</sup> A.N.A.E.S. Manuel des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. *Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu, réglementations et recommandations*. Juin 2003, pp. 15-33.

Ses fonctions sont multiples : mise à disposition d'informations, aide à la décision, actions menées envers l'utilisateur, continuité et traçabilité des soins. En cas de recours contentieux, il joue un rôle important dans la recherche de responsabilité.

Le dossier de l'utilisateur comprend par conséquent différents volets relevant de compétences et de responsabilités distinctes : le dossier administratif (identification, données socio-démographiques...), le dossier médical, le dossier soins infirmiers, le dossier social et le dossier paramédical (kinésithérapie, pédicure...).

#### ➤ **Le dossier administratif**

Il est indispensable pour la connaissance de la personne accueillie dans l'établissement et contient tous les éléments nécessaires à la gestion de la prise en charge de la personne concernée, à savoir :

- identité de l'utilisateur (nom, prénom, date de naissance...),
- couverture sociale (numéro de Sécurité Sociale, mutuelle, aide médicale, aide sociale, A.L.D....),
- entourage de l'utilisateur (personnes à prévenir, personne de confiance...),
- souhaits et informations diverses (médecin traitant, ambulancier, pharmacie, contrat d'obsèques....),
- inventaire des biens de l'utilisateur répertorié lors de son entrée.

Ses règles de constitution répondent essentiellement à des objectifs de gestion et de facturation.

#### ➤ **Le dossier médical**

Le dossier médical représente un véritable outil de travail<sup>27</sup> pour les médecins et soignants afin d'assurer le suivi des patients, la coordination des actions et la traçabilité des actes et soins.

Les règles relatives à sa constitution, à sa conservation et à sa transmission font l'objet de dispositions spécifiques contenues dans le Code de la Santé Publique (articles R.1112-1 à R.1112-9). L'article 9 du décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 définit de manière plus précise son contenu<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> BENSOUSSAN A. et MOLE A. *Guide juridique du dossier médical informatisé*. Paris : Editions M.M.I, Juin 2001. 135 pages.

<sup>28</sup> Cf. Annexe n° 3 : Contenu du dossier médical suivant décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé, page VIII.

Cette obligation de tenue du dossier médical est également précisée dans l'article 45 du Code de Déontologie Médicale de 1995<sup>29</sup> pour les médecins libéraux. Toutefois, la composition du dossier médical en E.H.P.A.D repose sur un modèle plus simplifié et basé sur cinq grands domaines (annexe II de l'arrêté du 26 avril 1999) :

- les motifs d'entrées et de sorties,
- les pathologies,
- la dépendance,
- les divers comptes rendus d'hospitalisation,
- les mesures de prévention mises en œuvre et leur évaluation.

Outre cette obligation de constitution du dossier médical pour chaque patient, le C.S.P dispose dans son article R.1112-3 de la nécessité de dater et d'identifier chaque pièce constitutive d'un dossier. L'informatisation du dossier de l'usager participe au respect de ces règles. La signature électronique permet également de respecter cette obligation pour les prescriptions médicales et plans de soins.

#### ➤ **Le dossier de soins infirmiers**

Il est défini comme « l'outil indispensable, servant de base à l'activité infirmière et permettant de mettre en évidence les éléments essentiels liés à la santé<sup>30</sup> ». Il « s'appuie sur les plans de soins, retrace les différentes étapes de la démarche de soins infirmiers et résume l'ensemble des informations que recueille l'infirmière (I.D.E), seule personne présente en permanence auprès du malade<sup>31</sup> ».

En 1992, le dossier de soins infirmiers est reconnu comme partie intégrante du dossier médical, au terme de l'article R.1112-2. Par la suite, divers textes réglementaires viennent préciser les différentes composantes de ce dossier. L'article 28 du décret du 16 février 1993<sup>32</sup> définit comme éléments indispensables à sa tenue :

- les informations concernant le patient recueilli au cours d'entretiens et à la lecture de documents,
- les problèmes de soins du patient,
- un plan de soins d'hygiène et de confort,
- l'inscription des prescriptions médicales,

---

<sup>29</sup> Décret n° 95-1000 du 06 septembre 1995 portant Code de Déontologie, J.O du 08 septembre 1995, 13305.

<sup>30</sup> Circulaire n° 88 du 15 mars 1985 relative à la publication du guide de soins infirmiers.

<sup>31</sup> DUPUY O. *Le dossier de soins infirmiers*. Bordeaux : Editions Les Etudes Hospitalières, 2004, 64 pages.

<sup>32</sup> Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières, J.O du 18 février 1993.



- les observations des infirmières, datées et signées,
- les fiches de liaison interservices,
- la synthèse du séjour,
- diverses fiches (kinés, diététicienne..).

Les articles 3, 5 et 6 du décret du 11 février 2002<sup>33</sup> apportent également un certain nombre de précisions. Cela concerne plus précisément, la contribution de l'I.D.E au recueil de données cliniques et épidémiologiques, des informations utiles aux autres professionnels, dont les médecins, pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions. Est également précisée la responsabilité de l'I.D.E concernant la tenue du dossier de soins infirmiers, qui relève de son rôle propre. Aucun patient, aucun médecin ne peut s'opposer à la constitution dudit dossier.

En E.H.P.A.D<sup>34</sup>, il est précisé que le dossier de soins infirmiers est « élaboré par l'équipe infirmière, sous l'égide de l'infirmière référente si elle existe, avec la participation du médecin coordonnateur ». Cette nouvelle disposition conforte la notion de travail en équipe pluridisciplinaire. De même, selon la circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n° 31-96 du 19 janvier 1986, les aides soignantes sont tenues de renseigner le dossier de soins infirmiers de leurs observations et actions.

#### ➤ **Le dossier social**

Ce dossier est élaboré et géré par l'assistante sociale ou à défaut par l'administration. Concernant sa communication, il répond aux mêmes règles que le dossier médical (l'article 226-13 du Code Pénal ne faisant plus référence à certaines catégories de personnes).

#### ➤ **Les dossiers des autres professionnels**

L'article R.1112-2 du décret n° 462-2003 du 21 mai 2003 rappelle l'obligation de renseigner le dossier patient des soins dispensés par les professionnels de santé (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, psychologues....).

---

<sup>33</sup> Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, J.O du 16 février 2002, 3040-3043.

<sup>34</sup> Annexe II de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, J.O du 27 avril 1999, 6256-6263.

La communication du dossier de l'utilisateur composé d'un certain nombre de pièces (médical, soins infirmiers, social...) relève de règles bien spécifiques en fonction des documents qui le composent.

Le dossier médical, le dossier soins infirmiers, le dossier social, le dossier psychologue sont soumis aux règles du secret professionnel et du droit à la communication des informations. En l'absence d'un décret d'application de la loi du 02 janvier 2002, il incombe aux E.H.P.A.D d'assurer la transmission des informations relatives à la prise en charge des personnes accueillies suivant les modalités fixées par la loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et son décret d'application n° 2002-637 du 29 avril 2002, intégrées dans le C.S.P.

Concernant le dossier administratif, celui-ci ne contient pas d'informations secrètes, mais néanmoins personnelles ou confidentielles. Le directeur, représentant de l'établissement et garant de son bon fonctionnement et du respect des droits des usagers, se doit régulièrement de rappeler à chaque professionnel ses obligations en matière de discrétion et de secret professionnel. A la résidence des Acacias, ces règles font l'objet d'un chapitre spécifique du livret d'accueil du personnel<sup>35</sup> remis à chaque agent.

### **1.1.2- La gestion du dossier met en évidence différentes responsabilités**

Dans le cadre de l'informatisation du dossier de l'utilisateur<sup>36</sup>, un établissement doit avant toute chose prendre la mesure des normes déontologiques et juridiques qui encadrent le traitement des données personnelles et médicales et respecter un certain nombre de contraintes imposées par la Commission Nationale Informatique et Libertés (C.N.I.L). Le non-respect de ces obligations est pénalement sanctionné.

#### **➤ La CNIL, garante de la protection des données<sup>37</sup>**

Le développement des technologies de l'information a des conséquences importantes sur les principes fondamentaux qui régissent aujourd'hui le système de soins et en particulier sur le respect de l'intimité de la vie privée et de la liberté des personnes, sur le secret professionnel et sur l'indépendance professionnelle et morale des médecins.

---

<sup>35</sup> F.H.F. Livret d'accueil du personnel hospitalier. Paris : Editions de la F.H.F, 2003, pp. 41-44.

<sup>36</sup> L'article 1316-3 du Code Civil inséré par la loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information et relative à la signature électronique, J.O du 14 mars 2000, 3968, précise : « L'écrit sur support électronique a la même force probante que l'écrit sur support papier ».

<sup>37</sup> FONTAINE S. FORTIN V. LELIEVRE A. MANUE L. et VIVIER L. « *Secret professionnel, informatisation et vie privée* ». Note juridique, E.N.S.P Rennes, Avril 2005, 14 pages.

En France, la protection des informations personnelles et la définition des droits de l'utilisateur ont acquis une base légale solide depuis l'adoption par l'Assemblée Nationale de :

- la loi du 06 janvier 1978<sup>38</sup>, dite « *Loi Informatique et Libertés* »,
- la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (intégrée à l'article L.1110-4 du C.S.P),
- la loi du 6 août 2004 transposant en droit interne la directive européenne n° 95/46 du 24 octobre 1995 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Sont ainsi précisés six principes clés :

- **l'obligation de déclaration à la C.N.I.L.** Cela concerne tout traitement indépendamment de son objet, qu'il s'agisse de données médicales ou toutes autres informations concernant les usagers dès lors qu'ils sont identifiés ou identifiables. Les réseaux et filières de soins sont également concernés. La déclaration a pour objet de décrire les finalités, les données utilisées, les fonctions, les caractéristiques techniques et les sécurités physiques et logiques des applications informatiques mises en œuvre,
- **le droit à l'information de l'utilisateur.** Cette obligation est différente, en fonction de la collecte des informations, directe ou indirecte (recueillie auprès de tiers). Dans les deux cas, le responsable du traitement doit être attentif à la loyauté de cette collecte. Les informations relatives à la vie privée ne doivent pas avoir été obtenues auprès de tiers à l'insu de l'intéressé. La collecte des informations doivent faire l'objet d'une information des personnes sur le caractère obligatoire ou facultatif des réponses, les conséquences à leur égard d'un défaut de réponse, les personnes morales ou physiques destinataires des informations et sur l'existence d'un droit d'accès et de rectification,
- **le droit à l'opposition.** Toute personne dûment informée a le droit de s'opposer, pour des raisons légitimes, au traitement automatisé de données nominatives le concernant,
- **le droit à l'oubli.** Ce droit affirme que les informations nominatives ne doivent pas être conservées dans un système informatique au-delà de la durée nécessaire à la finalité déclarée des traitements<sup>39</sup>,

---

<sup>38</sup> Loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, J.O du 07 janvier 1978, 227, récemment modifiée par la loi n° 2004-801 du 06 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, J.O du 07 août 2004, 14063.

- **le droit de contestation et de rectification.** Le titulaire du droit d'accès peut exiger que soient rectifiées ou effacées des informations le concernant qui seraient inexactes ou dont la collecte serait interdite,
- **le droit à la sécurité.** Ce droit concerne la confidentialité, l'intégrité, la traçabilité et la disponibilité des informations.

Dans le cadre de l'informatisation de son dossier de l'utilisateur, la résidence des Acacias à St Georges de Reintembault a satisfait à l'ensemble de ces obligations<sup>40</sup>.

### ➤ Le respect du secret professionnel

La règle du secret professionnel<sup>41</sup> est une des notions centrales de l'exercice de la médecine et revêt une place importante dans le secteur sanitaire et social.

L'installation d'un système de partage de l'information médicale ne remet pas en cause ce principe « *d'obligation dont le respect est sanctionné par la loi pénale, imposant à certains professionnels de taire les confidences recueillies au cours de l'exercice de leur profession* ». La règle du secret professionnel est un concept à valeur pénale et déontologique.

- **Pénale** : L'article 226-13 du Code Pénal stipule « *la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15.000€ d'amende* ».

En dehors du cas où la loi impose la révélation de faits couverts par le secret professionnel, le législateur a prévu des possibilités pour le professionnel de santé de révéler ou de dénoncer des actions criminelles.

Ainsi, l'article 226-14 du Code Pénal, indique que « *le respect du secret professionnel n'est pas applicable à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles dont il a eu connaissance sur un mineur ou une personne vulnérable en raison de son âge ou de son état physique ou psychique* ».

---

<sup>39</sup> Décret n° 2006-6 du 04 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le C.S.P (dispositions réglementaires), J.O du 05 janvier 2006, 174. Article R.1112-7 concernant la durée de conservation des informations sur la santé des patients (20 ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement).

<sup>40</sup> En l'absence de correspondant à la protection des données (C.P.D), la résidence a une obligation de déclaration auprès de la C.N.I.L. Cf. Annexe n° 4, page X.

Par ailleurs, le médecin n'est pas tenu au secret professionnel lorsqu'il porte à la connaissance du Procureur de la République, avec l'accord de la victime, les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises.

Le Code de déontologie médicale et les règles professionnelles des infirmières soulignent également les obligations déontologiques des révélations des sévices et mauvais traitements constatés. Ainsi, le secret professionnel s'affirme plus comme un droit qui vise à protéger l'utilisateur que comme une protection du professionnel de santé.

- **Déontologique** : Le code de déontologie médicale<sup>42</sup> dispose de l'étendue du champ d'application du secret professionnel : « *Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire, non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* ».

De la même manière, le décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles infirmières stipule dans son article 4 : « *Le secret professionnel s'impose à tout infirmier et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmier instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment* ».

Le secret professionnel est général et absolu. Sont donc punissables en droit pénal, toutes les révélations, pour peu qu'elles soient effectives (orales, écrites ou autres). Il n'est même pas nécessaire que la révélation ait causé un dommage. Il s'agit, selon les termes techniques, d'une infraction formelle qui peut d'ailleurs être relevée, non seulement par le patient lui-même, mais également par le Procureur de la République.

En outre, le législateur fait preuve de moult précautions puisqu'il renforce régulièrement l'ordonnement juridique par de nouvelles normes. Ainsi, les autorités publiques au travers de la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ont apporté des précisions intéressantes.

---

<sup>41</sup> Règle du secret professionnel : article L.2216 du Code de l'Action Sociale et des familles et article L.162-2 du Code de la Sécurité Sociale.

<sup>42</sup> Décret n° 95-1000 du 06 septembre 1995 portant Code de Déontologie, article 4, op. cit. page 29.

Sur un plan général, le nouvel article L.1110-4 du C.S.P réaffirme le droit « *au respect de la vie privée et du secret des informations* » concernant une personne. Ceci s'applique aussi bien dans le cadre d'une prise en charge en système libéral, en établissement privé ou public, que dans un réseau de santé pour des actes de soins ou de prévention.

Sur un plan plus particulier, la loi innove en :

- étendant la notion de secret professionnel à « *tout membre du personnel* » des établissements ou organismes prenant en charge la personne. Il en est de même pour toute autre personne en relation de par ses activités avec ces établissements ou organismes,
- donnant une consistance au concept de secret médical partagé<sup>43</sup>. En effet, elle affirme qu'au sein d'une équipe de soins dans un établissement de santé « *les informations...sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe* »,
- permettant, sauf opposition du patient, de renseigner « *la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance en cas de diagnostic ou de pronostic grave* » à des fins de soutien de la personne,
- précisant l'application de la règle du secret par-delà la mort. Désormais, sauf volonté contraire du défunt exprimée avant son décès, les ayants droits pourront avoir accès à l'information (y compris le dossier patient) dans trois situations limitativement énumérées : pour connaître les causes de la mort, pour défendre la mémoire du défunt, enfin pour faire valoir leurs droits. La règle du secret vis-à-vis des compagnies d'assurances et de leur médecin persiste pour le praticien ou tout autre professionnel,
- prenant en compte les nouveaux modes de conservation des informations (support informatique) et les nouvelles pratiques (externalisation dans des sociétés spécialisées). Ces dernières étant tenues au secret dans les mêmes conditions que les professionnels de santé.

La notion de secret figure également dans la Charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995<sup>44</sup>.

---

<sup>43</sup> Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge possible. Notion également insérée dans l'article L.161-36-1 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, op. cit. page 26.

<sup>44</sup> Chapitre VIII de la charte : « Une personne hospitalisée peut demander que sa présence ne soit pas divulguée. L'établissement public de santé garantit la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes hospitalisées (informations médicales, d'état civil, administratives, financières). Aucune personne non habilitée par le malade lui-même ne peut y avoir accès, sauf procédures judiciaires exécutées dans les formes prescrites. »

D'autres concepts rappellent le secret professionnel respectivement : l'obligation de discrétion professionnelle<sup>45</sup>, l'obligation de réserve<sup>46</sup>. Ces devoirs se surajoutent au secret médical notamment pour les personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux appartenant à la fonction publique.

## **1.2- Les éléments extérieurs qui viennent conforter cette obligation**

---

### **1.2.1- La signature de la convention tripartite**

Initiée par la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instituant la Prestation Spécifique Dépendance (P.S.D), la convention tripartite est née officiellement d'un arrêté d'application en avril 1999<sup>47</sup>.

Guidée à la source par une réforme de la tarification<sup>48</sup> (passage d'une tarification binaire à une tarification ternaire fonction du degré de dépendance de la personne), la convention tripartite représente un axe central du dispositif de la réforme.

Cette convention pluriannuelle<sup>49</sup> a pour objet de définir : « *les conditions générales de fonctionnement des établissements, tant au plan financier qu'au plan de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins prodigués à ces dernières* ». Elle précise également « *les objectifs et modalités d'évaluation* ».

Le cahier des charges de la convention tripartite précise également le périmètre de la démarche d'amélioration continue de la qualité que chaque établissement doit mettre en œuvre.

Cette démarche a pour objectif de garantir à toute personne accueillie dans un établissement, les meilleures conditions de prise en charge, d'accompagnement et de soins. Elle doit s'appuyer sur un projet d'établissement.

---

<sup>45</sup> Lexique des termes juridiques. Paris : Editions Dalloz, 2004. « Les fonctionnaires sont astreints à une obligation de discrétion à l'égard des informations qu'ils possèdent à raison de leurs fonctions, parfois renforcée en secret professionnel pénalement sanctionné. »

<sup>46</sup> Lexique des termes juridiques. Paris : Editions Dalloz, 2004. « L'obligation de réserve impose à celui [fonctionnaire ou magistrat] qui y est soumis, tant dans l'exercice qu'en dehors de ses fonctions, un devoir particulier de loyauté à l'égard de l'Etat et des autorités publiques, l'interdiction de toute parole, de tout écrit, de toute attitude qui se révélerait incompatible avec la fonction. »

<sup>47</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle, op. cit. page 30.

<sup>48</sup> Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des E.H.P.A.D, J.O du 26 avril 1999, 6223-6247, modifié par le décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion comptable et financière et aux modalités de financement des établissements sociaux et médico-sociaux (articles 23-1 et 23-2 sur les règles de modulation tarifaire pour la section hébergement), J.O du 24 octobre 2003, 18112-18133.

<sup>49</sup> Résidence des Acacias à St Georges de Reintembault : signée le 01 juillet 2004.

Ainsi des recommandations ont été édictées et finalisées<sup>50</sup> pour une auto-évaluation au sein d'un référentiel dénommé ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements).

Cette auto-évaluation initiale puis périodique, au minimum annuelle, constitue l'un des éléments essentiels du système d'information nécessaire à l'amélioration continue de la qualité.

L'outil d'auto-évaluation comporte quatre parties et cent quarante sept questions :

- attentes et satisfaction des résidents et familles,
- besoins d'accompagnement et de soins des résidents et réponses apportées,
- l'établissement et son environnement,
- démarche qualité.

D'autres référentiels existent et sont également utilisés pour cette auto-évaluation. C'est le cas pour la résidence des Acacias à St Georges de Reintembault au travers du référentiel AQUALIE 35<sup>51</sup>. Cinq thématiques pour trente-quatre indicateurs :

- situation de l'établissement,
- organisation au sein de l'établissement,
- vie quotidienne des résidents,
- accompagnement médical,
- l'établissement dans son environnement.

Il convient de noter que les référentiels font très souvent appel au dossier individuel du résident (dénommé dossier usager dans le cadre de notre réflexion), soit directement lorsque ce dernier fait l'objet de son évaluation, soit indirectement car source de nombreuses informations.

Le dossier de l'utilisateur apparaît donc comme un élément incontournable, source d'informations essentielles pour l'utilisateur et pour l'auto-évaluation dans le cadre de la convention tripartite. Sa tenue doit être exempte de tout reproche. L'informatisation vient renforcer la gestion d'un dossier de qualité.

---

<sup>50</sup> Mission d'Appui à la réforme de la Tarification de l'HEbergement des personnes âgées (MARTHE).

<sup>51</sup> Cf. Annexe n° 5 : AQUALIE 35, le référentiel d'auto-évaluation pour l'Amélioration de la Qualité en Etablissement pour le département d'Ille et Vilaine, page XII.



### **1.2.2- L'évaluation externe**

La procédure d'évaluation externe<sup>52</sup>, équivalente de l'accréditation pour le secteur sanitaire, vise à orienter les structures sociales et médico-sociales vers un processus d'amélioration continue de la qualité. A ce titre, l'article 7 de la loi du 02 janvier 2002 prévoit le droit « pour toute personne accompagnée par un établissement ou service à une prise en charge individualisée de qualité ». A charge, pour chaque établissement ou service d'élaborer un projet définissant les objectifs généraux ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement.

Cette transformation dans la perception du « champ de la vieillesse » modifie l'image de l'usager. Ses droits s'affirment, sa place est mieux reconnue. Il devient sujet, acteur de son projet. Une approche consumériste se fait jour. De la prise en charge, nous évoluons vers l'accompagnement qui vise à permettre l'accès de la personne à ses droits, à une capacité de jouer un rôle social acceptable et accepté.

Cette accréditation ou évaluation externe se fait sur la base du manuel d'accréditation élaboré et fourni par la Haute Autorité en Santé (H.A.S) ou à partir de manuels<sup>53</sup> ou guides de bonnes pratiques professionnelles validés par le Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale (C.N.E.S.M.S). Parmi ces différents manuels, on note que :

- le manuel d'accréditation (H.A.S) consacre tout un référentiel au dossier du patient (D.P.A) avec sept références visant à évaluer la politique autour du dossier patient, dont le respect des règles de confidentialité, la gestion des informations, la coordination des prises en charge et le dispositif d'évaluation et d'amélioration du dossier du patient,
- le manuel EVA (C.N.E.H) consacre également une rubrique au dossier de soins.

L'ensemble de ces éléments vient conforter notre sentiment de l'importance à accorder à cet outil. Il en est de la responsabilité du directeur même si celle-ci s'apparente à un champ beaucoup plus étendu.

---

<sup>52</sup> Précisées par la circulaire n° DGAS/2006/53 du 10 février 2006 relative aux dates de mise en œuvre des évaluations prévues par la loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, J.O du 03 janvier 2002, 124-159.

<sup>53</sup> Pour exemple, *le manuel E.V.A : Evaluation de la Qualité des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes* élaboré par le C.N.E.H et le C.E.D.I.S, mai 2002. 175 pages.

## 2- LES MULTIPLES ENJEUX DU DOSSIER DE L'USAGER

Le dossier informatisé de l'utilisateur se trouve au cœur des enjeux des E.H.P.A.D et ce, pour de multiples raisons. Il représente d'une part un enjeu juridique important pour le directeur (2.1) et d'autre part un élément de qualité pour les informations et la communication dans l'intérêt de l'utilisateur et de l'institution (2.2).

### 2.1- Plus particulièrement pour chacune des missions du directeur

---

#### 2.1.1- En tant que personne morale de l'établissement

Nommé par le Ministre de la Santé, le directeur d'E.H.P.A.D est le représentant légal de l'établissement. De par son statut, le directeur administre les affaires générales de son établissement en tenant compte de la politique générale définie par le Conseil d'Administration et des orientations fixées par les instances des financeurs que sont le Conseil Général, la D.D.A.S.S et l'A.R.H.

Son rôle traditionnel, assurer la bonne marche de son établissement, s'est considérablement modifié et enrichi. En effet, face aux différentes mutations technologiques, à la progression des exigences sécuritaires, à la complexification de l'environnement réglementaire et à l'augmentation des responsabilités.

Les domaines d'activités couverts par le directeur d'E.H.P.A.D s'inscrivent dans un champ de plus en plus varié.

Il évolue vers une nouvelle fonction de dirigeant<sup>54</sup> qui lui confère une multitude de facettes. Plus précisément, les activités du directeur sont désormais organisées autour de quatre grandes dimensions, à savoir :

- la première, stratégique, est destinée à positionner la structure autour d'une démarche de santé publique et médico-sociale visant une prise en compte globale, de qualité, des résidents : physique, psychologique et sociale. Cela passe par un rôle de planificateur et d'organisateur, afin d'élaborer des projets en cohérence avec son environnement et les besoins de la population sur un territoire donné (projet d'établissement),

---

<sup>54</sup> LOUBAT J.R. « Vers une mutation de la fonction de direction ». *Lien social*, 07 avril 2005, n° 748, pp. 4-8. Le terme de dirigeant (gérondif) sera employé pour caractériser la fonction : celui qui est en train de diriger. Par opposition, le terme de directeur (substantif) sera utilisé pour représenter la position statutaire.

- la seconde, plus orientée sur le développement des pratiques de management adaptées à la conduite du changement. Ce qui sous-tend d'animer, recruter et gérer des mouvements constants de personnels qualifiés ou non dans un contexte réglementaire en constante évolution. A laquelle, il convient d'ajouter un cadre budgétaire de plus en plus contraint et un contexte de pénurie pour certaines professions paramédicales et soignantes,
- la troisième, plus économique, financière et logistique en tant qu'acteur économique dans le contexte local et historique de l'établissement et ce, malgré l'obligation du respect de certaines règles liées aux marchés publics,
- enfin, en tant qu'administrateur du patrimoine de l'établissement, le directeur est amené à réaliser des travaux, installer des équipements et développer des systèmes informatiques et de communication.

Toutes ces activités nécessitent des compétences sans cesse croissantes, coordonnées le plus souvent par le directeur seul<sup>55</sup>, faute de cadre soignant, de médecin coordonnateur et d'attaché d'administration et ce, en relation avec les médecins libéraux et les différentes équipes pluridisciplinaires de l'établissement.

A ce titre, le dossier informatisé de l'utilisateur apparaît comme un élément de coordination indispensable entre les professionnels de santé, mais aussi comme support de qualité pour les informations transcrites.

Or, le dossier de l'utilisateur fait partie des sources d'informations pertinentes pour la gestion d'un établissement. En effet, c'est dans ce dossier que se trouve l'ensemble des données de l'activité soignante mais aussi les informations relatives à la dépendance des personnes accueillies.

Il importe donc de veiller à la bonne tenue de ce dossier à des fins d'informations fidèles, actualisées et complètes en vue d'une source d'information régulière pour la gestion du directeur de l'établissement.

En tant que responsable de toutes les affaires de son établissement, le directeur est également garant du bon fonctionnement et de la sécurité au sein de son établissement.

---

<sup>55</sup> Pour exemple, la résidence des Acacias à St Georges de Reintembault, op. cit. Annexe n° 1, page I.

## **2.1.2- En tant que garant de la sécurité et de la disponibilité des informations au sein de la structure**

De fait et compte tenu d'une responsabilité au champ particulièrement large, le directeur à plusieurs bonnes raisons de mettre en œuvre des démarches visant à sécuriser la circulation de l'information au sein de son établissement.

En premier lieu, le directeur assume selon l'article 73 de la loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002 « *la charge, la gestion et la conduite générale de l'établissement* ». Il est également responsable des actions ou inactions de ses subordonnés. A ce titre, le statut des fonctionnaires de 1983<sup>56</sup> précise « *que nul n'est déchargé des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés* ».

Ensuite, la législation relative à la protection des droits des citoyens vis-à-vis des traitements automatisés des données est très développée, voire renforcée pour ce qui est des données médicales.

L'attention du directeur doit donc être soutenue et l'oblige à une vigilance de tous les instants pour influencer sur les risques encourus par lui-même, par l'établissement comme par les usagers.

Il s'agit là de deux objectifs essentiels du directeur qui doivent retenir toute son attention et faire l'objet d'une priorité institutionnelle ancrée dans le projet d'établissement. Le tout, dans un contexte préventiviste qui devient une préoccupation forte du législateur et de la justice.

En effet, depuis la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui garantit au patient la propriété de son dossier médical auquel il peut accéder directement<sup>57</sup>, la nécessité d'une meilleure sécurisation du système d'information se fait de plus en plus pressante.

Cette sécurisation plus approfondie ouvre la réflexion sur les notions de confidentialité, d'habilitation, d'autorisation, de secret médical partagé, de secret professionnel et de traçabilité. Comme nombre d'établissements, la résidence des Acacias ne peut faire l'économie d'une démarche active dans ce domaine.

---

<sup>56</sup> Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (titre I), J.O du 14 juillet 1983, 2174.

<sup>57</sup> Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé, op. cit. page 28.

### ➤ **La protection de l'accès aux informations, une nécessité impérieuse**

La protection de l'accès aux informations médicales ou personnelles représente une exigence éthique et légale. Son respect s'appuie sur un cadre réglementaire et législatif (serment d'Hippocrate, code de déontologie médicale, code pénal, lois relatives aux données individuelles informatisées), mais également sur des recommandations<sup>58</sup>.

Avec une informatisation de plus en plus croissante comme composante des S.I, cette exigence concerne non seulement les médecins et les professionnels de santé, mais également le directeur d'établissements et les responsables d'applications.

A ce titre, le contrôle de l'accès à l'information s'avère être un enjeu majeur pour les données partagées, notamment dans le cadre du dossier informatisé de l'utilisateur. Celui-ci se définit de la façon suivante : identifier, authentifier et signer.

Identifier le professionnel de santé afin de tracer les accès, connaître les auteurs des documents (comptes rendus, prescriptions...) et gérer les habilitations (rôle dévolu généralement à l'administrateur système qui délimite et contrôle les attributions de chacun).

Authentifier l'identité de la personne sur la base d'éléments de preuve afin de permettre l'accès en lecture/écriture selon des droits, des différents modules du dossier informatisé de l'utilisateur.

Signer afin d'attester de l'identité de l'auteur d'un écrit (relèves) ou de la réalisation d'un acte (plans de soins).

La stratégie arrêtée à la résidence des Acacias à St Georges de Reintembault, en lien avec le directeur, est la mise en œuvre d'une sécurité de type « identifiant/mot de passe ». Cela nécessitera une bonne gestion des mots de passe par l'administrateur réseau (changement régulier), une mémorisation et une non divulgation par les utilisateurs.

### ➤ **La disponibilité des informations**

La disponibilité des informations, indispensable à la continuité des soins, doit être combinée avec leur protection dans des conditions d'accès définies.

---

<sup>58</sup> Groupement d'Intérêt Public - Carte Professionnel de Santé.

Cela implique pour l'établissement une étude sur les moyens nécessaires à cette continuité.

A la résidence des Acacias, cette réflexion a porté principalement sur la sécurisation de l'architecture matérielle, notamment du serveur. Un taux de tolérance panne a été arrêté à J+1 maximum et a fait l'objet de points spécifiques dans les cahiers des charges des appels d'offres matériels et progiciels, ainsi que dans les contrats de maintenance prestataires.

### ➤ **L'archivage et la conservation des dossiers**

L'archivage et la conservation du dossier de l'utilisateur présentent une triple finalité. Tout d'abord, cela permet une traçabilité des actes médicaux et des soins prescrits en vue de garantir une continuité des soins et une coordination des différents professionnels. Ensuite, cela répond à un intérêt médico-légal, constituant une preuve en cas d'action en justice. Enfin, un intérêt économique compte tenu des enjeux de gestion (volume/local).

L'article R.1112-7 du C.S.P modifié par le décret n° 2006-6 du 04 janvier 2006<sup>59</sup> précise en la matière :

- la responsabilité du directeur de l'établissement qui doit « *veiller à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des informations ainsi conservées ou hébergées* »,
- la durée de conservation du dossier médical qui doit « *être conservé pendant une durée de vingt ans à compter de la date du dernier séjour dans l'établissement... Ces délais sont suspendus par l'introduction de tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale de l'établissement de santé à raison de leurs interventions au sein de l'établissement* ».

Ce décret complète l'arrêté interministériel du 11 mars 1968 fixant le règlement opposable aux établissements hospitaliers en matière de conservation des archives (contenu, règles, lieu, délais et personnes habilitées à conserver les archives).

Le non-respect de ces droits et obligations risque d'entraîner la mise en œuvre de la responsabilité de l'établissement et de ses professionnels.

---

<sup>59</sup> Décret n° 2006-6 du 04 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel, op. cit. page 33.

Tout d'abord, au titre de la **responsabilité réparatrice**. Les fautes du fonctionnaire, et particulièrement du directeur sont très rarement détachables du service. Sa responsabilité n'est donc qu'exceptionnellement engagée pour ce genre de motifs.

Par contre, une de ses obligations de service exige qu'il assure l'organisation et le bon fonctionnement de l'établissement, afin que la responsabilité administrative ou pénale de l'établissement ne soit pas mise en cause. Les cas d'engagement de la responsabilité du directeur sur le terrain de la faute de service sont donc nettement plus fréquents (ex : non disponibilité du S.I à l'origine d'un dommage : condamnation de l'établissement, qui se substitue au directeur coupable de faute de service, à verser des indemnités aux éventuelles victimes).

Ensuite, au titre de la **responsabilité civile** dans le cas de faute se détachant du service c'est-à-dire personnelle. Les tribunaux d'instance ou de grande instance de l'ordre judiciaire sont alors compétents (arrêt Pelletier du tribunal des conflits du 30 juillet 1875).

Enfin, au titre de la **responsabilité pénale de l'établissement ou de l'agent**. Depuis le 1<sup>er</sup> mars 1994, les personnes morales de droit public, à l'exception de l'Etat peuvent faire l'objet d'une condamnation pénale. Deux conditions cumulatives doivent être réunies : l'infraction doit être commise pour le compte de l'établissement et doit être commise par les représentants ou les organes de l'établissement (C.A et directeur).

De même, une faute constitutive d'une infraction pénale autorise la mise en jeu de la responsabilité pénale de l'agent et non celle de l'administration, qu'elle revête ou non le caractère d'une faute personnelle.

La faute peut résulter d'un acte délibéré ou d'un acte involontaire aux conséquences dommageables. Dans le domaine sanitaire et social, la notion de faute involontaire peut être assimilée au manquement à une obligation de sécurité. Pendant longtemps, ce manquement a été associé aux délits d'homicide involontaire ainsi qu'aux coups et blessures involontaires. Il convient de noter, que la loi du 16 décembre 1996<sup>60</sup> relative à l'emploi dans la fonction publique prévoit « *l'obligation pour la collectivité d'accorder sa protection au fonctionnaire dans le cas où il fait l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle* ».

---

<sup>60</sup> Loi n° 96-1093 du 16 décembre 1996 relative à l'emploi dans la fonction publique et à diverses mesures d'ordre statutaire, J.O du 17 décembre 1996, 18512.

## **2.2- Plus généralement dans l'intérêt de l'utilisateur et de l'institution**

---

### **2.2.1- La qualité et la continuité des soins s'appuient sur un respect des droits des usagers**

La qualité est une obligation morale et professionnelle. La continuité est l'un des principes affirmés du service public<sup>61</sup>. L'utilisateur exige à juste titre une prise en charge continue de qualité dans le respect de ses droits. La qualité de l'information passe d'abord par la qualité des outils techniques et organisationnels disponibles.

Les professionnels se doivent donc de veiller au respect des droits de l'homme et du citoyen reconnus universellement ainsi que des principes généraux du droit français : non-discrimination, respect de la personne, de sa liberté individuelle, de sa vie privée et de son autonomie.

Ces dernières années, ces droits fondamentaux ont été renforcés par l'obligation d'information des personnes, tant en ce qui concerne leur état de santé (charte de la personne hospitalisée<sup>62</sup> et charte des droits et libertés de la personne accueillie<sup>63</sup>), qu'en ce qui concerne la condition d'accéder à leur dossier administratif. Ce droit est consacré par la loi<sup>64</sup>.

Les E.H.P.A.D doivent donc satisfaire ces demandes. A ce titre, le dossier informatisé de l'utilisateur, axe central du système d'information, participe directement ou indirectement au respect de ces droits.

Il permet de mettre à disposition l'ensemble des informations requises pour offrir une prestation adaptée aux besoins de l'utilisateur, tant d'un point de vue médical (dossier médical, dossier soins infirmiers..) que sur un plan qualité de vie (habitudes de vie).

---

<sup>61</sup> Les activités de Service Public sont régies par de grands principes (Loi de ROLLAND L.) : mutabilité, continuité, égalité.

<sup>62</sup> Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006-90 du 02 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

<sup>63</sup> Arrêté du 08 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, J.O du 09 octobre 2003, 17250-17252.

<sup>64</sup> Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal, J.O du 18 juillet 1978, 2851, modifié par l'article 7 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, J.O du 13 avril 2000, 5646-5654.



Il Inclut les libres choix de l'utilisateur (médecin traitant, ambulancier, pharmacie...), évalue le degré de dépendance de la personne (grille AGGIR et PATHOS), veille au principe de précaution (prévention des risques) grâce à des protocoles (base de données) et enfin, centralise ces informations (accessibilité).

### **2.2.2- Le dossier de l'utilisateur, outil essentiel à la communication et au fonctionnement institutionnel**

L'enjeu de la communication en E.H.P.A.D est de favoriser la nécessaire complémentarité des acteurs autour de l'utilisateur. Il convient donc de reconnaître le dossier informatisé de l'utilisateur comme un élément de communication pluridisciplinaire incontournable, dans le sens où il favorise cet élément de coordination entre les professionnels et les services.

C'est assurément un élément important auprès des agents de ces établissements qui fait très souvent l'objet d'enquêtes et d'axes d'amélioration dans les Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (C.L.A.C.T).

De surcroît, le dossier informatisé de l'utilisateur représente une source essentielle d'informations centralisées pour la gestion des établissements. En effet, la connaissance de l'état de dépendance des personnes accueillies calculé à partir de la grille AGGIR permet à l'établissement :

- de déterminer le prix de journée pour chaque résident dans le cadre de la tarification ternaire,
- de calculer le GIR moyen pondéré à des fins de négociation avec les autorités de tutelle de l'allocation des ressources de l'établissement,
- d'obtenir des statistiques (élaboration, calcul..) afin de disposer d'une meilleure connaissance de la clientèle accueillie.

Au regard des nombreux avantages présentés par l'informatisation du dossier de l'utilisateur, il a été convenu d'adapter le système d'information de la résidence des Acacias, avec comme axe central le dossier informatisé de l'utilisateur.

Cette adaptation du S.I représente une étape importante pour l'établissement et ses personnels. Elle nécessite une rigueur dans la démarche car ce projet fait appel à une architecture technique (réseau, matériels, logiciels..) et à différents acteurs (maître d'ouvrage, maître d'œuvre, professionnels de santé) qui vont intervenir tout au long du déroulement de ce processus. Les relations entre ces acteurs devront être bien précisées.

### III – L'INFORMATISATION DU DOSSIER DE L'USAGER À LA RÉSIDENCE DES ACACIAS, DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

**E**t maintenant que faire pour passer de la théorie à la pratique ? La plus grande difficulté se situe toujours dans cette question, qui ne dévoile pas aisément sa réponse. En effet, qui ne s'est pas trouvé dans une situation de difficulté au cours de la réalisation d'un projet alors que la confiance était de mise lors de l'étude.

Pour sortir vainqueur de cette confrontation, la formule est à peine exagérée, le directeur, maître d'ouvrage devra poser les conditions de la réussite. Pour cela, nous retiendrons la méthodologie préconisée selon G.PONÇON<sup>65</sup>. Elle est toutefois adaptée aux spécificités du projet développé.

Elle repose sur la définition d'une méthodologie pour garantir la réussite du projet et sur un projet précis, issu du schéma directeur établi préalablement (1) afin de décloisonner l'organisation de l'établissement et de rapprocher les logiques soignantes des logiques de gestion<sup>66</sup>. La réflexion menée au sein de la résidence des Acacias s'inscrit dans cette dynamique et propose des perspectives vers les enjeux de demain (2).

#### 1- LE MANAGEMENT DU PROJET, UN CHOIX STRATEGIQUE DU DIRECTEUR

Manager un système d'information requiert de la part du décideur d'identifier les différentes dimensions de ce dernier au travers d'un schéma directeur (1.1) afin d'optimiser son déploiement : architecture cible (1.2).

##### 1.1- Le schéma directeur du S.I comme préalable indispensable à tout déploiement

---

###### 1.1.1- Recensement des besoins et étude de l'existant

**Une attente forte de la part de la direction de l'établissement.**

---

<sup>65</sup> PONCON G. *Le management du système d'information hospitalier : la fin de la dictature technologique*. Rennes : Editions E.N.S.P, 2000. 254 pages.

Fondamentalement, le schéma directeur, partie intégrante du projet d'établissement, doit se concevoir dans la continuité de celui-ci. Il doit s'y « ancrer », et initier des projets spécifiques en lien avec la convention tripartite signée le 1<sup>er</sup> juillet 2005.

A ce titre, il s'agit d'un schéma directeur stratégique accompagnant le projet d'établissement. On parle « d'alignement stratégique<sup>67</sup> » du S.I conformément aux recommandations du Groupement pour la Modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers (G.M.S.I.H).

L'alignement stratégique du S.I consiste à faire en sorte que celui-ci soit un atout au service de la stratégie de l'établissement et qu'il fournisse aux professionnels de santé les outils permettant de mettre en œuvre cette dernière.

Les principaux objectifs stratégiques de la résidence des Acacias sont :

- améliorer les conditions d'accueil, de prise en charge, de sécurité et de confort des usagers,
- respecter les droits des usagers,
- faciliter le travail des équipes et utiliser au mieux le temps soignant dans un contexte de crise démographique durable,
- développer l'efficacité de l'organisation dans le cadre d'un fonctionnement plus transversal,
- favoriser la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles,
- favoriser le travail en réseau et la coopération avec les établissements du secteur des Marches de Bretagne ainsi qu'avec les professionnels libéraux.

Dans cette perspective, la résidence des Acacias se doit de faire évoluer son système d'information pour mieux répondre à ses objectifs.

**Cela passe nécessairement par le développement de l'informatisation des unités de soins, avec pour enjeu principal le passage du dossier papier de l'utilisateur au dossier informatisé de l'utilisateur comme véritable pilier du système d'information.**

Priorité essentielle pour un meilleur service rendu à l'utilisateur et une aide à l'activité des professionnels de santé.

---

<sup>66</sup> Réflexion émanant des journées des adhérents du Syndicat Inter hospitalier de Bretagne (S.I.B) à St Malo, les 30 et 31 mars 2006.

Ce futur S.I devra fournir des outils de pilotage à la direction (tableaux de bord, outils de simulation, systèmes d'aide à la décision, systèmes de requêtes personnalisées, etc..).

La résidence des Acacias se donne comme ambition de construire un S.I ouvert, communicant et centré sur la prise en charge de l'utilisateur. Ce dernier devra intégrer les exigences de continuité et de traçabilité des soins et assurer l'échange de données à l'intérieur de l'établissement mais également avec l'extérieur (médecins de ville, réseaux..).

Il devra assurer une couverture des différents domaines fonctionnels de l'activité de la résidence pour une meilleure fiabilité et un meilleur accès à l'information. De même, il devra favoriser le décloisonnement entre services et personnels, l'accélération du processus décisionnel et contribuer au développement du pilotage « médico-économique ».

Conformément à une démarche d'alignement stratégique, la direction de la résidence fait de ce projet une priorité stratégique qui se matérialise par une forte implication de sa part (directeur-stagiaire).

Avant de se lancer dans une recherche de solution informatique, la résidence a, dans ce contexte, réalisé un état des lieux précis de l'existant<sup>68</sup>, des dysfonctionnements et besoins en matière d'informations et d'échanges à partir des conclusions d'un groupe de travail pluridisciplinaire placé sous la responsabilité du directeur-stagiaire.

Pour aider le groupe travail dans cette démarche, une approche par les processus a été retenue. Une telle démarche contribue en effet à aider l'établissement à mieux connaître ses besoins réels, augmentant ainsi ses capacités à choisir et à mettre en place la solution informatique.

Elle facilite une vision globale de l'organisation et permet ainsi un véritable dialogue entre des professionnels de santé aux métiers variés, qui évoluent dans des services différents et, qui travaillent cependant en coopération pour la prise en charge coordonnée de l'utilisateur.

---

<sup>67</sup> ROMEYER C. BOIREAUX A. BERNADAC J.C. MATRAY C. MEYZONNIER C. GEINDRE C. « Système d'information et alignement stratégique. Expérience du C.H.U de St Etienne ». *Techniques hospitalières*, mai-juin 2005, n° 691, pp. 30-35.

<sup>68</sup> Cf. Annexe n° 6 : Etat des lieux de l'existant, page XIV.

### **1.1.2- Définition du schéma directeur et déploiement du scénario retenu**

Alignement stratégique et analyse par processus ont ainsi constitué les deux principes méthodologiques structurants de la démarche de la résidence des Acacias pour l'élaboration de son schéma directeur du S.I.<sup>69</sup>.

Répondant à deux objectifs bien définis, à savoir :

- les orientations stratégiques de l'établissement en tenant compte des besoins internes et externes,
- la constitution de celui-ci autour de l'utilisateur et des métiers,

son déploiement s'effectue de manière pragmatique, sous forme de plans d'actions pluriannuels (figure 6) et dans des délais particulièrement restreints pour le noyau central de son adaptation (huit mois).

Ce délai constitue néanmoins une opportunité puisqu'il permet de maintenir une dynamique tout au long du projet et favorise les prises de décisions rapides. L'implication de la maîtrise d'ouvrage, à l'initiative du projet, est un des atouts du projet.

- **Mise à niveau du réseau et du parc informatique : volets sécurité, performance et service,**
  - **Informatisation des unités de soins : dossier de l'utilisateur,**
  - **Déploiement de la messagerie : Internet (A.D.S.L) et Intranet,**
  - **Portail d'accès au S.I en fonction des droits d'accès de chaque catégorie de personnel,**
  - **Mise à disposition d'outils de pilotage médico-économique,**
  - **Informatisation du process Qualité et Prévention des risques.**

*Figure 6 : Les grands projets du S.I de la résidence des Acacias*

Autre avantage d'un schéma directeur du système d'information, sa globalité (schéma cible - figure 7). La résidence des Acacias souhaite préserver ce système dans les futures procédures d'appel d'offres.

---

<sup>69</sup> Cf. Annexe n° 7 : Le schéma directeur du système d'information de la résidence des Acacias, page XIX.

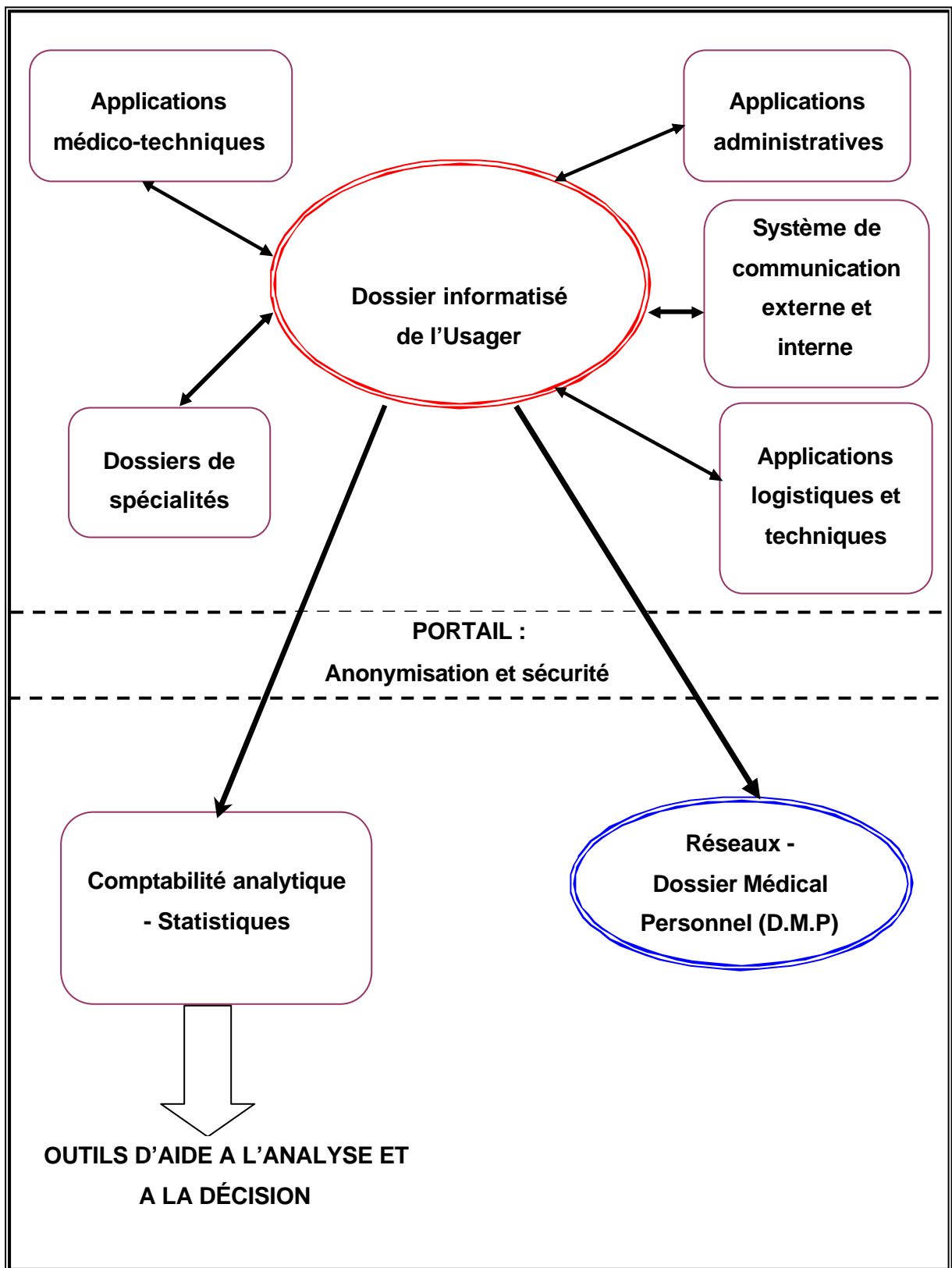


Figure 7 : Architecture cible du S.I de la résidence des Acacias

L'orientation principale retenue dans le cadre du schéma directeur du S.I, qui fait l'objet de la présente contribution, est celle relative à l'informatisation du dossier de l'utilisateur.

Il s'agit de mettre à disposition un document global informatisé de l'utilisateur qui répond aux impératifs d'une information médicale et soignante en temps réel, de manière sécurisée et structurée. Le tout, en favorisant des méthodes de transmissions efficaces (relèves ciblées) et en associant l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans le champ de l'établissement.

Le cahier des charges concernant le choix du progiciel a été élaboré dans la continuité du schéma directeur, dans la perspective d'une mise en place au cours du premier semestre 2006.

Par ailleurs, il convient de noter que la réglementation impose, pour certaines étapes, un cheminement très précis et bien souvent lourd à intégrer pour les établissements de petite taille qui ne disposent pas, et c'est bien souvent le cas, des ressources internes pour maîtriser et accompagner ces procédures.

#### ➤ **Le déroulement du projet en accord avec la réglementation**

Piloter un projet en établissement public afin de le mener à son terme requiert une certaine rigueur, compte tenu d'une réglementation qui définit certaines procédures. Les E.H.P.A.D, établissements médico-sociaux publics autonomes, doivent en effet se conformer aux dispositions du Code des Marchés Publics (C.M.P<sup>70</sup>).

Ce dernier, accorde cependant aux maîtres d'ouvrages publics une certaine souplesse pour conduire la réalisation de leur projet avec toutes les garanties de qualité et de sécurité.

En effet, le C.M.P définit les différentes procédures de passation des marchés et leur publicité, fonction des montants concernés. Il s'agit en l'occurrence de procédures adaptées, d'appels d'offres ou de procédures allégées en deçà du seuil de 4 000 €.

La personne publique (le directeur)<sup>71</sup> doit déterminer les différentes procédures de passation des marchés pour son établissement<sup>72</sup> en fonction d'une cartographie des besoins.

---

<sup>70</sup> Décret n° 2004-15 du 07 janvier 2004 portant Code des Marchés Publics, J.O du 08 janvier 2004, 37003-37027. Décret n° 2004-1298 du 26 novembre 2004 relatif à diverses dispositions concernant les marchés de l'Etat et des collectivités territoriales, J.O du 30 novembre 2004, 20310. Circulaire du 07 janvier 2004 portant manuel d'application du Code des marchés Publics, J.O du 08 janvier 2004, 37031 modifiée par la circulaire du 16 décembre 2004, J.O du 01 janvier 2005, 128.

<sup>71</sup> Circulaire DHOS/F4/n° 420 du 06 septembre 2004 relative à la compétence du directeur en matière de marchés publics.

Le C.M.P définit le rôle de la Personne Responsable du Marché (P.R.M) en ce qui concerne la préparation, la passation et l'exécution des marchés. Ce rôle dévolu au directeur, mais qui peut être partiellement délégué (article 20 du C.M.P), est également encadré en ce qui concerne la délégation de signature des marchés.

Compte tenu de ces différents éléments, la procédure adaptée a été retenue pour la passation des différents marchés liés au projet.

➤ **La nécessaire mise à niveau du parc informatique**

Suite à ce diagnostic de l'architecture informatique de la résidence, une remise à niveau de l'ensemble du parc s'imposait.

Compte tenu d'une certaine anticipation financière des besoins en section investissement (provision de 15.000€), un appel d'offres (procédure adaptée) fut initié pour les lots suivants : serveur, stations de travail, ordinateurs portables, onduleurs et contrat de maintenance.

Après analyse des différentes propositions (8) et négociation, la société O.G.I située à BRUZ a été retenue pour l'ensemble des lots du marché.

Parallèlement à ce marché, des câblages complémentaires (RJ.45 – cat. 5) ont été réalisés par le responsable technique de la résidence afin de parfaire l'ensemble du réseau. L'arrivée d'Internet à haut débit (A.D.S.L - société Mégalis) a complété l'ensemble du dispositif technique.

La résidence des Acacias dispose désormais de matériels<sup>73</sup> suffisamment performants pour mettre en œuvre l'informatisation du dossier de l'utilisateur.

Un plan spécifique d'accompagnement du parc technique en investissement (mise à niveau, besoins nouveaux dans le cadre de l'opération architecturale en cours) devra être arrêté annuellement et faire partie des priorités institutionnelles, sous peine de se retrouver à nouveau dans une situation inadaptée.

---

<sup>72</sup> Cf. Annexe n° 8 : Procédure en vigueur au sein de la résidence des Acacias concernant les modalités de mise en concurrence pour les achats de fournitures courantes - de services et travaux compris entre 0 et 230.000€ H.T extraite du manuel des achats, page XX.

<sup>73</sup> Cf. Annexe n° 9 : Descriptif du réseau informatique de la résidence des Acacias à l'issue de l'appel d'offres, page XXV.



## **1.2- Le déploiement de l'informatisation du dossier de l'utilisateur au sein de la résidence des Acacias**

---

« Une entreprise est toujours une société à entreprendre, un groupe à constituer » constate ETCHEGOYEN.A<sup>74</sup> dans son analyse pour aborder les voies contemporaines de la problématique des ressources humaines en entreprise.

L'évolution de la connaissance du fonctionnement des organisations serait une vaine entreprise si elle ne devait pas déboucher sur des actions concrètes capables d'imprimer des changements.

Cette problématique du changement est bien au centre du discours managérial et sociologique, comme si « la nouvelle entreprise », dans ses efforts pour créer une dynamique dans laquelle chacun de ses membres trouve les raisons de son implication, avait fini par faire converger deux parties pris, considérés pendant longtemps comme irréconciliables.

L'un et l'autre de ces discours se construisent à partir de nécessités et de réalisations objectives. En effet, pour résoudre les divers problèmes de qualité, de motivation, de qualification, etc..., les E.H.P.A.D disposent de tout un faisceau d'innovations, que SAINSAULIEU.R<sup>75</sup> qualifie de voies contemporaines de développement social.

Nous nous inspirerons librement de trois types de changement qui lui paraissent avoir des effets de développement social : le management participatif, les technologies nouvelles comme opportunités organisationnelles et la formation.

### **1.2.1- Le choix d'une démarche participative**

Au sein de la résidence des Acacias, une réflexion commune de projets est initiée depuis 2002, date d'arrivée du nouveau directeur.

Lors de l'élaboration de la convention tripartite, premier semestre 2005, le directeur rappelait son souhait de travailler « *dans un climat de confiance* » et de voir « *l'ensemble des acteurs s'investir dans ce dossier important pour l'établissement et les résidents* ».

---

<sup>74</sup> CITEAU J.P. *Gestion des ressources humaines : Principes généraux et cas pratiques*, 4<sup>ème</sup> édition. Paris : Editions Armand Colin et Dalloz, 2002. Page 11.

<sup>75</sup> SAINSAULIEU R. *Sociologie de l'organisation et de l'entreprise*. Paris : Editions des Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques et Dalloz, 1987. 390 pages.

Ce choix d'une démarche participative s'inscrit pleinement dans ces orientations et va nous permettre d'impliquer un plus grand nombre de personnels de la résidence dans un processus de décision et de mise en œuvre. Il repose sur un fonctionnement réel et démocratique et permet d'impulser une dimension concrète et fédératrice autour du projet de l'informatisation du dossier de l'utilisateur.

### **1.2.2- L'engagement de la direction**

L'engagement de la direction est un élément déterminant pour obtenir l'implication des personnels dans un projet. C'est un gage de réussite de l'action visée, comme l'a montré l'analyse des soixante programmes d'amélioration de la qualité coordonnés par l'A.N.D.E.M.

Cet engagement s'est concrétisé par une lettre d'information à destination de l'ensemble du personnel<sup>76</sup>.

Un courrier d'information à destination des médecins libéraux a également été rédigé et envoyé à cet effet.

### **1.2.3- L'inscription du projet dans le champ institutionnel**

Afin de formaliser la démarche d'adaptation du système d'information, l'ensemble des partenaires au sein des différentes instances de la résidence (C.T.E, C.V.S et C.A) ont été régulièrement informés de l'état d'avancement de la démarche et associés pour certains d'entre eux dans le groupe projet ou en tant que référents.

Des réunions et des notes d'information régulières ont complété le dispositif de communication sur le projet.

### **1.2.4- L'association des personnels au projet**

L'analyse stratégique des organisations mise au point par CROZIER.M et FRIEDBERG.E<sup>77</sup> fait une grande part à l'étude des résistances lors d'un processus de changements en organisation. Pour lui, cela représente le principal défi à relever et passe par une participation active des acteurs à l'élaboration des décisions qui les concernent.

---

<sup>76</sup> Cf. Annexe n° 10 : Extraits de la lettre d'information à destination du personnel de la résidence, page XXVIII.

<sup>77</sup> CROZIER M. et FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Paris : Editions du seuil, 1977. 437 pages.

Pour ce projet, cette participation s'est concrétisée par la constitution de deux groupes : projet et référents.

**Un groupe projet**, placé sous la responsabilité du Directeur-stagiaire a été constitué en mars 2005 après un appel à volontariat (note d'information). Conçu comme une instance stratégique de la politique de mise en œuvre de l'informatisation du dossier de l'utilisateur, sa composition associant différentes compétences métiers était la suivante :

- deux infirmières,
- deux aides soignantes
- deux agents des services hospitaliers,
- un agent administratif (admissions),
- un ouvrier professionnel

Ses missions : recueil des besoins et des attentes (brainstorming), lancement de la consultation, analyse des offres, visites sur sites pour les éditeurs de progiciels retenus après la première sélection sur dossier (2), choix définitif du progiciel et bilan du projet.

**Un groupe référents**, placé également sous la responsabilité du Directeur-stagiaire avec comme objectifs : assurer l'accompagnement de la mise en œuvre de l'outil (collecte des informations en amont, soutien aux équipes lors du déploiement) et pérenniser l'utilisation de l'outil au sein de la résidence (formation spécifique).

La composition de ce groupe s'est appuyée sur le volontariat (note d'information) et sur un petit noyau issu du groupe projet (3 personnes) :

- deux infirmières,
- quatre aides soignantes (dont une de nuit),
- une aide médico-psychologique
- trois agents des services hospitaliers (dont un de nuit),
- un ouvrier professionnel,
- un agent administratif.

### **1.2.5- L'analyse des solutions proposées en lien avec le cahier des charges**

Dans le prolongement de l'Avis d'Appel Public à la Concurrence (A.A.P.C), un cahier des charges<sup>78</sup> a été envoyé aux différents éditeurs de logiciels<sup>79</sup> ayant répondu. Après réception des offres commerciales, une première sélection s'est opérée après l'analyse des différents dossiers (en lien avec le cahier des charges et les contraintes de la résidence : financière, interopérabilité avec les autres progiciels de la résidence, positionnement des médecins libéraux, etc...).

Après présentation du rapport d'analyse des offres au directeur par le responsable projet, il fut convenu de ne retenir que deux prestataires, à savoir : la société CORWIN pour le progiciel OSIRIS et la société A.S.C.2.I pour P.S.I.

A l'initiative du groupe projet, des démonstrations en intra et visites sur sites furent organisées.

Les présentations commerciales des progiciels ont permis au groupe projet de mieux appréhender les produits présentés et de débattre des questions qui étaient apparues lors de l'étude des différentes propositions.

Les visites sur sites, d'un intérêt non négligeable (mise en exergue des difficultés rencontrées lors de l'exploitation de ces progiciels), ont permis de valider ou d'infirmer les orientations prises par le groupe projet.

Au-delà de cet aspect, la maîtrise du changement passe inévitablement par l'exercice de décision. Décider c'est choisir, parmi plusieurs solutions possibles, la plus pertinente, susceptible de conduire au résultat voulu, au moindre coût, dans un délai jugé souhaitable et possible, en utilisant au mieux les informations et les compétences disponibles<sup>80</sup>.

A l'unanimité du groupe projet, le logiciel P.S.I : Projet de Soins Informatisé développé par la société A.S.C.2.I (plus de 1000 établissements équipés en France dont 80% d'E.H.P.A.D) est apparu comme le plus complet et le mieux adapté aux besoins de la résidence. Choix validé par le directeur lors d'une séance plénière du groupe projet.

---

<sup>78</sup> Cf. Annexe n° 11 : Cahier des charges de la consultation pour l'informatisation du dossier de l'utilisateur, page XXX.

<sup>79</sup> Plusieurs éditeurs proposent une offre pour l'informatisation du dossier de l'utilisateur : Azur Software, Dis, Solware Santé (ex. Géronciel), Mediane, Prog'Or, Tesys, Malta Informatique....

<sup>80</sup> MIRAMON J.M. *Manager le changement dans l'action sociale*. 2<sup>nd</sup> édition. Rennes : Editions E.N.S.P, Mars 2001. 105 pages.

Il convient de noter que le progiciel était déjà utilisé par six médecins libéraux intervenants au sein de la résidence dans un hôpital de proximité voisin. Ce qui représente un atout important pour le déploiement et l'implication de ces médecins.

### **1.2.6- Les fonctionnalités du progiciel retenu**

P.S.I se décline en huit modules «expert métier » : soins, médical, prescriptions, psy, kiné, social, animateur, cibles – DI<sup>81</sup>. En options : modules Intranet, interface Vidal et Axilog (réseau ville – hôpital).

La convivialité du progiciel repose sur sa facilité d'utilisation par les professionnels. À chaque prise de poste, les personnels disposent de l'ensemble des transmissions de leur service ou de l'établissement, des plans de soins nursing pour les A.S et des plans soins infirmiers pour les I.D.E. Ces derniers servent de support à leur travail quotidien.

En outre, l'application est riche de 320 soins paramétrés, 350 protocoles écrits, 110 diagnostics infirmiers (avec 2.000 données, interventions et évaluations), 12.000 spécialités pharmaceutiques, 14.000 diagnostics médicaux, 220 actes kinés, 44 grilles d'évaluation pré-paramétrées, 1.000 documents exploitables comme les fiches administratives, le recueil des données, les grilles AGGIR et G.M.P, les évaluations, les plans, diagrammes et tableaux de soins, les transmissions (ciblées), les déclarations de chute, les déclarations de fugue, les documents d'hospitalisation avec courrier, les semainiers, les fiches de traitements, les ordonnances (classiques, bi-zone, de sortie), les synthèses médicales, les statistiques (400 états avec ou sans graphique), etc....

L'ensemble étant paramétrable à souhait suivant les choix et besoins de l'établissement.

Un module « Intranet » est venu compléter l'ensemble du dispositif, permettant ainsi à chaque agent de disposer d'une messagerie interne.

---

<sup>81</sup> Cf. Annexe n° 12: Contenu des modules « expert métier » de P.S.I, page XXXVIII.

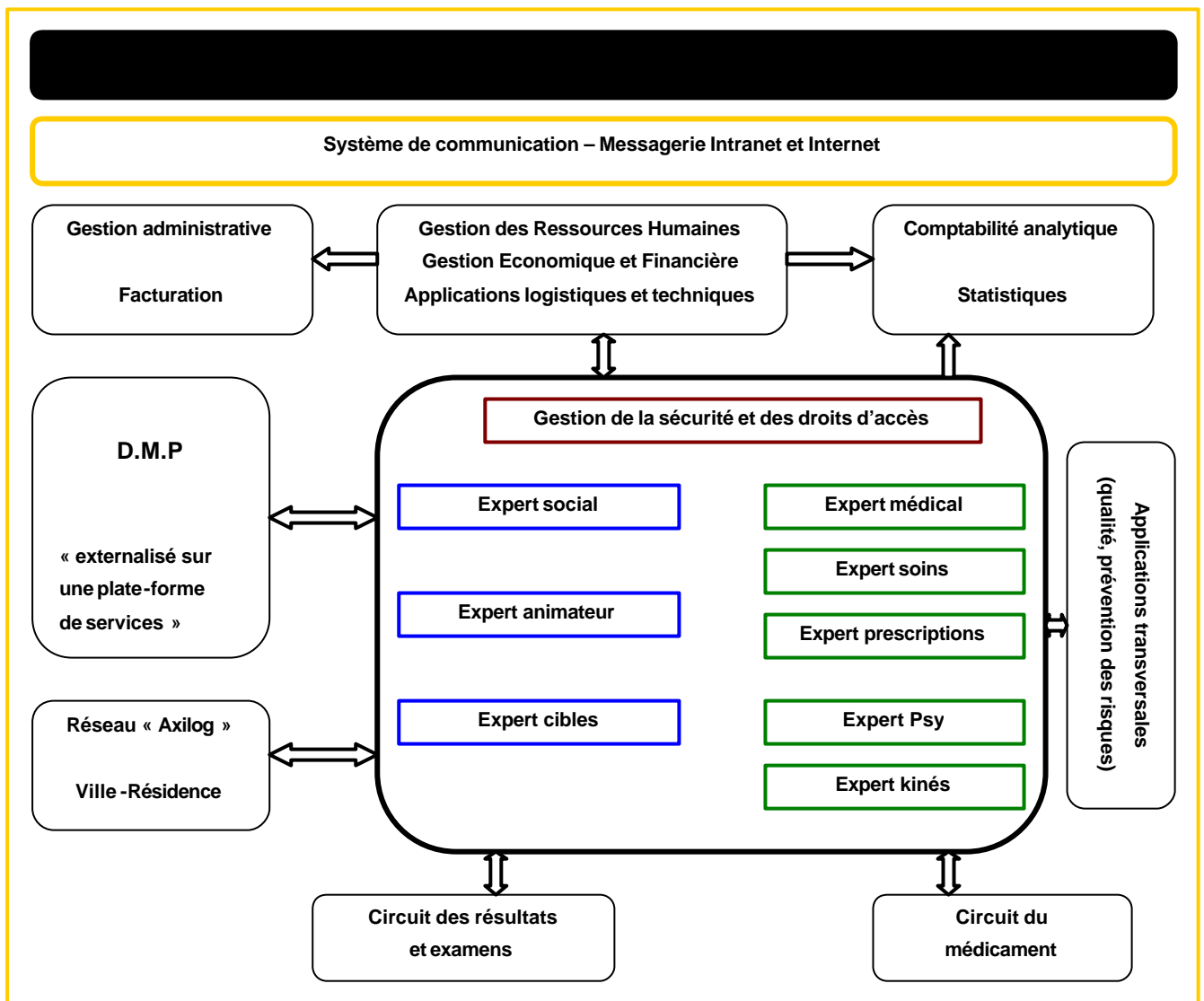


Figure 8 : Périmètre fonctionnel de P.S.I

### 1.2.7- Le choix d'une formation adaptée et contributive à la réalisation du projet

« Le management des S.I est aussi indispensable à la pérennité d'un hôpital que le management des hommes » constatait PEYRET.P<sup>82</sup> en 2000.

Cette affirmation est aujourd'hui d'autant plus vraie qu'il faut à la fois, repenser la technologie afin qu'elle réponde aux besoins de l'organisation et des utilisateurs, et modifier la structure des E.H.P.A.D et l'attitude des personnels par la formation et l'apprentissage.

<sup>82</sup> Préface du livre de PONÇON G. *Le management du système d'information hospitalier : la fin de la dictature technologique*, op. cit. page 47.

En accord avec la directrice, il nous a semblé important d'insister sur la formation des personnels. «Chaque agent à son poste de travail doit être reconnu comme partie prenante du mouvement continu de migration d'un état stable vers un autre état stable, mouvement qui caractérise tout processus de conduite du changement » souligne G.PONCON<sup>83</sup>.

La formation favorise l'accueil du changement. Participer à une formation signifie déjà se remettre en question, accepter d'apprendre de nouvelles choses, vouloir progresser.

Dans le cadre de ce projet, deux actions de formations ont été menées. Une première, en amont du projet, dite de sensibilisation ou d'initiation à l'outil informatique, la seconde, portant directement sur l'utilisation du progiciel.

➤ **Une action d'initiation informatique assurée par le responsable projet**

Son objectif : rassurer les personnes néophytes en informatique en abordant les concepts de base de l'outil informatique : mise en service d'un ordinateur, connaissance du clavier et de l'écran (notion de bureau, de logiciels, d'icônes, de fichiers..), utilisation de la souris, fonctionnement de l'imprimante (changement de cartouche...), saisie de textes....

Après un recensement (note d'information), plusieurs séances individualisées ont été organisées en interne et ont permis au travers d'exercices pratiques et ludiques de tranquilliser une dizaine d'agents de la résidence.

➤ **Une action liée à l'utilisation de l'outil P.S.I assurée par le prestataire**

Après échanges avec le prestataire et à notre demande, il a été convenu de diviser cette formation<sup>84</sup> en deux troncs bien distincts, à savoir :

- un module spécifique pour le groupe référent sur un jour de formation afin de comprendre les différentes spécificités et modalités de fonctionnement du progiciel. Cette formation a été complétée par une journée supplémentaire deux mois plus tard à des fins d'un premier bilan (constats, difficultés, mesures correctives),
- un module généraliste pour l'ensemble des personnels (40 personnes formées, soit 75,5% du personnel) sur l'utilisation au quotidien du progiciel (mises en situation, recensement et saisie des informations).

---

<sup>83</sup> PONÇON G. *Le management du système d'information hospitalier : la fin de la dictature technologique*, op. cit. page 47.

<sup>84</sup> Cf. Annexe n° 13 : Actions de formation spécifiques à l'utilisation de P.S.I, page XLI.

Les agents non formés par le prestataire l'ont été la semaine suivant la mise en œuvre du progiciel par le responsable projet et le groupe référent.

Il convient de noter que les médecins libéraux n'ont pas souhaité participer à ces formations. Néanmoins, ils ont participé à des actions plus ciblées (dossier médical) organisées par la directrice et le responsable projet.

### **1.2.8- Une déclinaison opérationnelle respectant un calendrier de réalisation**

La forte implication des professionnels de la résidence assisté d'un groupe référents motivés a très fortement contribué à la réussite de ce processus de déploiement de P.S.I.

Les grandes étapes pratique du déploiement : information du personnel, mise en place du groupe projet avec phasage de ses missions, déploiement de P.S.I (groupe référents, formations, optimisation), bilan (groupe projet et directrice) et première évaluation.

Cette démarche pragmatique : réflexion, décision, déploiement, optimisation, évaluation et éventuellement, adaptation ont permis de respecter le calendrier (figure 9) arrêté en début de projet (soit huit mois) et de répondre à la commande initiale de la directrice, à savoir : un déploiement effectué et stabilisé pour fin juin 2006.

<b>Octobre 2005</b>	Appel d'offres suivant procédure adaptée	-> réponse de 4 sociétés pour envoi cahier des charges
<b>Novembre 2005</b>	Deux sociétés retenues :	<b>A.S.C.2.I</b> <b>P.S.I</b> <b>CORWIN</b> <b>OSIRIS</b>
<b>Décembre 2005</b>	Visites sur sites utilisateurs Évaluation et synthèse	
<b>Janvier 2006</b>	Choix du prestataire :	<b>A.S.C.2.I</b> <b>P.S.I</b>
<b>Avril 2006 – Juin 2006</b>	<b>Déploiement de P.S.I dans les unités de soins, formation et évaluation</b>	

Figure 9 : Calendrier de déploiement de P.S.I



## **2- BILAN ET PERSPECTIVES DU DOSSIER INFORMATISÉ DE L'USAGER**

### **2.1- Un bilan satisfaisant de cette adaptation du système d'information**

---

---

La mesure de l'efficacité des actions menées doit s'opérer tout au long du projet et après.

Au-delà de l'évaluation des actions de formations et de la journée complémentaire à des fins de premier bilan, une réunion du groupe projet a eu lieu trois mois après l'installation de P.S.I. Cette réunion comprenant également la direction de l'établissement a permis de faire un point de situation sur le fonctionnement général de P.S.I.

Après éclaircissements, plusieurs éléments remontés du terrain ont pu obtenir des réponses positives ou les compléments d'informations souhaitées. Trois guides d'utilisation simplifiés de P.S.I (administrateur, médical et soignant) reprenant l'ensemble des modules concernés sous forme de fiches méthodes ont été réalisés par le responsable projet. Ces documents sont aujourd'hui disponibles, soit sous forme papier (classeur), sous forme électronique (bureau de l'écran informatique).

Fin 2006, il est également prévu la réalisation d'une autre évaluation (groupe projet) dont l'objectif général sera de s'assurer de la mise en œuvre effective et globale de l'informatisation du dossier de l'utilisateur huit mois après sa mise en service. Cela passe par un recensement des éventuels dysfonctionnements (niveau d'utilisation du progiciel, satisfaction de l'utilisateur, atteinte des objectifs et gains qualitatifs) afin de produire des constats, recommandations dont la direction de la résidence conservera la maîtrise.

Une ou des actions de formation avec le prestataire progiciel (société ASC2I) seront, si besoin, programmées en 2007 pour répondre aux besoins identifiés.

#### ➤ **A des fins de pérennisation**

Pour évaluer les conséquences de cette mutation organisationnelle au sein de la résidence, il nous semblait indispensable de s'intéresser également à la représentation des professionnels qui échangent des informations, des techniques et des savoirs.

Pour ce faire, nous avons mené une enquête statistique par questionnaire fermé<sup>85</sup>, afin d'évaluer le niveau de ressenti et de connaissance des utilisateurs dans ce domaine.

---

<sup>85</sup> Cf. Annexe n° 14 : Questionnaire de l'enquête et résultats (graphiques), page XLIII.

Les résultats de cette enquête permettent d'identifier les représentations que les utilisateurs actuels du système d'information se font de cet outil et de dégager éventuellement des axes de formation pour le futur plan de formation de la résidence.

Cette enquête a fait l'objet d'une remise de quarante-cinq questionnaires anonymés, pour un retour de vingt questionnaires, soit 44,45%.

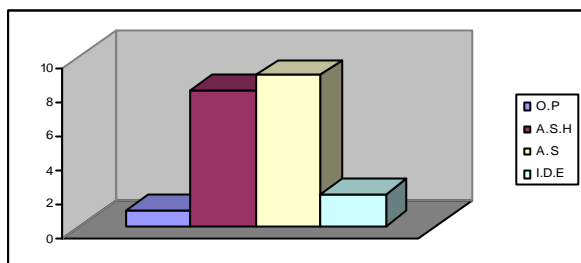


Figure 10 : Répartition des réponses par corps de métier

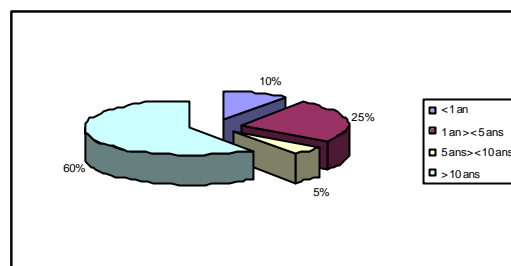


Figure 11 : Ancienneté dans l'établissement

Un nouveau système d'information très majoritairement perçu comme une amélioration de la coordination des soins, de la circulation de l'information et comme un instrument permettant une meilleure prise en charge de l'utilisateur.

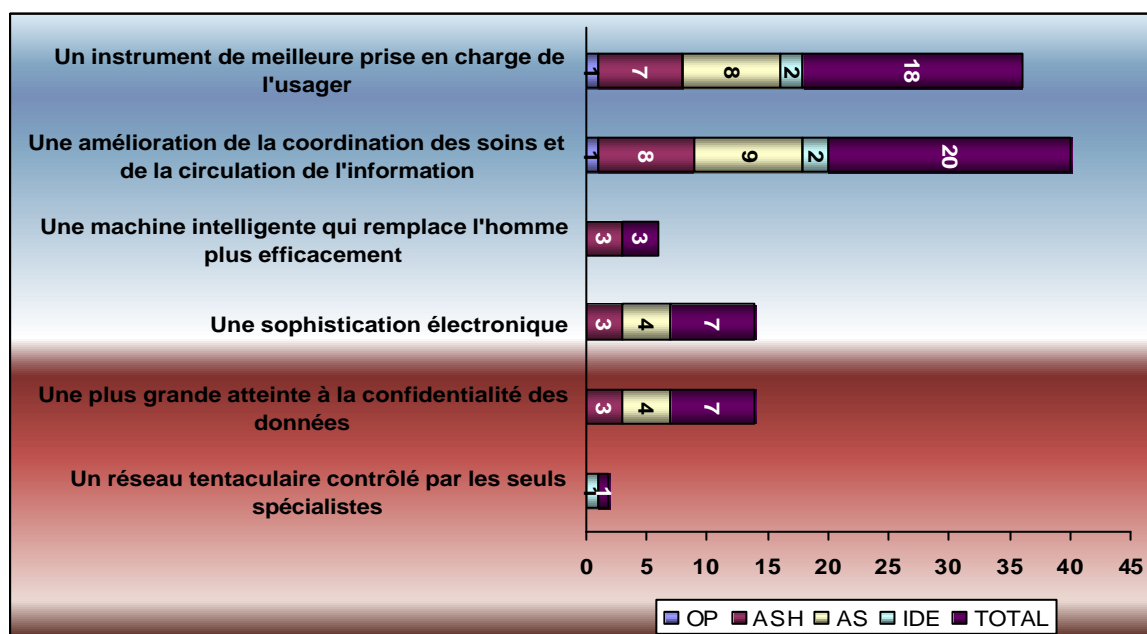


Figure 12 : Avez-vous entendu parler du nouveau système d'information de la résidence et comment le qualifiez-vous?

Une attente très importante de la part du personnel en matière de traçabilité et d'accessibilité à l'information, de planification organisationnelle, de formation à la sécurité informatique et d'information relative aux obligations professionnelles (secret professionnel, secret médical, secret médical partagé) et aux droits des usagers.

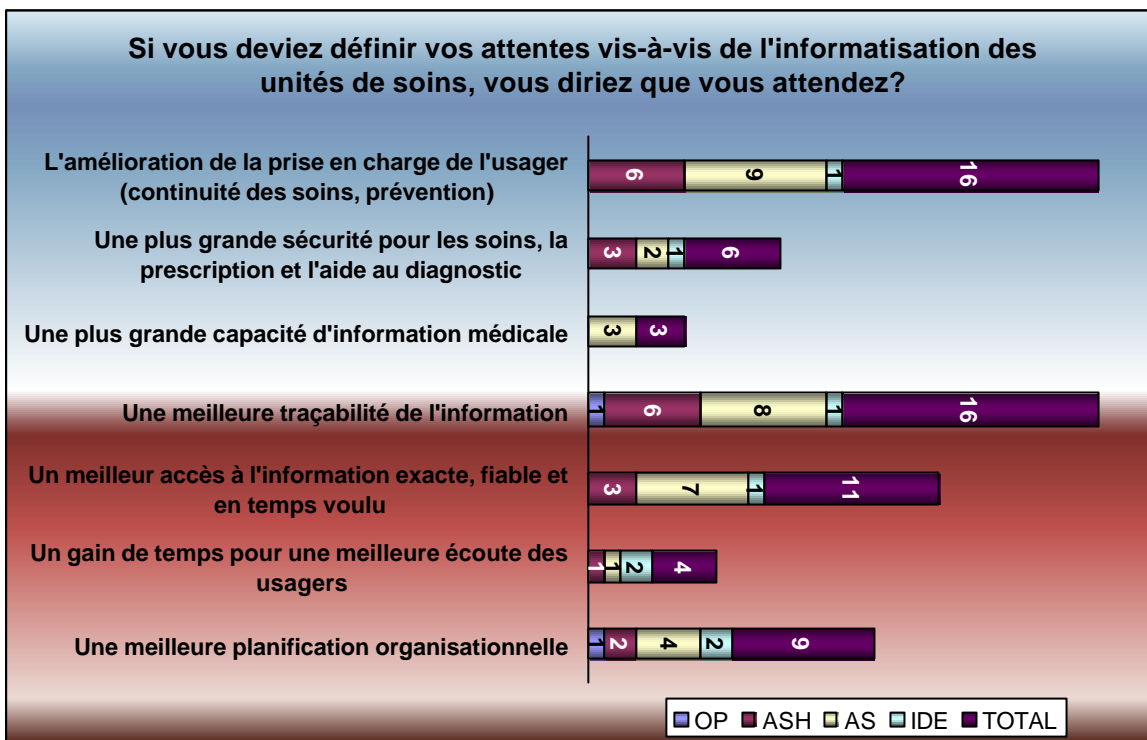


Figure 13 : Si vous deviez définir vos attentes vis-à-vis de l'informatisation des unités de soins, vous diriez que vous attendez?

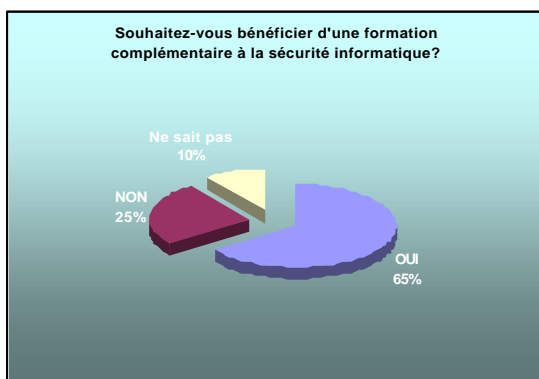


Figure 14 : Souhaitez-vous bénéficier d'une formation complémentaire à la sécurité informatique?

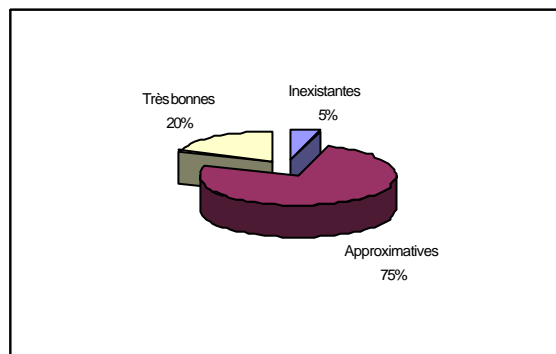


Figure 15 : Si vous deviez évaluer vos connaissances en matière d'informatisation des données personnelles et médicales, vous diriez qu'elles sont ?

## 2.2- Un progrès au service de projets plus ambitieux

Cette adaptation du S.I de la résidence représente une première étape et n'est pas une fin en soi. Le propre du tout S.I performant reposant sur leur capacité d'évolution. Parmi les futurs outils de coordination figure le D.M.P. et les réseaux.

Comme le précise la trajectoire de l'architecture cible du S.I de la résidence<sup>86</sup>, une anticipation de certaines de ces évolutions sont d'ores et déjà intégrées dans le cahier des charges ou font l'objet d'une réflexion.

L'exigence étant d'apporter des réponses concrètes à toute évolution du S.I jugée nécessaire.

### **2.2.1- Le Dossier Médical Personnel (D.M.P), perspectives et réalités**

Le D.M.P<sup>87</sup> est, avant toute chose, un dossier de coordination et non un dossier de prise en charge. Il ne se substitue donc aucunement aux différents dossiers métiers des médecins libéraux, des professionnels hospitaliers ou des réseaux de soins. Les données figurant dans le D.M.P sont reprises à partir des différents logiciels métiers, sans double saisie. De plus, ce n'est pas un outil de statistiques de santé mais une ouverture à visée publique peut-être envisagée.

Deux lignes directrices ressortent du D.M.P : « d'une part, il correspond à une externalisation et une dématérialisation des données personnelles de santé et d'autre part, rien ne peut se faire sans l'accord du patient. Le D.M.P apparaît ainsi comme le dossier du patient (de l'assuré)<sup>88</sup> ».

Dossier personnel, partagé, sécurisé et dont les droits sont gérés par le patient lui-même. Obligatoire pour chaque assuré de l'assurance maladie âgé de plus de 16 ans et dont le contenu (fixé par l'article L.161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale) comporte l'ensemble des éléments d'information essentiels du parcours de soins du patient, issus du monde libéral et hospitalier, des pharmacies et des laboratoires (actes, consultations, éléments de diagnostics et/ou thérapeutiques, mais aussi état civil, données consultables par les professionnels paramédicaux, volet destiné à la prévention...).

Il s'avère nécessaire de prendre au sens large l'expression « médical » dans l'intitulé du dossier, par références, « aux professionnels de santé » et à l'article L.1111-8 du code de la santé publique, qui évoque des « données de santé ».

---

<sup>86</sup> Cf. figure 7, op. cit. page 52.

<sup>87</sup> Issu de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (articles L.161-36-1 et suivants) et en prolongement de la loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, op. cit. page 26.

<sup>88</sup> CLEMENT C. « Quelques problématiques juridiques au sujet du Dossier Médical Personnel ». *La Gazette de l'hôpital*, août 2006, n° 63, pp. 11-12.

Ce D.M.P devra garantir une identification plus fiable du dossier patient<sup>89</sup>, donc du dossier usager, au sein des systèmes d'information.

L'ensemble des établissements de santé et les professionnels libéraux déposeront, selon la note d'orientation sur les données partagées du patient du Professeur Fieschi.M, à une « adresse qualité santé » placée dans un « coffre fort », de chaque patient, chez un hébergeur agréé<sup>90</sup>, les informations dont ils disposent sur leurs patients.

Ce projet s'inscrit donc dans une double démarche<sup>91</sup> initiée dans le temps, à savoir :

- généralisation rapide du D.M.P afin de mettre à disposition un instrument commun de synthèse de l'information pour optimiser la prise en charge du patient,
- construction du système d'information de santé en instaurant des architectures, des référentiels de communication et des services associés qui autoriseront d'envisager un partage plus poussé des informations.

A ce titre, lors des journées d'Hôpital expo<sup>92</sup>, Mr Picard J.M Directeur médical du G.I.P – D.M.P a insisté sur la date prévue pour la généralisation du D.M.P, à savoir début 2007 et fait le point sur l'année 2006, année de transition mais ô combien charnière et indispensable.

Tests sur 17 sites répartis en 13 régions et portant sur 30.000 dossiers, agrément de six hébergeurs après appel d'offres, lancement de deux appels d'offres pour le modèle économique du D.M.P et l'hébergeur de référence...

La généralisation du D.M.P dépendra sans aucun doute des évolutions culturelles et organisationnelles que l'ensemble des acteurs concernés saura accepter.

---

<sup>89</sup> Annonce faite en 2004 par l'ancien Ministre de la Santé, Monsieur Philippe DOUSTE-BLAZY, sur la base des principes suivants : consultation sur accord du patient, usage de la carte vitale dernière version et de la carte de professionnel de santé du médecin, agrément d'un site hébergeur hautement sécurisé, performance des systèmes d'information.

<sup>90</sup> Décret n° 2006-6 du 04 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère médical, op. cit. page 33.

<sup>91</sup> CIRRE P. « Le dossier médical personnel, levier pour la modernisation des systèmes d'information de santé ». *Bulletin de la Société Française de Radiologie*, avril 2005, n°21, pp. 4-5.

<sup>92</sup> Hôpital expo. 3<sup>ème</sup> journées nationales de l'information médicale sous l'égide du C.N.I.M. Le Dossier Médical Personnel (D.M.P) et le Dossier Communiquant en Cancérologie (D.C.C). Paris, 17 mai 2006.

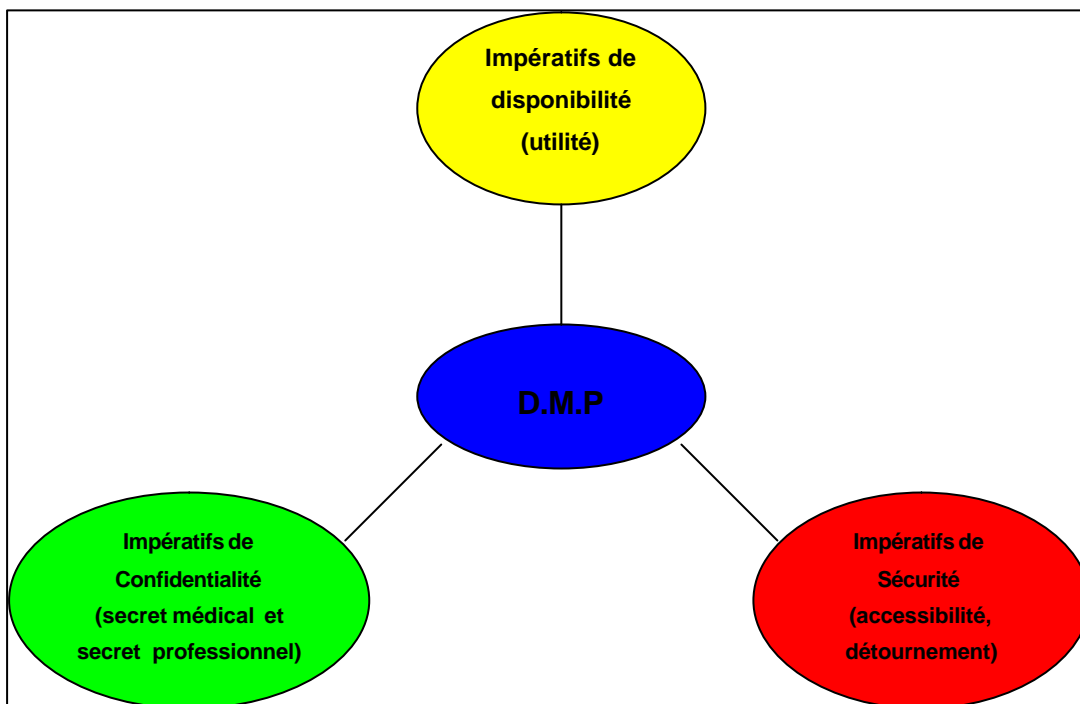


Figure 16 : Le D.M.P., où la difficulté de conjuguer des impératifs opposés

Ce qui fait dire au Dr LETOUMELIN.P (Direction de la politique médicale – A.P.-H.P) lors de cette journée « *Le D.M.P va instaurer de nouveaux modes de travail ville-hôpital, une nécessité en investissement importante pour un retour sur investissement au travers d'une diminution des consultations et d'une amélioration de la qualité médicale* ».

Le tout, dans un contexte D.M.P très évolutif, mais avec des réalités incontournables pour l'ensemble des établissements du secteur sanitaire et social, à savoir :

- nécessité pour les établissements de recentrer l'ensemble de leurs systèmes d'information autour de l'utilisateur, ce qui est loin d'être dans la majorité des cas,
- besoin de structurer les dossiers informatiques (hiérarchisation des documents),
- obligation d'alimenter automatiquement le D.M.P à partir des dossiers métiers mais avec un double contrôle d'accès, condition sine qua non du succès.

Consciente de l'importance de ce nouveau dispositif, la direction de la résidence des Acacias souhaite dès à présent intégrer cette future évolution au sein de son système d'information.

L'adaptation du S.I de la résidence, en passant d'une informatisation administrative à une informatisation médicale, répond à une première étape indispensable pour la totale dématérialisation du dossier médical, au service d'une meilleure qualité de prise en charge de l'utilisateur.

Le facteur qualité est essentiel et permettra, sans nul doute de mieux soigner « à moindre coût <sup>93</sup> ». Il convient de noter que la loi du 13 août 2004 autorise la réduction des droits sociaux du patient qui refuserait l'hébergement de toutes ses données personnelles de santé et le déconventionnement du professionnel de santé qui ne remplirait pas ses obligations <sup>94</sup>.

### **2.2.2- La communication extérieure au travers des réseaux**

Autre axe de développement, la communication externe avec des réseaux généralistes ou spécialistes (plate forme régionale e-santé, portail Internet PART'AGE au sein du secteur des Marches de Bretagne...). Cette question se pose de plus en plus avec insistance, d'où la nécessité d'une parfaite coordination entre les différents professionnels de santé impliqués par l'intermédiaire d'outils performants et fiables.

Le module « **AXILOG** » dans P.S.I est conçu à cet effet et permet de mettre en place un réseau informatisé partagé et sécurisé de type « ville – E.H.P.A.D ». Sa mise en œuvre représentera une étape indispensable en matière d'échange de données médicales informatisées et sécurisées (boîtes aux lettres) avec les établissements du secteur et professionnels de santé libéraux.

Il permettra également de résoudre nombre de difficultés qui se font jour quotidiennement dans beaucoup d'E.H.P.A.D, notamment dans le domaine des hospitalisations de résident, de délivrance ou de modification d'ordonnances à distance, d'échanges avec la pharmacie de ville ou de résultats de laboratoires <sup>95</sup>.

### **2.2.3- La dématérialisation des informations par la télétransmission**

L'amélioration de la gestion des établissements doit se prolonger par une dématérialisation des titres de recettes et mandats de dépenses avec la trésorerie, les caisses d'Assurance Maladie et les mutuelles.

De même, les politiques d'achats publics (homogénéisation des outils de gestion) et la gestion des fonctions logistiques (outils adaptés aux pratiques professionnelles) se doivent d'être plus efficaces. La contribution du S.I est incontournable en la matière.

---

<sup>93</sup> HEMERY P. «Dossier Médical Personnel : objectif 2007, un défi ambitieux mais réalisable, Contenu et scénario de déploiement du D.M.P sont déjà déterminés, 3,5 milliards d'euros d'économies attendues ». *Hospimédia*, 03 mars 2005.

<sup>94</sup> DURRIEU-DIEBOLT C. « Le dossier médical personnel : un nouvel outil de coordination ». *Bulletin Juridique de la Santé Publique*, Janvier 2005, n° 79, page 7.

## **2.2.4- Le transfert des informations au travers de connexions hautement sécurisées**

Dans ce contexte évolutif, la circulation de l'information représente plus que jamais un enjeu majeur pour les données partagées et ne peut continuer à se faire par une sécurité de type « identifiant – mot de passe », compte tenu de limites constatées :

- mot de passe parfois divulgué ou dérobé à l'insu de son propriétaire,
- gestion des mots de passe contraignante,
- couple « identifiant – mot de passe » ne permet pas d'effectuer une authentification mutuelle lors d'une communication, de garantir l'intégrité des données (altération possible lors du transport) et d'assurer la confidentialité des échanges (risque d'écoute de la ligne).

En conséquence, il y a nécessité de prévoir un système d'authentification fort des professionnels de santé « *garantissant un espace de confiance partagé*<sup>96</sup> ». Identification individuelle (référentiel commun, certification reconnue par une autorité) et processus de vérification de l'identité (procédés cryptographiques hautement sécurisés combinant trois éléments de preuve : ce que je possède, ce que je sais, ce que je suis).

L'utilisation de la **Carte Professionnelle de Santé (C.P.S)**, fortement encouragée par la C.N.I.L en tant que passeport obligatoire dans l'échange des informations dans le monde de la santé, permettra à terme d'assurer la sécurité nécessaire à l'identification et de répondre aux attentes que sont :

- la garantie du secret médical,
- la confidentialité des informations dans le cadre du déploiement du D.M.P,
- la garantie d'un espace de confiance partagé entre les professionnels et le patient.

Le fait que chaque praticien libéral dispose déjà de cette carte au sein de son cabinet pour son activité professionnelle, facilitera sans nul doute, le déploiement d'un tel dispositif et par conséquent la sécurisation des échanges au sein des réseaux « ville – E.H.P.A.D ».

---

<sup>95</sup> Normes Hprim et Hprim Net.

<sup>96</sup> WEHRUNG M. Directrice du G.I.P-Paris : Carte de Professionnel de Santé. Intervention lors des 3<sup>ème</sup> journées nationales de l'information médicale sous l'égide du C.N.I.M. Hôpital expo, Paris, 17 mai 2006.



## CONCLUSION

*« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles paraissent difficiles ».*

*Sénèque*

L'évolution de la société contemporaine conduit les E.H.P.A.D à s'adapter à de nouvelles exigences : droits des usagers, démarche qualité... Devant cet état de fait, la maîtrise de l'information apparaît comme un élément essentiel et indissociable de toute stratégie managériale. Le plan « Hôpital 2007<sup>97</sup> » a d'ailleurs retenu comme l'un des axes prioritaires du secteur sanitaire, l'évolution des systèmes d'information.

Aujourd'hui, le management des S.I est aussi indispensable à la pérennité d'un établissement que le management des hommes et ce, dans un but bien précis : améliorer le recueil, le transfert et l'usage des informations qui circulent tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement. L'informatisation du dossier de l'utilisateur répond pleinement à cette nécessité.

Manager un S.I donne également aux responsables hospitaliers l'occasion de réfléchir sur l'organisation des différents processus de production à fort contenu informationnel et permet de les faire évoluer positivement.

Cette première adaptation du S.I à la résidence des Acacias fut riche d'enseignements. **En assurant le passage du dossier papier au dossier informatisé de l'utilisateur**, elle a contribué à :

- assurer une cohérence et une traçabilité des informations regroupées autour du dossier de l'utilisateur,
- mettre en place la saisie contrôlée, assistée et chronologique des transmissions diverses et prescriptions entre les acteurs intervenant au sein de l'établissement.

---

<sup>97</sup> Circulaire DHOS/F/2003/139 du 20 mars 2003 relative au Plan d'investissement national « Hôpital 2007 ».

Cet aspect élimine toute retranscription, facilite l'harmonisation des pratiques, d'où une meilleure efficacité dans le travail et un gain de temps potentiel,

- prendre conscience des nombreux questionnements quant à l'adaptation de l'individu à toute évolution, et plus particulièrement à l'évolution technologique. A ce titre, l'adaptation du S.I représente une étape importante pour les personnels soignants de la résidence ; cela leur permet de rentrer de plein pied dans le XXIème siècle. Siècle où la technologie (N.T.I.C) se met à la disposition des professionnels au service des usagers,
- respecter le secret médical avec une sélection de l'information en fonction de chaque catégorie de personnel,
- garantir une meilleure prise en charge de l'utilisateur : mise à disposition de chacun des intervenants de toutes les informations disponibles,
- permettre une continuité des soins dans la connaissance du parcours de soins de l'utilisateur : dossier de synthèse en cas d'hospitalisation.

Au delà de la technologie, ce processus d'adaptation du S.I s'inscrit pleinement dans les domaines d'activités couverts par le directeur devenu « dirigeant-manager » du fait :

- **de la dimension politique et stratégique** du S.I. Elle est primordiale, car elle va influencer l'adaptation de l'établissement aux besoins avérés d'un secteur, sur les coûts financiers d'exploitation et sur la vie quotidienne des agents de la structure. Concernant les besoins, l'aspect concurrentiel au sein d'un même secteur ou d'un même département qui se fait de plus en plus jour, conforte une anticipation managériale de la part du dirigeant,
- **de l'efficacité**, c'est-à-dire la recherche d'efficacité et de compétence dans la mise en place d'un S.I. Plus le système est performant, plus l'avantage sur d'autres organisations ou structures est important,
- **de la mutabilité** du S.I, fruit d'une nécessaire interaction avec les mutations du secteur concerné. Anticipation et opportunisme, deux facteurs clés dans la rédaction du schéma directeur du système d'information.
- de sa capacité à concevoir l'organisation de l'établissement comme **un réseau de processus coordonnés**. Cela sous-tend la nécessité d'initier une démarche de management de la performance et de la qualité axée sur des objectifs plausibles et expliqués.

Démarche avant tout participative, impliquant obligatoirement le directeur et nécessitant un processus de pérennisation s'appuyant sur un « effort » d'encadrement et de formation.

Communiquer pour une meilleure relation, n'est-ce pas là une des priorités ?

La mise en œuvre d'une vision globale et partagée de l'utilisateur est l'un des moyens d'y parvenir : mettre l'utilisateur au centre du système d'information, favoriser la coopération entre professionnels, mesurer et piloter les ressources, tels sont les leviers de cette nécessaire adaptation.

De même, les S.I sont de véritables capitaux, souvent sous-exploités. Ils diffèrent d'un établissement à un autre, mais ils doivent tous faire face au même défi : permettre l'échange permanent d'informations entre établissements et professionnels de santé. A ce titre, les facteurs clés de réussite d'une adaptation d'un S.I repose sur les points suivants :

- définition des objectifs du S.I: schéma directeur, en relation avec le projet d'établissement et les acteurs internes et externes de l'établissement,
- alignement stratégique afin d'identifier les grands domaines impactés et les métiers prioritaires qui constitueront les thèmes à analyser,
- définition d'une architecture cible avec trajectoire de migration (calendrier),
- analyse de l'existant et définition précise des besoins : aspects organisationnels, fonctionnels et techniques,
- analyse comparative de l'offre du marché à partir d'un cahier des charges. Il constituera un contrat avec la maîtrise d'œuvre,
- implication de la direction et des utilisateurs dès le départ de l'opération et nomination de référents dans les services pour accompagner et assister,
- conduite de projet prenant en compte le changement. Le recours à une assistance à la maîtrise d'ouvrage peut s'avérer être nécessaire pour les établissements ne disposant pas de ressources internes compétentes dans le domaine.

*« Les S.I sont des points d'ancrage naturels des dossiers des usagers et de la gestion des soins. Leur mutation vers des systèmes centrés patients, modernes, flexibles et interopérables est une nécessité pour l'informatisation des processus de soins »* soulignent FIESCHI.M et MERLIÈRE.Y<sup>98</sup>.

---

<sup>98</sup> FIESCHI M. et MERLIÈRE Y. Les données du patient partagées, op. cit. page 9.

A nous de faire de ces systèmes des exemples de systèmes performants et originaux, et pour cela, d'explorer tout le champ des possibles en rejetant les idées reçues.

Cependant l'informatique, élément incontournable de ces systèmes d'information<sup>99</sup> :

- n'est qu'un outil et l'homme doit en garder la maîtrise,
- doit s'adapter à l'homme et non l'inverse,

et doit apparaître comme<sup>100</sup> :

« Une informatique **CRISTAL** qui assurerait une gestion **TRANSPARENTE**,  
Une informatique **CAMELEON** qui réagirait vite aux **CHANGEMENTS**,  
Une informatique **VIOLON** qui respecterait la **SENSIBILITÉ** des hommes ».

---

<sup>99</sup> ILLICH I. *La convivialité*. Paris : Editions du Seuil, 1973. 159 pages.

<sup>100</sup> Actes du colloque sur la télématique tenu à Montréal en Février 1983. *Négocier le virage technologique*.

---

# Bibliographie

---

## TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

Code de l'Action Sociale et des Familles, Paris : Editions Dalloz, 2006, 2<sup>ème</sup> édition, 1211 pages.

Code de la Santé Publique, Paris : Editions Dalloz, 2006, 20<sup>ème</sup> édition, 2666 pages.

Code de la Sécurité Sociale, Paris : UCANSS, 2002, 2303 pages.

Code Pénal, Paris : Editions Dalloz, 2006, 103<sup>ème</sup> édition, 2565 pages.

Lexique des termes juridiques, Paris : Editions Dalloz, 2004.

Parlement Européen et Conseil, 1995. - Directive Européenne n° 95/46/CE du 24 octobre 1995, relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. *Journal Officiel des Communautés Européennes*, 23 novembre 1995, L281, 31.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 1996. - Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal Officiel de la République Française*, 25 avril 1996, 6324-6337.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 1978. - Loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, « dite loi informatique et liberté ». *Journal Officiel de la République Française*, 07 janvier 1978, 227.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 1978. - Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal. *Journal Officiel de la République Française*, 18 juillet 1978, 2851.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 1983. - Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (titre I). *Journal Officiel de la République Française*, 14 juillet 1983, 2174.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 1996. - Loi n° 96-1093 du 16 décembre 1996 relative à l'emploi dans la fonction publique et à diverses mesures d'ordre statutaire. *Journal Officiel de la République Française*, 17 décembre 1996, 18512.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 2000. - Loi n° 2000- 230 du 13 mars 2000 portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information et relative à la signature électronique. *Journal Officiel de la République Française*, 14 mars 2000, 3968.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 2000. - Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations. *Journal Officiel de la République Française*, 13 avril 2000, 5646-5654.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2002. - Loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. *Journal Officiel de la République Française*, 03 janvier 2002, 124-159.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2002. - Loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner. *Journal Officiel de la République Française*, 05 mars 2002, 4118-4159.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 2004. - Loi n° 2004-801 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel. *Journal Officiel de la République Française*, 07 août 2004, 14063.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 2004. - Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie. *Journal Officiel de la République Française*, 17 août 2004, 14598.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 1993. - Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières. *Journal Officiel de la République Française*, 18 février 1993.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 1995. - Décret n° 95-1000 du 06 septembre 1995 portant Code de Déontologie. *Journal Officiel de la République Française*, 08 septembre 1995, 13305.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 1999. - Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des E.H.P.A.D. *Journal Officiel de la République Française*, 26 avril 1999, 6223-6247.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 2002. - Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. *Journal Officiel de la République Française*, 16 février 2002, 3040-3043.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 2002. - Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels de santé et les établissements de santé en application des articles L.1111-7 et L.1112-1 du Code de la santé Publique. *Journal Officiel de la République Française*, 30 avril 2002, 7790-7792.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 2003. - Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion comptable et financière et aux modalités de financement des établissements sociaux et médico-sociaux. *Journal Officiel de la République Française*, 24 octobre 2003, 18112-18133.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 2004. - Décret n° 2004-15 du 07 janvier 2004 portant Code des Marchés Publics. *Journal Officiel de la République Française*, 08 janvier 2004, 37003-37027.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 2004. - Décret n° 2004-1298 du 26 novembre 2004 relatif à diverses dispositions concernant les marchés de l'Etat et des collectivités territoriales. *Journal Officiel de la République Française*, 30 novembre 2004, 20310.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 2006. - Décret n° 2006-6 du 04 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le C.S.P (dispositions réglementaires). *Journal Officiel de la République Française*, 05 janvier 2006, 174.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 1999. - Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. *Journal Officiel de la République Française*, 27 avril 1999, 6256-6263.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 2003. - Arrêté du 08 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie. *Journal Officiel de la République Française du 09 octobre 2003*, 17250-17252.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 2004. - Arrêté du 05 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonne pratique relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne et notamment l'accompagnement de cet accès. *Journal Officiel de la République Française*, 17 mars 2004, 5206.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1989, - Circulaire n° 275 du 06 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1995, - Circulaire n° 88 du 15 mars 1985 relative à la publication du guide de soins infirmiers.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1995, - Circulaire du 25 décembre 1995 relative à la normalisation des systèmes d'information hospitaliers.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2003, - Circulaire DHOS/F/2003/139 du 20 mars 2003 relative au Plan d'investissement national « Hôpital 2007 ».

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2004, - Circulaire du 07 janvier 2004 portant manuel d'application du Code des Marchés Publics. *Journal Officiel de la République Française*, 08 janvier 2004, 37031.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2004, - Circulaire DHOS/F4/n° 420 du 06 septembre 2004 relative à la compétence du directeur en matière de marchés publics.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2004, - Circulaire du 16 décembre 2004 portant modification du manuel d'application du Code des Marchés Publics. *Journal Officiel de la République Française*, 01 janvier 2005, 128.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2006, - Circulaire DGAS/2006/53 du 10 février 2006 relative aux dates de mise en œuvre des évaluations prévues par la loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2006, - Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006-90 du 02 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

## **OUVRAGES**

BALANTZIAN G. *Les systèmes d'information : art et pratiques*. Paris : Editions d'Organisation, 2002. 478 pages.

BENSOUSSAN A. et MOLE A. *Guide juridique du dossier médical informatisé*. Paris : Editions M.M.I, Juin 2001. 135 pages.

CITEAU J.P. *Gestion des ressources humaines : Principes généraux et cas pratiques*. 4<sup>ème</sup> édition, Paris : Editions Armand Colin et Dalloz, 2002. 260 pages.



CROZIER M. et FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Paris : Editions du seuil, 1977. 437 pages.

DUPUY O. *Le dossier de soins infirmiers*. Bordeaux : Editions Les Etudes Hospitalières, 2004, 64 pages.

ILLICH I. *La convivialité*. Paris : Edition du Seuil, 1973, 159 pages.

LONGEPE C. et BALANTZIAN G. *Le projet d'urbanisation du S.I : démarche pratique et cas concret*. 3<sup>ème</sup> édition. Paris : Editions Dunod, 2006. 320 pages.

MIRAMON J.M. *Manager le changement dans l'action sociale*. 2<sup>nd</sup> édition. Rennes : Editions E.N.S.P, Mars 2001. 105 pages.

PONÇON.G, *Le management du système d'information hospitalier : la fin de la dictature technologique*. Rennes : Editions E.N.S.P, 2000. 254 pages.

SAINSAULIEU R. *Sociologie de l'organisation et de l'entreprise*. Paris : Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques et Dalloz, 1987. 390 pages.

TOUREILLES J.M. *Système d'information hospitalier : 1, 2, 3...Partez*. Rennes : Editions E.N.S.P, 2004, 199 pages.

## **ARTICLES**

ATTALI C. DEGOULET P. et FIESCHI M. Les enjeux de l'interopérabilité sémantique des les systèmes d'information de santé. *Informatique et santé*, 1997, Volume 9, Paris : Springer-Verlag France, pp. 203-212.

BOUCART J.J. « Cet écran qui s'efface ». *Pratiques : les cahiers de la médecine utopique*, Décembre 2000 / Janvier 2001, n° 12, pp. 8-9.

CIRRE P. Le dossier médical personnel, levier pour la modernisation des systèmes d'information de santé. *Bulletin de la Société Française de Radiologie*, avril 2005, n°21, pp. 4-5.

CLEMENT C. « Quelques problématiques juridiques au sujet du Dossier Médical Personnel ». *La Gazette de l'hôpital*, Les Etudes Hospitalières, août 2006, n° 63, pp. 11-12.

DEBENEDETTI L. et LIVARTOWSKI A. Le système d'information hospitalier est-il un système comme les autres. Perspectives, *La lettre d'information des adhérents du G.M.S.I.H*, Juin 2003, n° 10, page 2.

DURRIEU-DIEBOLT C. Le dossier médical personnel : un nouvel outil de coordination. *Bulletin Juridique de la Santé Publique*, Janvier 2005, n° 79, page 7.

HEMERY P. Dossier Médical Personnel : objectif 2007, un défi ambitieux mais réalisable, Contenu et scénario de déploiement du D.M.P sont déjà déterminés, 3,5 milliards d'euros d'économies attendues. *Hospimédia*, 03 mars 2005.

LOUBAT J.R. « Vers une mutation de la fonction de direction ». *Lien social*, 07 avril 2005, n° 748, pp. 4-8.

MAINAR A. Pour un système d'information performant ! *Perspectives sanitaires et sociales*, Mars/Avril 2006, n° 185, pp. 29-30.

ROMEYER C. BOIREAUX A. BERNADAC J.C. MATRAY C. MEYZONNIER C. GEINDRE C. « Système d'information et alignement stratégique. Expérience du C.H.U de St Etienne ». *Techniques hospitalières*, Mai-Juin 2005, n° 691, pp. 30-35.

## **MEMOIRES ET NOTES**

FONTAINE S. FORTIN V. LELIEVRE A. MANUEL L. et VIVIER L. *Secret professionnel, informatisation et vie privée*. Note juridique, E.N.S.P Rennes, Avril 2005, 14 pages.

## **GUIDES**

DICTIONNAIRE. *Le Petit Larousse illustré*. Paris : Editions Larousse-Bordas, 1996. 1784 pages.

GROUPEMENT DE MODERNISATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION HOSPITALIERS. Guide à l'usage des établissements de santé. *Guide méthodologique pour la définition et la gestion des projets des systèmes d'information de production de soins*. 2003. 21 pages.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Manuel d'accréditation des établissements de santé, Direction de l'accréditation. 1999, 118 pages.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Manuel d'accréditation des établissements de santé - actualisation, Direction de l'accréditation. Juin 2003, 136 pages.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Manuel d'accréditation des établissements de santé – 2<sup>nd</sup> procédure d'accréditation, version expérimentale, Direction de l'accréditation. Novembre 2003, 184 pages.

CENTRE NATIONAL D'ÉVALUATION HOSPITALIÈRE. *Manuel E.V.A : Evaluation de la Qualité des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes*. C.E.D.I.S, mai 2002, 175 pages.

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE. *Livret d'accueil du personnel hospitalier*. Paris : Editions de la F.H.F, 2003, pp. 41-44.

### **RAPPORTS ET ETUDES**

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. *La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations*, Septembre 1996, 80 pages.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Manuel des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. *Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu, réglementations et recommandations*, Juin 2003, pp. 15-33.

FIESCHI M. et MERLIÈRE Y. *Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins*. Note d'orientation remise en Janvier 2003 au Ministre de la Santé.

### **CONFERENCES**

Actes du colloque sur la télématique tenu à Montréal en février 1983. *Négocier le virage technologique*.

17<sup>ème</sup> congrès international des sociologues de langue française. Intervention de GRANJON F. *Propositions pour une analyse critique des usages sociaux des technologies de l'information et de la communication*. Tours, 5-9 juillet 2004.

SYNDICAT INTERHOSPITALIER DE BRETAGNE. Journées des Adhérents, *Le Dossier Médical personnel et les dossiers médicaux des services ou de réseaux*. St Malo, 30 et 31 mars 2006.

HÔPITAL EXPO. 3<sup>ème</sup> journées nationales de l'information médicale sous l'égide du C.N.I.M, *Le Dossier Médical Personnel (D.M.P) et le Dossier Communiquant en Cancérologie (D.C.C)*. Paris, 17 mai 2006.

### **SITES INTERNET**

<http://www.anaes.fr>

[http://bv.cdeacf.ca/documents/HTML/2005\\_01\\_0570.htm](http://bv.cdeacf.ca/documents/HTML/2005_01_0570.htm)

<http://www.cnil.fr>

<http://www.gmsih.fr>

<http://www.hospimedia.fr>

<http://www.legifrance.fr>

<http://www.sante.gouv.fr>

---

## Index des graphiques et tableaux

---

Figure 1 : Système d'information et système de décisions .....	8
Figure 2 : Architecture du système d'information .....	9
Figure 3 : Liens entre S.I et projet d'établissement .....	14
Figure 4 : Relations établissements – éditeurs de progiciels .....	17
Figure 5 : Le dossier de l'usager : un outil, non une finalité .....	28
Figure 6 : Les grands projets du S.I de la résidence des Acacias .....	51
Figure 7 : Architecture cible du S.I de la résidence des Acacias .....	52
Figure 8 : Périmètre fonctionnel de P.S.I.....	60
Figure 9 : Calendrier de déploiement de P.S.I.....	62
Figure 10 : Répartition des réponses par corps de métier .....	64
Figure 11 : Ancienneté dans l'établissement .....	64
Figure 12 : Avez-vous entendu parler du nouveau système d'information de la résidence et comment le qualifiez-vous?.....	64
Figure 13 : Si vous deviez définir vos attentes vis-à-vis de l'informatisation des unités de soins, vous diriez que vous attendez? .....	65
Figure 14 : Souhaitez-vous bénéficier d'une formation complémentaire à la sécurité informatique ? .....	65
Figure 15 : Si vous deviez évaluer vos connaissances en matière d'informatisation des données personnelles et médicales, vous diriez qu'elles sont ? .....	65
Figure 16 : Le D.M.P, où la difficulté de conjuguer des impératifs opposés .....	68

---

# Table des matières

---

## REMERCIEMENTS

SOMMAIRE.....	1
LISTE DES SIGLES UTILISÉS.....	2
INTRODUCTION.....	3
<b>I- LE DIAGNOSTIC EXTERNE ET INTERNE.....</b>	<b>7</b>
<b>1- Comprendre les S.I pour mieux appréhender leur environnement et les enjeux institutionnels .....</b>	<b>7</b>
1.1- Définition d'un système d'information sanitaire et social.....	7
1.1.1- La notion de système d'information .....	7
1.1.2- L'interdépendance entre système d'information et organisation sanitaire et sociale .....	10
1.2- La longue marche des systèmes d'information, au service des politiques institutionnelles .....	11
1.2.1- Un développement très encadré .....	11
1.2.2- Au service du management et de l'organisation des établissements .	12
<b>2- Analyse qualitative sur seize expériences locales menées dans le secteur E.H.P.A.D.....</b>	<b>12</b>
2.1- Démarche générale.....	13
2.2- A des fins d'analyse des réussites et des échecs .....	14
2.2.1- Les mécanismes de décision et les choix structurels.....	14
2.2.2- Les principales fonctions du S.I déployées au sein des établissements.....	20
2.2.3- Les perspectives d'avenir vues par les directeurs de ces établissements.....	21
<b>3- Au bénéfice du système d'information de la résidence des Acacias en pleine adaptation .....</b>	<b>22</b>
3.1- Le dossier de l'utilisateur, un outil soumis à certaines turbulences.....	22
3.1.1- Une diversité et un éclatement des dossiers.....	22
3.1.2- Les contraintes organisationnelles et institutionnelles.....	22
3.1.3- Une volonté de modernisation des pratiques professionnelles .....	23

3.2- Les hypothèses d'amélioration du dossier de l'utilisateur .....	23
3.2.1- Un dossier papier de l'utilisateur modifié .....	23
3.2.2- Des pratiques professionnelles modernisées.....	24
3.2.3- Une adaptation du S.I avec l'informatisation du dossier de l'utilisateur ...	25
<b>II- LE DOSSIER INFORMATISÉ DE L'USAGER, CONTEXTE ET ENJEUX EN E.H.P.A.D .....</b>	<b>27</b>
<b>1- Un contexte juridique en pleine évolution .....</b>	<b>27</b>
1.1- Le dossier de l'utilisateur représente une obligation réglementaire pour les établissements .....	27
1.1.1- Définition et synthèse des critères qualité du dossier de l'utilisateur .....	27
1.1.2- La gestion du dossier met en évidence différentes responsabilités ....	32
1.2- Les éléments extérieurs qui viennent conforter cette obligation.....	37
1.2.1- La signature de la convention tripartite.....	37
1.2.2- L'évaluation externe .....	39
<b>2- Les multiples enjeux du dossier de l'utilisateur .....</b>	<b>40</b>
2.1- Plus particulièrement pour chacune des missions du directeur .....	40
2.1.1- En tant que personne morale de l'établissement.....	40
2.1.2- En tant que garant de la sécurité et de la disponibilité des informations au sein de la structure.....	42
2.2- Plus généralement dans l'intérêt de l'utilisateur et de l'institution .....	46
2.2.1- La qualité et la continuité des soins s'appuient sur un respect des droits des usagers.....	46
2.2.2- Le dossier de l'utilisateur, outil essentiel à la communication et au fonctionnement institutionnel .....	47
<b>III- L'INFORMATISATION DU DOSSIER DE L'USAGER A LA RÉSIDENCE DES ACACIAS, DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE.....</b>	<b>48</b>
<b>1- Le management du projet, un choix stratégique du directeur .....</b>	<b>48</b>
1.1- Le schéma directeur du S.I comme préalable indispensable à tout déploiement.....	48
1.1.1- Recensement des besoins et étude de l'existant .....	48
1.1.2- Définition du schéma directeur et déploiement de scénario retenu.....	51
1.2- Le déploiement de l'informatisation du dossier de l'utilisateur au sein de la résidence des Acacias .....	55
1.2.1- Le choix d'une démarche participative .....	55
1.2.2- L'engagement de la direction.....	56
1.2.3- L'inscription du projet dans le champ institutionnel.....	56

1.2.4-	L'association des personnels au projet .....	56
1.2.5-	L'analyse des solutions proposées en lien avec le cahier des charges .....	58
1.2.6-	Les fonctionnalités du progiciel retenu .....	59
1.2.7-	Le choix d'une formation adaptée et contributive à la réalisation du projet .....	60
1.2.8-	Une déclinaison opérationnelle respectant un calendrier de réalisation.....	62
<b>2-</b>	<b>Bilan et perspectives du dossier informatisé de l'utilisateur.....</b>	<b>63</b>
2.1-	Un bilan satisfaisant de cette adaptation du système d'information .....	63
2.2-	Un progrès au service de projets plus ambitieux .....	65
2.2.1-	Le Dossier Médical Personnel (D.M.P), perspectives et réalités .....	66
2.2.2-	La communication extérieure au travers des réseaux.....	69
2.2.3-	La dématérialisation des informations par la télétransmission.....	69
2.2.4-	Le transfert des informations au travers de connexions hautement sécurisées.....	70
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>71</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>75</b>
	<b>INDEX DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX.....</b>	<b>83</b>
	<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>84</b>
	<b>SOMMAIRE DES ANNEXES .....</b>	<b>I</b>



---

## Sommaire des annexes

---

<b>ANNEXE 1</b>	La résidence des Acacias à St Georges de Reintembault ..... II
<b>ANNEXE 2</b>	Grille d'entretien de l'analyse qualitative menée dans le secteur E.H.P.A.D..... VI
<b>ANNEXE 3</b>	Contenu du dossier médical suivant décret n° 637-2002 du 29 avril 2002 relatif aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé ..... VIII
<b>ANNEXE 4</b>	Déclaration à la C.N.I.L ..... X
<b>ANNEXE 5</b>	Référentiel d'auto-évaluation AQUALIE 35..... XII
<b>ANNEXE 6</b>	Etat des lieux de l'existant ..... XIV
<b>ANNEXE 7</b>	Le schéma directeur du système d'information de la résidence ..... XIX
<b>ANNEXE 8</b>	Modalités de mise en concurrence au sein de la résidence des Acacias pour les achats de fournitures courantes - de services et travaux compris entre 0 et 230.000€ H.T ..... XX
<b>ANNEXE 9</b>	Descriptif du réseau informatique de la résidence des Acacias..... XXV
<b>ANNEXE 10</b>	Extraits de la lettre d'information à destination du personnel .. XXVII
<b>ANNEXE 11</b>	Cahier des charges de la consultation pour l'informatisation du dossier de l'utilisateur..... XXX
<b>ANNEXE 12</b>	Contenu des modules « expert métier » de P.S.I..... XXXVIII
<b>ANNEXE 13</b>	Actions de formation spécifiques à l'utilisation de P.S.I ..... XLI
<b>ANNEXE 14</b>	Enquête et résultats (graphiques) ..... XLIII

## **ANNEXE 1 : La résidence des Acacias à St Georges de Reintembault**

---

### **1- Une structure dynamique en cours de modernisation**

La résidence des Acacias héberge 110 résidents en hébergement permanent. L'établissement, est situé dans la commune de St Georges de Reintembault, dans le département d'Ille et Vilaine, au nord-est du secteur des Marches de Bretagne.

#### **➤ Historique**

L'hôpital-hospice de Saint Georges de Reintembault ouvre ses portes en 1904 à la suite du décret du 30 mai 1900 autorisant sa création. Il compte alors 16 lits, est dirigé par les religieuses de la Communauté d'Avranches puis par celles de Rillé (Fougères) et a pour vocation l'accueil des personnes indigentes et âgées. Entre 1933 et 1973, l'établissement ne cesse d'augmenter sa capacité d'accueil pour atteindre 120 lits.

Dans le cadre de la politique d'humanisation des établissements accueillant des personnes âgées, l'hospice est transformé en Maison de Retraite en 1983 et un projet de construction d'un nouveau bâtiment voit le jour en 1989.

Ce nouveau bâtiment est ouvert en 1991 pour une capacité d'accueil ramenée à 110 lits autorisés (108 installés), répartis en 102 chambres individuelles et 4 chambres doubles. La configuration actuelle présente donc deux corps de bâtiments accolés (1978 et 1991), d'architecture et d'agencement différents. L'hébergement des personnes accueillies se répartit sur trois niveaux : 28 lits en rez-de-chaussée et 40 à chacun des 2 étages.

#### **➤ Contexte environnemental**

Cet établissement public se situe sur le territoire des Marches de Bretagne, anciennement secteur sanitaire n° 5, au nord-est du département et en lisière de deux autres départements à savoir : La Manche et la Mayenne.

Il correspond au secteur gérontologique, calqué sur celui de l'action sociale tel que défini par le Conseil Général d'Ille et Vilaine. Son homogénéité s'inscrit dans un rapport à la ruralité : 51,67 h/km<sup>2</sup> et en relation avec les modes de vie des aînés, sociologiquement traditionnels.

### ➤ Politique de l'établissement

La résidence des Acacias de St Georges de Reintembault prend en charge au travers d'un accompagnement adapté des personnes majoritairement de plus de 60 ans, originaires de la commune, du canton, du territoire des Marches de Bretagne ou des départements limitrophes.

Cette prise en charge nécessite de la part des personnels concernés : services de soins, infirmiers, animation, logistiques et administratifs, compétences professionnelles mais également des « savoir être » adaptés (écoute, disponibilité, patience, dynamisme, polyvalence....).

Confronté, comme de nombreuses structures de taille et de physionomie équivalentes, à l'évolution des techniques médicales et des modes de prise en charge dans le cadre de l'organisation de la Santé Publique, de la dépendance et du vieillissement de la population, cet établissement, comme ceux du territoire, a engagé une démarche commune de mutation et de complémentarité.

### ➤ Management de proximité et données sociales

En matière d'encadrement, les postes de médecin coordonnateur et de cadre de santé ne sont pas pourvus. Ils font actuellement l'objet d'une procédure de recrutement. Les missions à assurer (administration, hôtellerie, restauration, animation, aides et soins,...) font l'objet d'une organisation au sein de l'établissement, mais la description des postes n'est pas totalement finalisée par des fiches de postes exhaustives.

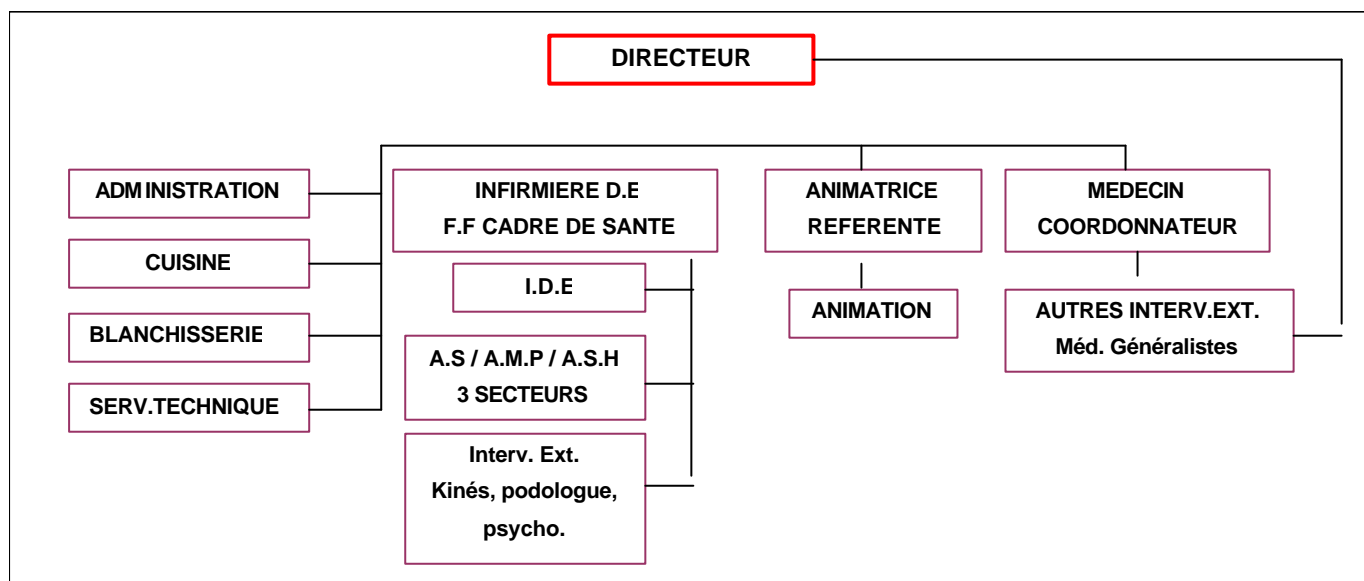
L'effectif de l'établissement comprend 53,21 E.T.P pour une masse salariale de 1.934.358,24€ (budget exécutoire 2006).

<b>PERSONNEL DE NUIT</b>	<b>ETP</b>	<b>Nombre agents présents / nuit</b>	<b>Horaires associés</b>
AS	2	1	20 h 15 – 06 h 15
ASH	3	1	21 h 00 – 07 h 00
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	-

*Répartition des effectifs de nuit*

<b>TOUS PERSONNELS Effectif budgété (E.T.P)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>HEBERGEMENT</b>	<b>DEPENDANCE</b>	<b>SOINS</b>
<b>Administration</b>	4,00	4,00		
<b>Services logistiques</b>	6,75	6,75		
<b>Animation</b>	1,00	1,00		
<b>A.S.H</b>	21,00	14,70	6,30	
<b>A.S/A.M.P</b>	15,97		4,79	11,18
<b>I.D.E</b>	4,00			4,00
<b>Autres auxiliaires médicaux</b>	0,20		0,20	
<b>Médecin</b>	0,29			0,29
<b>TOTAL</b>	<b>53,21</b>	<b>26,45</b>	<b>11,29</b>	<b>15,47</b>

*Effectifs budgétés en 2006*



*Organigramme fonctionnel de la résidence*

## **2- Analyse des forces-faiblesses-opportunités-menaces de l'établissement**

Cette analyse repose sur le modèle d'analyse « SWOT » fréquemment utilisé en gestion et dans la formulation de la stratégie. Elle réunit ainsi les ressources et compétences internes avec les exigences découlant de l'environnement externe.

<b><u>Forces</u></b>	<b><u>Faiblesses</u></b>
<p><i>Eléments objectifs caractérisant l'établissement, qui le distinguent positivement d'un autre établissement et qui sont susceptibles de lui procurer un avantage dans le jeu concurrentiel</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Filière et réseau gériatrique</li> <li>2. Ouverture de l'établissement</li> <li>3. Personnel motivé et disponible</li> <li>4. Ouverture d'une structure d'accueil pour désorientés prévue courant 2007 à l'issue de la fin des travaux de restructuration</li> <li>5. Collaboration/Confiance avec les élus locaux</li> <li>6. Dossier de soins informatisé</li> <li>7. Ecoute et réactivité aux demandes des usagers</li> <li>8. Présence régulière d'une psychologue</li> </ol>	<p><i>Eléments objectifs caractérisant l'établissement, qui le distinguent d'un autre établissement et qui sont susceptibles de désavantager dans le jeu concurrentiel.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terrain limité pour extension</li> <li>2. Recrutement médecin coordonnateur en cours de finalisation (pas de projet de soins formalisé)</li> <li>3. Absence d'implication des médecins généralistes</li> <li>4. Absence de cadre de santé</li> <li>5. Pas de démarche qualité structurée</li> <li>6. Un système d'information obsolète (absence de dossier usager structuré)</li> <li>7. Pas de prise en charge individualisée des usagers</li> <li>8. Restructuration architecturale en cours d'ou des nuisances importantes</li> <li>9. Avis négatif de la Commission de Sécurité</li> </ol>
<b><u>Opportunités</u></b>	<b><u>Menaces</u></b>
<p><i>Evénement extérieur dont l'apparition aurait pour conséquence de favoriser la réalisation ou la création d'un métier, d'une activité, d'une mission ou d'une tâche, ou l'atteinte d'un objectif.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Politique nationale et départementale en faveur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- de l'accueil de jour</li> <li>- de l'accueil de nuit</li> <li>- des unités d'accueil pour désorientés</li> </ul> </li> <li>2. Vieillesse de la population</li> </ol>	<p><i>Evénement extérieur dont l'apparition aurait pour conséquence d'empêcher ou de compromettre la réalisation ou la création d'un métier, d'une activité, d'une mission ou d'une tâche, ou l'atteinte d'un objectif.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Création d'établissements privés à but lucratif dans les environs immédiats de l'établissement</li> </ol> <p>Beaucoup d'EHPAD déposent des dossiers de création d'unités pour personnes âgées désorientées</p>

*Analyse des forces -faiblesses -opportunités -menaces de l'établissement*

## **ANNEXE 2 : Grille d'entretien de l'analyse qualitative menée dans le secteur E.H.P.A.D**

### **Objectif :**

A partir de réussites et d'échecs dans le secteur sanitaire et social, formaliser des recommandations concernant la définition et la gestion d'un système d'information

### **Echantillon :**

- E.H.P.A.D : Barenton, Carquebut, Guer, La Haye-Pesnel, Le Teilleul, Minihic/Rance, Montauban de Bretagne, Montebourg, Sartilly, Ste Marie du Mont, Ste Mère l'Eglise
- Hôpitaux locaux : Antrain, Carentan, Ernée, St Brice en Cogles, St James
- Acteur de réseaux : Animateur F.H.F du secteur médico-social (Ile et Villaine)
- Association de Directeurs d'Etablissements Sanitaires et Sociaux Publics et Privés : A.D.E.P.P.A.M (Manche)

### **Rappels entretien :**

- Présentation de la démarche
- Modalités de restitution de l'entretien
- Préciser les missions et la fonction des interlocuteurs rencontrés
- Remerciements

### **1- La dynamique du projet d'informatisation**

- a. Historique du projet
- b. Grandes étapes et rôle des différents acteurs
- c. Structure actuelle du fonctionnement : fonctionnel, informaticien, maintenance, projets
- d. Eléments financiers

### **2- La couverture fonctionnelle du système d'information et son taux de déploiement**

- a. Applications déployées
- b. Catégories d'utilisateurs : qui saisit ? nature des données saisies ?
- c. Couverture fonctionnelle
- d. Ergonomie des postes de travail

### **3- L'architecture et l'environnement technique**

- a. Le serveur et le réseau
- b. Les postes clients
- c. Les langages et bases de données
- d. La communication et l'interopérabilité entre les différents logiciels
- e. Le système de sécurisation des données : accès, traçabilité et sauvegarde

### **4- Les problèmes et succès rencontrés par l'établissement**

- a. La relation entre le maître d'ouvrage et le maître d'oeuvre
- b. L'exploitation courante du système : intérêt des médecins libéraux
- c. L'intégration avec les logiciels existants
- d. Ergonomie du matériel
- e. Les aspects financiers et marchés publics
- f. Les facteurs clés d'un succès ou d'un échec

### **6- Les perspectives d'avenir**

- a. Situation du système d'information dans la dynamique de l'établissement, notamment par rapport au projet d'établissement
- b. Evolutions à satisfaire : communication interne et externe, moyens humains, accréditation, démarche de management de la performance et de la qualité

**ANNEXE 3: Contenu du dossier médical suivant décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé**

---

**Dispositions propres aux établissements de santé**

**Article 9**

La sous-section 2 de la section I du chapitre Ier du titre Ier du livre VII du code de la santé publique est rédigée comme suit :

**« Sous-section 2**

Information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et communication des informations de santé définies à l'article L. 1111-7.

**Art. R. 710-2-1.** - Le directeur de l'établissement veille à ce que toutes mesures soient prises pour assurer la communication des informations définies à l'article L. 1111-7. ....

**Art. R. 710-2-2.** - Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

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

- La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission,
- Les motifs d'hospitalisation,
- La recherche d'antécédents et de facteurs de risques,
- Les conclusions de l'évaluation clinique initiale,
- Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée,
- La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences,
- Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para cliniques, notamment d'imagerie,
- Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4,
- Le dossier d'anesthésie,



- Le compte rendu opératoire ou d'accouchement,
- Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire,
- La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 666-12-24,
- Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires,
- Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers,
- Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé,
- Les correspondances échangées entre professionnels de santé.

## **2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour :**

Elles comportent notamment :

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

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

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

**Art. R. 710-2-3.** - Le dossier comporte l'identification du patient ainsi que, le cas échéant, celle de la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 et celle de la personne à prévenir.

Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance ou numéro d'identification) ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations. Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées ; le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles.....



**Numéro de Déclaration :**  
**1178855**

Monsieur SERVANE RIOU  
RESIDENCE LES ACACIAS  
46 RUE DU MARECHAL LECLERC  
35420 ST GEORGES LRE RENTEMBAULT

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée en août 2004,

RESIDENCE LES ACACIAS  
46 RUE DU MARECHAL LECLERC  
35420 ST GEORGES LRE RENTEMBAULT

A déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés un traitement automatisé d'informations nominatives dont la finalité principale est :

GESTION DOSSIERS DE SOINS MEDICAUX DES PERSONNES DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICO SOCIAUX OU SANITAIRES

La délivrance du présent récépissé ne vaut pas constatation de la conformité du traitement à la loi et n'exonère le déclarant d'aucune de ses responsabilités.

Paris le : 27 juillet 2006  
Par délégation de la commission



Alex Türk  
Président de la commission

8, rue Vivienne - CS 30223 - 75223 Paris Cedex 02 Tél : 01 53 73 22 22 Fax : 01 53 73 22 00 Site : <http://www.cnil.fr>  
REPUBLIQUE FRANCAISE

## ANNEXE 5 : Le référentiel d'auto-évaluation AQUALIE 35

Nom de l'Etablissement :

ACCES AU DEBUT DU DOCUMENT : **CLIQUEZ ICI !**

**A RENSEIGNER !**

# AQUALIE 35



**AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ EN ÉTABLISSEMENT**

PROJET

BE SOIN D' AIDE ?



mailto:aurelie.merland@cg35.fr  
mailto:anne-marie.guerin@cg35.fr  
mailto:sylvie.richard@cg35.fr

mce  
40 boulevard  
Rue de la République

CRAM  
20 BRASSERIE

service national de l'énergie

AMCOOR

GIR 7

CEPA

UNICAF

SVNERPA

Logo of the Department of Ille-et-Vilaine (red map of the region)

Département d'ILLE-ET-VILAINE  
Année 2005



## Thématique « Vie quotidienne des résidents »

La fiche n° 5 intitulée « Soins » traite des dossiers individuels qui doivent être présents dans l'établissement : dossier médical, dossier de soins et dossier de vie individuels.

Pour chaque dossier, une question est consacrée à son existence, une autre, à son remplissage systématique et une troisième à son contenu.

Une autre question est consacrée à la conservation du document et au respect de la confidentialité des données : « *Le dossier est-il rangé dans une armoire fermant à clé ?* ».

Il existe également des questions visant à évaluer la qualité du dossier de vie du résident. Pour exemple : « *Pour les personnes continentales à risques (personnes en fauteuil roulant, personnes démentes), y'a-t-il une programmation des horaires de mise aux toilettes ?* ».

Il est également précisé dans le référentiel AQUALIE 35 que « *Pour permettre une prise en charge individualisée, il est important de connaître les éléments concernant le résident portant notamment sur : l'histoire de sa vie, sa vie sociale, ses liens familiaux, ses liens amicaux, son projet individuel. Toutefois, il faut que ce soit en accord avec le résident et une attention particulière doit être apportée à la confidentialité des informations* ».

## **ANNEXE 6 : Etat des lieux de l'existant**

---

### **1- Le contexte informatique**

#### **➤ Réseau installé**

Le bâtiment est composé de trois niveaux : R.D.C, 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> étage. Seuls le R.D.C et le 1<sup>er</sup> étage sont reliés en réseau. Le câblage RJ 45 est de catégorie 5 et le réseau de type Ethernet TCP/IP.

La direction et 2 bureaux administratifs sont en réseau, soit 5 postes de travail. A terme (phase de travaux en cours et évolution des besoins), le réseau est appelé à évoluer pour couvrir l'ensemble de la structure et des services.

#### **➤ Serveurs**

La résidence ne dispose pas de serveur spécifique pour les applications de Gestion Administrative, financière et ressources humaines. Une station de travail (Carte Intel 440 BX Seattle AGP / Pentium II 400-512Ko ECC, disque dur 10 Go, RAM 64 Mo, lecteur ZIP et disquettes) situé à l'administration (Economat) fait office de serveur

De même, les applications bureautique & messagerie ne disposent pas de serveurs dédiés. La direction, un agent administratif et les médecins libéraux (bureau pôle soins) peuvent accéder de façon autonome à leur boîte à lettre électronique (3 BAL pour l'établissement). L'accès à Internet est centralisé (pas de liaison A.D.S.L) et ne dispose pas de sécurisation particulière (Firewall) des postes de travail dans le cadre de leur accès Internet.

#### **➤ Parc informatique**

Le parc matériel de l'établissement est en cours, avec un nombre actuel de 05 postes dont celui utilisé comme serveur (carte Intel 440BX Seattle AGP / Pentium II 400-512 Ko ECC, disque dur 10Go, RAM 64Mo et lecteurs ZIP et disquettes).

Parmi les 05 postes de travail :

- quatre sont utilisés à des fins administratives, accèdent à Internet et à des applications partagées (Athéna, E-phare et Ariane) : Direction, Admissions, Gestion du Personnel, Economat Finances),

- 1 poste dédié aux soignants (médecins libéraux et I.D.E), dispose d'un accès Internet et est utilisé à des fins de bureautique (courrier..) et de gestion des plannings (Planiciel).

L'ensemble du parc appartient à la résidence et d'un point de vue comptable est amorti.

### ➤ **Périphériques**

1 imprimante HP Laserjet 4000 (en réseau sur les 4 postes de l'administration), 2 imprimantes EPSON Stylus C66 couleur, 1 imprimante EPSON Stylus photo EX, 1 fax Brother et une imprimante Canon noir et blanc.

### ➤ **Aspects logiciels**

Les applications individuelles : l'environnement est disparate, de Windows 98 à Windows XP ainsi que les packs office bureautique.

Les applications partagées :

- Gestion administrative : Athéna – Société Altair
- Gestion économique et financière : Ariane – Société Altair
- Gestion des Ressources Humaines : E-phare – S.I.B
- Gestion des plannings : Planiciel – S.I.B

Pas d'application pour l'enregistrement des appels des patients sur P.C.

Ni la pharmacie (dans sa composante distribution médicaments), ni le dossier de l'utilisateur ne font l'objet d'une informatisation.

### ➤ **Aspects sécurité informatique**

La station de travail fait office de serveur et est sauvegardée chaque soir sur un jeu de 5 cassettes (une par jour ouvrable).

Les cassettes sont stockées auprès de la station de travail et d'un accès facile. Il n'y a pas de règles établies pour le renouvellement des jeux de cassettes.

Il n'est procédé à aucun test de restauration et il n'existe pas de processus de sauvegarde des disques locaux.

La station de travail–serveur est installée au sein du secteur administratif, ne fait l’objet d’aucune protection physique particulière. Afin de pallier à l’absence de climatisation, la consigne est de laisser la porte ouverte pendant la journée.

1 onduleur Merlin Gerin Pulsar EL4 – 450VA complété de 5 onduleurs individuels Ellipse 300 MIGE UPS Systems couvrent l’ensemble des postes de travail.

### ➤ **L’exploitation et maintenance du système d’information**

Il n’existe pas de compétence interne pour assurer la maintenance de premier niveau. Ce qui oblige au recours systématique de prestataires extérieurs.

### ➤ **Les prestataires**

L’établissement s’entoure de l’assistance de prestataires locaux dans le cadre de la fourniture de matériels. Le parc de matériels est renouvelé épisodiquement, sans étude préalable et sans politique définie.

La maintenance et le développement des logiciels sont assurés par le Syndicat Inter hospitalier de Bretagne (S.I.B) à Rennes.

## **2- Le contexte des domaines du S.I de la résidence**

Cinq grands domaines structurent le S.I de la résidence des Acacias.

### ➤ **La gestion des unités de soins**

- Assurer la gestion administrative des usagers,
- Gérer les observations des usagers et les contentieux,
- Assurer la prise en charge des usagers (soins infirmiers, de nursing, prises de rendez-vous, transports V.S.L....etc.),
- Mettre à disposition des usagers les médicaments,
- Gérer les visites des médecins libéraux,
- Assurer les demandes d’examens et retours (laboratoire, imagerie médicale...etc.),
- Gérer les prestations des intervenants extérieurs (kinés, ergo, psycho...etc.).



➤ **La gestion des ressources humaines**

- Recruter,
- Gérer la carrière et la vie professionnelle des agents,
- Assurer la gestion des conditions de travail et des relations sociales,
- Assurer la saisie de la paie,
- Organiser et gérer l'organisation du temps de travail,
- Mener la politique de formation définie par la direction et les instances de la résidence,
- Réaliser la Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences (G.P.E.C).

➤ **La gestion économique et financière**

- Gérer les achats et approvisionnements,
- Gérer les marchés publics,
- Assurer le mandatement et le paiement des factures,
- Emettre les titres de recettes,
- Elaborer et gérer les budgets de la résidence (investissement et exploitation),
- Assurer le contrôle de gestion,
- Assurer la gestion de la trésorerie et de la dette,
- Assurer le suivi des opérations de travaux.

➤ **La gestion logistique et maintenance**

- Assurer la prestation restauration,
- Assurer la prestation linge,
- Assurer la prestation animation,
- Assurer la maintenance du parc des équipements et installations,
- Gérer les déchets,
- Assurer le transport des usagers.

➤ **La gestion qualité**

- Gérer les risques et coordonner les vigilances sanitaires,
- Coordonner la démarche continue de la qualité et de la performance
- Assurer les différentes enquêtes,
- Assurer le suivi des bases de données (messagerie).

Ils ont fait l'objet d'une analyse synthétisée par le Directeur-stagiaire sous la forme de grands principes directeurs (figure 3) que devrait suivre le futur S.I de la résidence.

- **Priorité à l'informatisation des unités de soins et optimisation du temps de travail des soignants,**
- **Priorité à l'appui au pilotage de l'établissement,**
- **Des projets communicants entre eux (interopérabilité),**
- **Des projets s'ouvrant sur l'extérieur (réseaux ville – EHPAD et inter établissements),**
- **Une exigence de respect des règles de confidentialité,**
- **Une exigence d'évitement des doubles saisies.**

*Principes directeurs du S.I de la résidence des Acacias*



Résidence des Acacias  
St Georges de Reintembault

## SCHÉMA DIRECTEUR DU S.I

### Vers un système d'information centré sur

**Le schéma directeur du système d'information de la résidence est chargé d'organiser les projets informatiques pour la période 2004 – 2008. Ces projets visent en particulier à :**

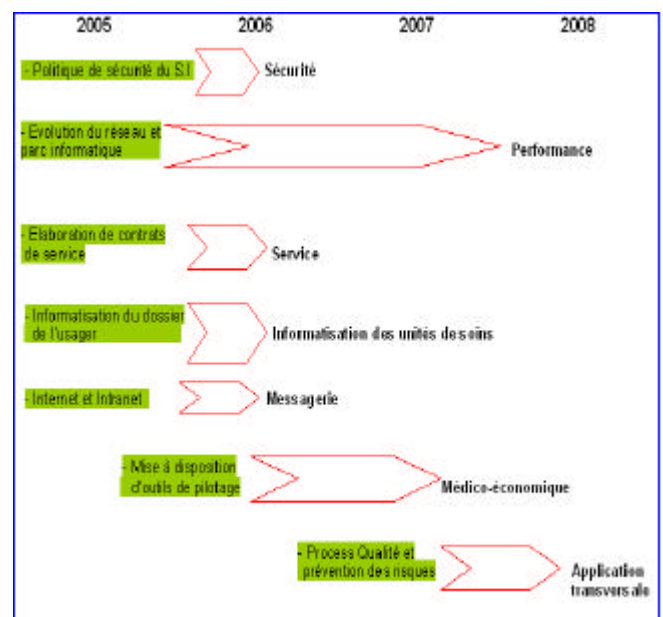
**PROJET  
D'ETABLISSEMENT  
2004 - 2008**

- Mettre à niveau le réseau et le parc informatique : volets sécurité, performance et service
- Informatiser les unités de soins : dossier de l'utilisateur
- Déployer la messagerie au sein de la résidence: Internet (A.D.S.L) et Intranet
- Mettre en place un portail d'accès au S.I en fonction des droits d'accès de chaque catégorie de personnel
- Mettre à disposition des outils de pilotage médico-économique

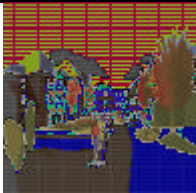
**Parmi ces projets, le schéma directeur du système d'information de la résidence fait de l'informatisation du dossier de l'utilisateur une priorité institutionnelle.**

Pour mener à bien ces projets et assurer un fonctionnement le meilleur possible du S.I, un effort global s'organise à trois niveaux :

- sécurité, avec la définition d'une politique de sécurité et de droits d'accès,
- performance, avec le rajeunissement du parc informatique, l'évolution du réseau informatique et le développement des outils de bureautique,



## ANNEXE 8: Modalités de mise en concurrence pour les achats de fournitures courantes-de services et travaux compris entre 0 et 230.000€H.T

 <p>Résidence des Acacias Saint Georges de Reintembault</p>	<p style="text-align: center;"><b>3.3- PROCÉDURE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>MODALITES DE MISE EN CONCURRENCE POUR LES ACHATS DE FOURNITURES COURANTES - DE SERVICES ET TRAVAUX COMPRIS ENTRE 0 ET 230.000€ H.T</b></p>	Emetteur :  Direction	01/01/2006
--	---	-----------------------------	------------

### **1. OBJET**

Assurer la coordination des marchés publics, lors des phases présidant à la dévolution des achats de fournitures courantes et services, des travaux compris entre **0 et 230 000€ H.T.**

### **2. ACTEURS CONCERNES**

Tous les acheteurs

### **3. OBJECTIFS**

- Informer et responsabiliser l'acheteur
- Sécuriser et optimiser l'achat

### **4. DOCUMENTS DE REFERENCE**

- Décret n° 2004-15 du 7 janvier 2004 portant code des marchés publics et notamment ses articles 26,27, 28,40.
- Circulaire du 7 janvier 2004 portant manuel d'application du code des marchés publics

### **5. PRINCIPES**

#### **A. Cas dans lesquels la procédure adaptée prévue à l'article 28 du code des marchés publics peut être utilisée**

**La procédure d'appel d'offres est la procédure de droit commun.**

Toutefois, les marchés peuvent être passés selon une procédure adaptée lorsque le montant estimé est inférieur aux seuils fixés à ***l'article 28***.

L'acheteur appréciera la procédure à mettre en œuvre en fonction des éléments prévisionnels dont il dispose :

**- Article 27 : Fournitures et services homogènes**

Pour évaluer le montant des besoins à comparer aux seuils, il est procédé à une estimation de la **valeur totale des fournitures ou des services** qui peuvent être considérés comme **homogènes (article 27)**. Il appartient à l'acheteur d'apprécier l'homogénéité du besoin soit en fonction de ses caractéristiques propres soit parce que les fournitures ou services considérés constituent une unité fonctionnelle.

Si la nomenclature annexée à l'arrêté du 13 décembre 2001 n'est plus la référence obligatoire, elle reste le seul référentiel valide à ce jour.

**Attention** : Aucun besoin ne doit être scindé ou abusivement fractionné dans le but d'échapper aux règles du code des marchés publics.

**- Article 28 : Procédure adaptée**

Ces marchés sont passés selon des modalités de publicité et de mise en concurrence déterminées par la personne responsable du marché en fonction de leur objet et de leurs caractéristiques.

Le seuil en dessous duquel la procédure adaptée est possible est fixé à **230 000 € HT**.

**En cas de doute sur le caractère homogène de la fourniture ou du service, sur le montant prévisionnel de l'achat et particulièrement lorsque celui ci est important et se rapproche du seuil de 230 000 €, il est vivement recommandé de recourir à la procédure d'appel d'offres dans un souci de sécurité juridique.**

**B. Fondements applicables à la procédure adaptée**

Quoique dispensés de formalisme, les marchés passés selon la procédure adaptée ne sauraient s'exonérer des principes fondamentaux des marchés publics posés à **l'article 1** du code des marchés publics :

- **Définition préalable des besoins**
- **Mise en concurrence**
- **Libre accès à la commande publique**
- **Egalité de traitement des candidats**
- **Transparence des procédures**

a) **Obligations de Publicité** :

Pour les marchés d'un **montant inférieur à 90 000 EUR HT**, la personne publique choisit librement les **modalités de publicité adaptées** au montant et à la nature des fournitures ou des services en cause.

Pour les marchés d'un montant compris **entre 90 000 EUR HT et 230 000 EUR HT**, la personne publique est tenue de publier un avis d'appel public à la concurrence **soit dans le BOAMP, soit dans un journal d'annonces légales**.

La personne publique apprécie de plus si, compte tenu de la nature ou du montant des fournitures ou des services en cause, une publication dans un **journal spécialisé** correspondant au secteur économique concerné est par ailleurs utile pour assurer une publicité conforme aux objectifs mentionnés à l'article 1er du code.

b) **Libre accès à la commande publique, égalité de traitement des candidats, transparence**

La procédure adaptée doit permettre à tout candidat potentiel de pouvoir soumissionner : toute discrimination est prohibée, le localisme géographique est interdit, il ne doit pas y avoir d'atteinte aux règles de la concurrence. L'énoncé préalable de critères de choix peut concourir au respect de cette égalité.

La négociation en procédure adaptée doit s'effectuer dans des conditions identiques pour les candidats, d'objectivité dans le traitement des offres, et une traçabilité de la négociation doit être organisée. Cette négociation « encadrée » est possible et conseillée. Elle participe à la réalisation d'un objectif d'efficacité économique.

Une offre reçue dans le cadre d'une procédure adaptée n'est pas intangible : elle peut se voir substituer une nouvelle offre économiquement plus avantageuse.

## VI - Déroulement de la procédure

### A. Pour les achats compris entre 0 et 15 000€H.T.

INTERVENANTS	DEROULEMENT DE LA PROCEDURE
Acheteur	<ul style="list-style-type: none"><li>• Demander au moins 3 devis aux fournisseurs par tout moyen permettant de donner date certaine à la demande (téléphone puis confirmation par fax, e-mail, courrier..)</li><li>• Constitution d'un dossier « achat » dans lequel figureront : nature de l'achat, traçabilité des demandes et des réponses, analyse des offres et choix de l'attributaire</li><li>• Le titulaire doit fournir un état annuel des certificats fiscaux et sociaux de l'année -1 pour tout achat d'un montant supérieur à 3 000€H.T. (s'il n'a pas déjà été reçu dans le cadre d'un marché formalisé)- article L324-14 du code du travail</li><li>• bon de commande ou devis signé par toute personne compétente</li></ul>

### B. Pour les achats compris entre 15 000 et 230 000€H.T.

INTERVENANTS	DEROULEMENT DE LA PROCEDURE
Acheteur	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rédaction d'un <b>mini</b> cahier des charges comportant les règles de la consultation, les spécifications administratives et techniques. Plus le montant de la consultation se rapproche du seuil supérieur plus ce cahier des charges doit être développé.</li><li>• Rédaction d'une publicité conforme au modèle joint (annexe 3). Le délai de remise des offres ne pourra pas être inférieur à 15 jours.</li><li>• Envoi de l'avis d'appel public à la concurrence soit au BOAMP, soit à un journal d'annonces légales après concertation avec le bureau acheteur</li><li>• Validation du cahier des charges</li></ul>
P.R.M	<ul style="list-style-type: none"><li>• Envoi du cahier des charges aux candidats soit par courrier, soit par email (à privilégier dès que cela est possible)</li><li>• Réception des offres initiales à consigner sur un registre des dépôts afin d'apporter la preuve d'un traitement égalitaire des candidatures –même délai de réponse pour tous- La réception des offres n'est pas possible par voie électronique.</li><li>• Analyse des offres conformément aux critères d'examen des offres indiqués dans le cahier des charges</li><li>• Phase de négociation et réception le cas échéant de nouvelles offres dans le respect des grands principes énoncés supra. Les échanges avec les candidats peuvent se faire par tout moyen (courrier, fax, e-mail) permettant de garder une trace écrite des échanges.</li><li>• Rédaction d'un rapport d'analyse des offres <b>succinct</b>, motivant le choix de l'attributaire Rédaction de la <i>fiche de recensement économique des marchés publics</i></li><li>• Signature du marché par la P.R.M : acte d'engagement et annexes financières, rapport d'analyse des offres</li></ul>

- Notification du marché au titulaire par lettre recommandée avec accusé de réception
- Information des candidats non retenus
- Communication des motifs de rejet de son offre à tout candidat qui en fait la demande par écrit
- Transmission du dossier au trésorier principal
- Rédaction de l'avis d'attribution annuel (article 138 CMP- arrêté du 27 mai 2004)
- Conservation du « dossier achat » pour archivage

REDACTEUR	Visa	APPROBATEUR	Visa	Date d'application
L.VIVIER Directeur-stagiaire		S.RIOU Directeur		01/01/2006



## ANNEXE 9 : Descriptif du réseau informatique de la résidence des Acacias






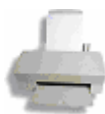
Résidence des Acacias


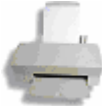
St Georges de Reintembault


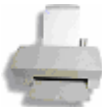
### MOYENS TECHNIQUES UTILISES


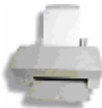
<u>Réseau Filaire</u>	<u>Réseau Hertzien – WI-FI</u>	<u>Réseau Mixte</u>
<p>X Switch</p> <p><input type="checkbox"/> Hub</p> <p>Type de Câble : <input type="checkbox"/> Coaxial</p> <p>X RJ 45 – Cat. 5</p> <p>Windows Server 2003</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>Si votre réseau est un réseau hertzien (Wi-fi), il est impératif de prévoir une installation</p> <p><b>TSE (clients légers)</b></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>Si une partie de votre réseau est un réseau hertzien (Wi-fi), il est impératif de prévoir une installation</p> <p><b>TSE (clients légers)</b></p>


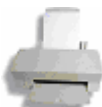
<p><b>Serveur</b></p> 	<p>Marque : IBM Eserver XS 226</p> <p>Processeur : Xéon / 3 GHz</p> <p>RAM : 1 GO</p> <p>Disque : 2 X 73 Go</p> <p>Lieu : Administration</p>	<p>Windows version : XP PRO</p> <p>Carte vidéo 1024/768 : Oui</p> <p>Ecran 17 pouces XGA : Oui</p> <p>Serveur dédié : Oui</p>	<p><b>Imprimantes Réseau</b></p> 	<p>Marque : HP</p> <p>Modèle : Laserjet 4000</p> <p>Couleur : Non</p> <p>Marque : EPSON</p> <p>Modèle : Stylus photo EX</p> <p>Couleur : Oui</p>
---	--	---	--	--



<p><b>Poste 1</b></p> 	<p>Marque : ACER Travelmate 4604 WLMI - portable</p> <p>Processeur : Pentium M 760 / 2GHz Centrino</p> <p>RAM : 1024 Mo</p> <p>Disque : 100 Go</p> <p>Lieu : Direction</p>	<p>Windows version : XP PRO</p> <p>Carte vidéo 1024/768 : Oui/Non</p> <p>Ecran 15 pouces WXGA : Oui</p>	<p><b>Imprimantes Réseau</b></p> 	<p>Marque : HP</p> <p>Modèle : Laserjet 4000</p> <p>Couleur : Non</p> <p>Marque : EPSON</p> <p>Modèle : Stylus photo EX</p> <p>Couleur : Oui</p>
---	--	---	--	--

<p><b>Poste 2 à 4</b></p> 	<p>Marque : Fujitsu – Siemens Scenic X102 P 521</p> <p>Processeur : Pentium 4 M / 2,8 GHz</p> <p>RAM : 512 Mo</p> <p>Disque : 80 Go</p> <p>Lieu : Administration</p>	<p>Windows version : XP PRO</p> <p>Carte vidéo 1024/768 : Oui</p> <p>Ecran 17 pouces TFT</p> <p>VGA : Oui</p>	<p><b>Imprimantes Réseau</b></p>  <p>Marque : HP</p> <p>Modèle : Laserjet 4000</p> <p>Couleur : Non</p> <p>Marque : EPSON</p> <p>Modèle : Stylus photo EX</p> <p>Couleur : Oui</p>
---	--	---	---

<p><b>Poste 5</b></p> 	<p>Marque : Fujitsu – Siemens</p> <p>Amilo Pro V2065 - portable</p> <p>Processeur : Pentium 4 / 1,86GHz Centrino</p> <p>RAM : 1024 Mo</p> <p>Disque : 80 Go</p> <p>Lieu : Cabinet Médical</p>	<p>Windows version : XP PRO</p> <p>Carte vidéo 1024/768 : Oui</p> <p>Ecran 15 pouces WXGA : Oui</p>	<p><b>Imprimantes Réseau</b></p>  <p>Marque : HP</p> <p>Modèle : Laserjet 4000</p> <p>Couleur : Non</p> <p>Marque : EPSON</p> <p>Modèle : Stylus C66</p> <p>Couleur : Oui</p>
---	---	---	--

<p><b>Poste 6</b></p> 	<p>Marque : ACER</p> <p>Processeur : AMD Sempron XP 2800 / 2,00 GHz</p> <p>RAM : 256 Mo</p> <p>Disque : 40 Go</p> <p>Lieu : Infirmerie</p>	<p>Windows version : XP PRO</p> <p>Carte vidéo 1024/768 : Oui</p> <p>Ecran 17 pouces TFT</p> <p>VGA : Oui</p>	<p><b>Imprimantes Réseau</b></p>  <p>Marque : HP</p> <p>Modèle : Laserjet 4000</p> <p>Couleur : Non</p> <p>Marque : EPSON</p> <p>Modèle : Stylus C66</p> <p>Couleur : Oui</p>
---	--	---	--

<p><b>Poste 7</b></p> 	<p>Marque : ACER</p> <p>Processeur : AMD Sempron XP 2800 / 2,00 GHz</p> <p>RAM : 256 Mo</p> <p>Disque : 40 Go</p> <p>Lieu : Office A.S et A.S.H</p>	<p>Windows version : XP PRO</p> <p>Carte vidéo 1024/768 : Oui</p> <p>Ecran 17 pouces TFT</p> <p>VGA : Oui</p>	<p><b>Imprimantes Réseau</b></p>  <p>Marque : HP</p> <p>Modèle : Laserjet 4000</p> <p>Couleur : Non</p> <p>Marque : EPSON</p> <p>Modèle : Stylus C66</p> <p>Couleur : Oui</p>
---	---	---	--

<p><b>Poste 8</b></p> 	<p>Marque : Fujitsu – Siemens Scenic X102 P 521</p> <p>Processeur : Pentium 4 / 2,8 GHz</p> <p>RAM : 512 Mo</p> <p>Disque : 80 Go</p> <p>Lieu : Animation</p>	<p>Windows version : XP PRO</p> <p>Carte vidéo 1024/768 : Oui</p> <p>Ecran 17 pouces TFT VGA : Oui</p>	<p><b>Imprimantes</b></p> <p><b>Réseau</b></p>  <p>Marque : HP</p> <p>Modèle : Laserjet 4000</p> <p>Couleur : Non</p> <p>Marque : EPSON</p> <p>Modèle : Stylus photo EX</p> <p>Couleur : Oui</p>
---	---	--	---

## ANNEXE 10 : Extraits de la lettre d'information à destination du personnel

---

### Lettre d'information à destination de l'ensemble des personnels de la résidence des Acacias

Ce projet d'informatisation du dossier de l'utilisateur, au même titre que le renouveau architectural et la modernisation du patrimoine de l'établissement, se doit de conforter la stratégie de l'établissement au sein de son secteur gérontologique et sanitaire en misant sur l'innovation au service des professionnels de santé et des usagers.....

Au final, dans un contexte marqué par la pénurie de certaines catégories de personnels et surtout par une complexité croissante des tâches, il s'agit de doter l'E.H.P.A.D de St Georges de Reintembault d'un système d'information moderne et efficient afin d'offrir aux usagers la meilleure qualité et sécurité des soins qu'ils sont en droit d'obtenir.....

#### Plusieurs raisons pour expliquer cette démarche

- **une raison opérationnelle tout d'abord** : les dysfonctionnements constatés et mis en exergue au niveau de la « gestion globale du dossier papier de l'utilisateur » lors de l'élaboration du projet de vie et de l'autoévaluation dans le cadre de la future convention tripartite en 2004 ont conduit à rechercher la mise en œuvre d'une solution plus fiable,
- **une raison technique** : les applications « et/ou protocoles métiers », c'est-à-dire celles qui sont ou seront utilisées par les différents professionnels de l'établissement doivent impérativement communiquer entre elles. De même, il s'agit de disposer des éléments qui permettront de garantir une haute disponibilité (24/24h, 7/7jrs) et une sécurité indispensable (les données personnelles se doivent impérativement d'être gardées confidentielles),
- **une raison qualitative** : le développement de la qualité implique nécessairement la mise en œuvre d'une démarche de prévention et de gestion des risques. Cette démarche repose sur un processus central, la prise en charge du résident avec la déclinaison des **lois n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie,**

- **une raison stratégique enfin** : l'informatique hospitalière et médico-sociale doit pouvoir répondre désormais à un éventail de besoins qui ne doit plus se limiter à la gestion et à l'administration.

La mise en œuvre de ce projet s'appuie sur le respect de notre convention tripartite signée le 1<sup>er</sup> septembre 2005 et sur le projet d'établissement.....

Je compte sur l'implication de tous pour la réussite de ce projet et délègue compétence et autorité à Monsieur Laurent VIVIER, Directeur-stagiaire pour :

- rendre compte du fonctionnement du système actuel à la direction et en assurer les améliorations,
- assurer la mise en œuvre de l'adaptation du système d'information de la résidence conformément aux définitions arrêtées conjointement.

Le Directeur-stagiaire,  
L.VIVIER

Le Directeur,  
S.RIOU

**ANNEXE 11 : Cahier des charges de la consultation pour l'informatisation du dossier de l'utilisateur**

---

St Georges de Reintembault, le 03 octobre 2005

**MISE EN CONCURRENCE**

**FOURNITURE, INSTALLATION ET MISE EN SERVICE D'UN LOGICIEL  
POUR L'INFORMATISATION DU DOSSIER DE L'USAGER**

**Organisée conformément à l'article 28  
Du Code des Marchés Publics**

**(Marché passé selon la procédure adaptée à bons de commandes)**

**CAHIER DES CLAUSES PARTICULIÈRES N° 01/05 du 03 Octobre 2005**

## **TITRE I : CAHIER DES CLAUSES ADMINISTRATIVES PARTICULIERES**

### **Article I-1 : Objet du marché**

La présente consultation concerne la fourniture, l'installation et la mise en service d'un progiciel dossier de l'utilisateur : dossier médical et dossier de soins infirmiers pour l'ensemble des 110 résidents de la résidence.

Les personnes intéressées doivent présenter une offre pour globale pour l'ensemble de la prestation.

### **Article I-2 : Forme de la consultation**

La consultation est passée sous la forme d'une procédure adaptée à bons de commande, suivant l'article 28 du Code des Marchés Publics (décret 2004-15 du 07 janvier 2004).

Elle devra être effectuée au cours du second trimestre de l'année 2006.

### **Article I-3 : Pièces contractuelles**

Les pièces contractuelles de cette consultation sont :

- la lettre de candidature,
- les propositions de prix,
- les descriptifs joints et références,
- le calendrier d'exécution des prestations,
- le présent Cahier des Clauses Particulières dont l'exemplaire conservé dans les archives de l'administration fait foi.

### **Article I-4 : Jugement des offres**

Après constat de la capacité et des moyens à répondre à l'offre par les candidats, les offres seront jugées selon l'adéquation de chaque solution proposée à répondre au besoin exprimé, en fonction :

- des critères techniques exposés au titre II «Cahier des Clauses Techniques Particulières » ci-après,
- du coût des prestations : fourniture, installation, paramétrages, mise en service et maintenance,

- de la conduite du projet et de l'architecture technique proposée,
- du résultat des présentations et références.

#### **Article I-5 : Durée de la consultation et exécution**

La consultation est ponctuelle et à prix fermes. A compter de sa date de notification, elle devra être exécutée selon le calendrier et les délais établis en concertation avec la résidence.

En tout état de cause, la prestation devra être exécutée avant le **30 juin 2006 délai de rigueur**.

#### **Article I-6 : Prix**

Le candidat présentera dans son offre des prix détaillés, sous forme de devis par caractéristiques et variantes éventuelles.

Les prix proposés seront fermes.

Les frais de main d'œuvre et de déplacement concernant la mise à l'essai comme l'installation définitive, ainsi que tous les frais imputables directement à la fourniture (assurance, transport, formation...) doivent être compris dans l'offre.

En cas de demande complémentaire effectuée par la résidence, elle fera l'objet d'un avenant établi selon les règles qui en régissent la mise en œuvre.

#### **Article I-7 : Facturation et délai de paiement**

Les prestations feront l'objet d'une facturation détaillée en deux exemplaires.

La facturation sera effectuée après l'exécution de toutes les prestations dont elle fait l'objet, après levée de toutes les réserves, pour un délai légal de paiement fixé à 45 jours à compter de la date d'émission de la facture et par mandat administratif.

#### **Article I-8 : Pénalités de retard**

Si le titulaire ne respecte pas le délai d'exécution, il encourra l'application de pénalités de retard calculées suivant la formule suivante :  $P = V \times R / 100$



(P : montant de la pénalité, V: valeur des prestations non exécutées et R: nombre de jours de retard dans l'exécution).

#### **Article I-9 : Cautionnement, retenue de garantie**

Il n'est pas prévu de cautionnement, ni de retenue de garantie dans le présent cahier des charges.

#### **Article I-10 : Cas des variantes ou options**

Le candidat peut éventuellement proposer les variantes ou options qu'il pense souhaitables. Cependant, il devra justifier ses propositions tant sur le plan technique que sur le plan économique.

#### **Article I-11 : Dépôt des offres**

Le candidat intéressé adressera ses offres en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante :

**Madame le Directeur  
Résidence des Acacias  
46 rue Maréchal Leclerc  
35420 Saint Georges de Reintembault**

avant le **Vendredi 04 Novembre 2005 à 17 heures, délai de rigueur.**

#### **Article I-12 : Renseignements complémentaires**

Melle RIOU Servane, Directeur ou M.VIVIER, Directeur-stagiaire au 02.99.97.03.10 ou par mail à l'adresse suivante : [residence.les.acacias@megalix.org](mailto:residence.les.acacias@megalix.org)

Une visite de l'existant peut être organisée après une prise de R.D.V.

## TITRE II : CAHIER DES CLAUSES TECHNIQUES PARTICULIERES

### **Article II-1 : Objet du marché**

Le présent C.C.T.P a pour objet de définir les conditions techniques de fourniture, d'installation, de mise en service, de formation et de maintenance d'un progiciel Dossier de l'Usager : dossier médical et dossier soins infirmiers pour l'ensemble des 110 résidents de l'établissement.

Ce présent appel d'offres comporte 1 lot unique qui comprend :

- la fourniture, l'installation et la mise en service de la prestation informatique,
- la formation des utilisateurs sur site,
- la maintenance.

### **Article II-2 : Obligations du titulaire**

Le titulaire de la présente consultation devra prévoir l'ensemble des accessoires éventuels et nécessaires au bon fonctionnement de la configuration progiciel installée.

Les progiciels proposés devront être conformes aux normes en vigueur au moment de la mise en service et le titulaire du marché sera tenu de fournir le dernier modèle et/ou version à la date de livraison.

Le marché comprend la prestation de formation des utilisateurs qui s'effectuera sur le site de la résidence des Acacias à St Georges de Reintembault et durera le temps nécessaire à l'acquisition complète, par le personnel, de la manipulation de l'équipement installé.

Les prises en charge de la formation, des déplacements, des hébergements et des repas sont comprises dans le prix de la fourniture du matériel.

Le progiciel sera livré avec les manuels d'utilisation, de maintenance et du certificat d'identification.

## **Article II-3 : Installation, exploitation et maintenance du progiciel**

### **- Installation :**

Le fournisseur devra faire connaître de manière très précise les conditions techniques de l'installation : pré requis matériels : stations, réseau et environnement.

De même, le fournisseur devra faire connaître les différentes possibilités d'interface avec les logiciels de gestion administrative, comptable ou autres.

### **➤ Présentation du système informatique de la Résidence des Acacias**

#### **- Logiciels installés**

Gestion administrative : Athéna – Société Altair

Gestion économique et financière : Ariane – Société Altair

Gestion des Ressources Humaines : e phare – S.I.B

Avec comme prestataire informatique assurant la maintenance et le développement produits : Syndicat Inter hospitalier de Bretagne (S.I.B)

04 Rue du professeur Jean Pecker

35065 Rennes Cedex

Tel : 02.99.54.75.27

#### **- Réseau installé**

Le bâtiment est composé de trois niveaux : R.D.C, 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> étage. Seuls le R.D.C et le 1<sup>er</sup> étage sont reliés en réseau.

Le câblage RJ 45 est de catégorie 5 et le réseau de type Ethernet TCP/IP.

Liaison ADSL à 1024/128 Ethernet – Mégalis avec modem routeur ADSL ZYXEL Prestige 660HW.

A terme (phase de travaux et procédure d'appel d'offres en cours), le réseau est appelé à évoluer pour couvrir l'ensemble de la structure et des services.

#### **- Nombre de P.C installés**

L'équipement est en cours, avec un nombre actuel de 08 postes et des perspectives à 3 ans de 14.

L'environnement actuel est disparate : de Windows 98 à Windows XP ainsi que les packs office bureautique. Un évolution de l'ensemble du parc vers un environnement Windows XP sera effectuée avant l'installation du logiciel.

### **- Périphériques**

1 imprimante HP Laserjet 4000 et 1 télécopieur laser fax Brother MFC 7225N multifonctions en réseau.

2 imprimantes EPSON Stylus C66 couleur

1 imprimante EPSON Stylus photo EX

Réseau : si besoin, le prestataire devra être à même de faire une proposition de compléments adaptés afin d'assurer un bon fonctionnement du progiciel.

### **- Période de garantie :**

La période de garantie sera d'un an minimum à compter de la date de réception complète de l'installation. Pendant la durée de garantie, la maintenance du progiciel sera assurée par le constructeur sans rémunération spéciale.

### **- Contrat de maintenance :**

A l'issue de la période de garantie, la résidence des Acacias souhaite souscrire un contrat de maintenance pour le progiciel installé. Le prestataire proposera un contrat de maintenance tous risques en précisant ses différentes modalités d'intervention : délais, support téléphonique, hot line...

### **- Évolution du progiciel :**

Le prestataire indiquera sous quelles conditions et à quelle fréquence il s'engage à remettre le progiciel à jour. Il s'engagera à informer par courrier la résidence des Acacias de tous changements et évolutions sur le produit. Une ouverture vers les futurs outils de coordination : D.M.P, réseaux... devra être prévue (voir architecture cible du schéma directeur).

### **- Documentation :**

Le fournisseur retenu devra fournir conjointement à son offre une documentation technique d'utilisation complète en Français.

### **- Calendrier :**

Le fournisseur sera tenu de fournir un calendrier détaillé des opérations d'installation.

- **Informatique et libertés :**

Le candidat retenu devra fournir l'ensemble des pièces nécessaires concernant cet aspect réglementaire pour la déclaration à la C.N.I.L.

**Article II-4 : Critères « techniques » d'attribution**

- Performances techniques du logiciel : fiabilité, sécurisation des données, traçabilité des opérations,
- Capacités d'évolution du système,
- Adaptabilité et paramétrage suivant données fournies par l'établissement,
- Nécessité de disposer d'alertes en cas d'erreurs de saisies : visuelles et/ou sonores,
- Simplicité d'utilisation, tout en étant complet : possibilités de proposer différents modules,
- Délais de livraison et de mise en œuvre.



### Le module « Expert Soins »

- la gestion des habitudes de vie,
- la gestion des grilles AGGIR (points Gir et Apa, Gmp...),
- l'évaluation graphique de l'autonomie (création ASC2I, dynamisation Gir...),
- la gestion des grilles d'évaluation (Adl, Index de Barthel, Norton...),
- la gestion des plans de soins individualisés (diagrammes I.D.E et A.S, tableaux...),
- la définition des protocoles de soins (bains, prévention de chute, escarres...),
- la gestion des transmissions (relèves),
- la gestion des contrôles (T°, TA, glycémie, capillaire, poids...),
- la signature informatique des soins (pansements, injections, toilettes..),
- le transfert des grilles AGGIR de P.S.I vers le format GALAAD V.2 ou V.3,
- les statistiques (AGGIR, charge en soins, chutes...).



### Le module « Expert Cibles – D.I »

- la gestion des transmissions (ciblées, avec données, actions et résultats),
- la gestion des diagnostics infirmiers (avec données, interventions et évaluations),
- les statistiques (cibles, diagnostics infirmiers).



### Le module « Expert Animateur »

- les animations collectives et individuelles,
- le plan d'animations, relève....



### Le module « Expert Psy »

- les actes des psychologues (dossier, relèves, statistiques ....),
- la gestion des grilles d'évaluation (Mif, Tinetti, Get up and Go...).



### **Le module « Expert Social »**

- la gestion des séjours (postulant, entrée, mutation, sortie...),
- l'identité (état civil, prises en charge, mutuelle, A.P.A, C.M.U...),
- les personnes à prévenir (tuteur, curateur, famille, personne de confiance...),
- l'environnement social (histoire, famille, amis...),
- l'annuaire des professionnels (personnel, médecins, hôpitaux, ambulanciers...),
- la gestion des souhaits et informations diverses (en cas de décès...),
- la gestion des rendez-vous (radios, spécialistes...),
- l'inventaire (trousseau, meubles, clés...),
- le plan de l'établissement (avec occupation des chambres),
- les statistiques (âges, séjours, D.M.S...).



### **Le module « Expert Médical »**

- l'affichage de la synthèse médicale (dossier médical, prescriptions, contrôles...),
- la gestion du dossier médical (pathologies, allergies, antécédents...),
- la gestion des autres prescriptions (examens de labo, actes kiné, actes I.D.E...),
- la définition des protocoles médicaux (glycémie et insuline, fraxi et TP...),
- la gestion des courriers et lettres types (aux professionnels, lettres types...),
- la gestion des grilles d'évaluation (Norton, Gds, Egd, MMS (Mini Mental Score), MNA (Mini Nutritional Assessment)...),
- la gestion de la douleur (Doloplus 2, Ecpa, Mac Gill, Eva..),
- l'affichage simultané de 4 courbes (T°, glycémie, capillaire, poids...),
- la gestion des grilles AGGIR (points GIR, APA, GMP...),
- la gestion de la norme PATHOS (pathologies, profils, interface GALAAD V.3..),
- le négatoscope (gestion des radios à l'écran),
- les statistiques (pathologies, médicaments, PATHOS).



### **Le module « Expert Prescriptions »**

- la gestion de la prescription (traitements, ordonnances, Ald...),
- la dynamisation du plan de soins (génération des soins prescrits),
- le thésaurus complet de médicaments (spécialités, génériques, prix...),
- les statistiques (consommations, coûts moyens...).



### **Le module « Expert Kiné »**

- les actes kinés, ergos (dossier, relèves, soins, statistiques...),
  - le gestion des grilles d'évaluation (Mif, Tinetti statique et dynamique...).
- 



### **Le module « Intranet »**

- gestion des messages envoyés et reçus,
- agenda personnel,
- annuaire personnel.



## ANNEXE 13 : Actions de formation spécifiques à l'utilisation de P.S.I

---



### GRUPE REFERENT

#### **1° JOURNEE - MATIN**

##### **ENVIRONNEMENT GENERAL P.S.I.**

Lancement et arrêt du logiciel  
Navigation dans le produit  
Tri, filtre et recherche d'informations  
Gestion des droits et profils

##### **PERSONNES ACCUEILLIES**

Gestion des séjours et impressions  
(Entrée, sortie, mutation, etc.)

##### **IDENTITE**

Gestion et impressions  
(Informations générales, caisse, etc.)

##### **HABITUDES DE VIE (PARAMETRAGE)**

Gestion et impressions

##### **GRILLE AGGIR**

Gestion et impressions  
Le Géro-Graph  
Historisation des grilles AGGIR

#### **2° ET 3° JOURNEE -**

Suivi de la formation avec le 1<sup>er</sup> groupe

#### **4° ET 5° JOURNEE -**

Suivi de la formation avec le 2<sup>ième</sup> groupe

#### **1° JOURNEE – APRES-MIDI**

##### **PLANS DE SOINS TYPES (PARAMETRAGE)**

Gestion

##### **PARAMETRAGE DES SOINS**

Gestion et impressions

##### **PARAMETRAGE DES SECTEUR DE TRAVAIL**

##### **SECURITE**

Création d'un agent de l'établissement  
Affectation des mots de passe

##### **SAUVEGARDES ET REPARATION**



## GROUPES 1 ET 2

### **1° JOURNEE - MATIN**

#### **ENVIRONNEMENT GENERAL**

L'environnement WINDOWS®  
Apprentissage de la souris et du clavier

#### **ENVIRONNEMENT GENERAL P.S.I.**

Lancement et arrêt du logiciel  
Navigation dans le produit  
Tri, filtre et recherche d'informations  
Gestion des droits et profils

#### **PERSONNES ACCUEILLIES**

Gestion des séjours et impressions  
(Entrée, sortie, mutation, etc.)

#### **IDENTITE**

Gestion et impressions  
(Informations générales, caisse, etc.)

Hospitalisation

#### **SOUHAITS ET INFOS DIVERSES**

Gestion et impressions

#### **ENVIRONNEMENT SOCIAL**

Gestion et impressions

#### **REPENDANTS TELEPHONIQUES**

Gestion des personnes à contacter (tuteur,  
familles, etc.)

#### **PLAN**

Visualisation et impressions

### **1° JOURNEE – APRES-MIDI**

#### **HABITUDES DE VIE**

Gestion et impressions

#### **GRILLE AGGIR**

Gestion et impressions

Le Géro-Graph

Visualisation des graphiques AGGIR

Historisation des grilles AGGIR

#### **TRANSMISSIONS EVENEMENTIELLES**

Gestion et impressions

#### **SAUVEGARDES**

### **2° JOURNEE - MATIN**

#### **PLANS DE SOINS TYPES**

Application

#### **PLANS DE SOINS INDIVIDUALISES**

#### **TRANSMISSIONS EVENEMENTIELLES (SUITE)**

#### **CONTROLES ET COURBES**

Gestion et impressions

### **2° JOURNEE – APRES-MIDI**

#### **MISE EN PLACE DES PROCEDURES**

#### **IMPRESSION DES DOCUMENTS DE TRAVAIL**

#### **PLANS DE SOINS INDIVIDUALISES (SUITE)**

Programmations hebdomadaires

Gestion et impressions

#### **MISE EN SITUATION DE TRAVAIL**

#### **L'INFIRMIERE ET LA PRESCRIPTION**

Gestion et impressions

#### **DOSSIER MEDICAL**

Gestion et impressions

#### **AUTRES PRESCRIPTIONS**

Gestion et impressions

Examens, kinés, actes Ide, etc.

#### **AGENDA DES RENDEZ-VOUS**

Gestion et impressions

#### **MISE EN PLACE DES PROCEDURES**

#### **REVISION DES ELEMENTS VUS**

## ANNEXE 14 : Enquête et résultats (graphiques)

---

### Objectif :

- Après cette adaptation du système d'information de la résidence (dossier de l'utilisateur informatisé), apprécier la représentation qu'ont les utilisateurs (administratifs, soignants, médicaux) du S.I., évaluer leur ressenti et leur niveau de connaissance par rapport aux bonnes pratiques d'utilisation.

### Echantillon :

- Personnels de la résidence
- Médecins libéraux intervenants au sein de la résidence

### 1- Données personnelles (les questionnaires seront anonymés lors de l'exploitation)

#### A quel métier appartenez-vous :

Administratif  Médecin  Cadre  Infirmier   
Aide-soignante  O.P.  A.S.H  A.M.P.

#### Votre ancienneté au sein de la résidence :

Est inférieure à 1 an  Est supérieure à 1 an et inférieure à 5 ans   
Est supérieure à 5 ans et inférieure à 10 ans  Est supérieure à 10 ans

#### Votre classe d'âge :

20 - 30 ans  30 - 40 ans  40 - 50 ans  50 - 60 ans

### 2- Circulation de l'information médicale ou non

**Le mode des transmissions de l'information au sein de la résidence (téléphone, fax, papier, informatique) vous permet-il d'accéder à des informations exactes et fiables (intégrité) ?**

Oui, tout à fait  Ni oui, ni non  Non, plutôt   
Oui, plutôt  Non, pas du tout

**De même vous permet-il d'accéder à tout moment à l'information utile (disponibilité) ?**

Oui, tout à fait  Ni oui, ni non  Non, plutôt   
Oui, plutôt  Non, pas du tout

**Enfin, vous paraît-il de nature à garantir la confidentialité des informations médicales ?**

Oui, tout à fait   
Oui, plutôt

Ni oui, ni non

Non, plutôt   
Non, pas du tout

**Estimez-vous que les données relatives à la prise en charge de l'usager (actes soignants, paramédicaux, relèves....) et partagées par le mode papier étaient bien protégées auparavant ?**

Oui, tout à fait   
Oui, plutôt

Ni oui, ni non

Non, plutôt   
Non, pas du tout

**Estimez-vous avoir de bonnes connaissances en matière de sécurité-confidentialité des informations ?**

Oui, tout à fait   
Oui, plutôt

Ni oui, ni non

Non, plutôt   
Non, pas du tout

**Selon vous la communication de données médicales nominatives entre professionnels de santé, en dehors d'un cadre précisé par la loi, peut-elle être sanctionnée ?**

Oui

Non

Ne sait pas

**Quelles peuvent être selon vous les peines encourues ?**

Aucune  Blâme   
Amende  Prison

### **3- Informatique et sécurité**

**Si vous deviez évaluer vos connaissances en matière d'informatisation des données personnelles et médicales, vous diriez quelles sont :**

Inexistantes

Approximatives

Très bonnes

**Avez-vous entendu parler du nouveau système d'information de la résidence et comment le qualifiez-vous (cocher trois cases) ?**

Un réseau tentaculaire contrôlé par les seuls spécialistes

Une source de fuite d'information

Une plus grande atteinte à la confidentialité des données

Une sophistication électronique

Une machine intelligente qui remplace l'homme plus efficacement

Une amélioration de la coordination des soins et de la circulation de l'information

Un instrument de meilleure prise en charge de l'usager

**Etes-vous favorable à ces dossiers médicaux et soins infirmiers informatisés partagés ?**

Oui, tout à fait   
Oui, plutôt

Ni oui, ni non

Non, plutôt   
Non, pas du tout

**Permettent-ils de sécuriser davantage les données que le dossier papier ?**

Oui, tout à fait   
Oui, plutôt

Ni oui, ni non

Non, plutôt   
Non, pas du tout

**Quel est parmi ces deux possibilités, le risque majeur que fait courir un système d'information informatisé :**

Le manque de confidentialité

L'indisponibilité, l'impossibilité d'accéder à des données

Autre  lequel

**Les données médicales informatisées aujourd'hui vous semblent-elles bien protégées ?**

Oui, tout à fait   
Oui, plutôt

Ni oui, ni non

Non, plutôt   
Non, pas du tout

**Les partagez-vous en toute confiance ?**

Oui, tout à fait   
Oui, plutôt

Ni oui, ni non

Non, plutôt   
Non, pas du tout

**Les mesures de sécurité informatique sont elles une contrainte :**

Acceptable : oui  non

Justifiée : oui  non

**Vous arrive-t-il de communiquer votre mot de passe à un collègue ?**

Parfois

Souvent

Jamais

**Ecrivez-vous votre mot de passe pour mémoire ?**

Oui

Non

**Avez-vous déjà oublié votre mot de passe ?**

Non

Oui de façon marginale

Oui régulièrement

**Abandonnez-vous votre poste de travail sans déconnecter votre session de travail de l'ordinateur ?**

Parfois                   Souvent                   Jamais

**Ouvrez-vous un fichier attaché à un mail sans être sûr de sa provenance ?**

Jamais                   Toujours                   Parfois

**Souhaitez-vous bénéficier d'une formation complémentaire à la sécurité informatique ?**

Oui                                   Non                                   Ne sait pas

**5- Si vous deviez définir vos attentes vis-à-vis de l'informatisation des unités de soins, vous diriez que vous attendez :**

Une meilleure planification organisationnelle   
Un gain de temps pour une meilleure écoute des usagers   
Un meilleur accès à l'information exacte, fiable et en temps voulu   
Une meilleure traçabilité de l'information

Une plus grande capacité d'information médicale   
Un accroissement des possibilités d'investigation médicale   
Une plus grande sécurité pour les soins, la prescription et l'aide au diagnostic   
L'amélioration de la prise en charge de l'usager (continuité des soins, prévention)

**Facultatif**

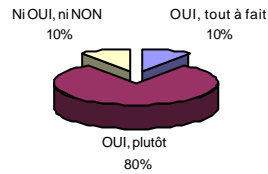
**Nom :**

**Vous êtes :**

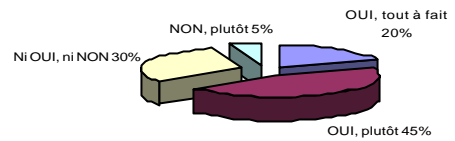
Un homme

Une femme

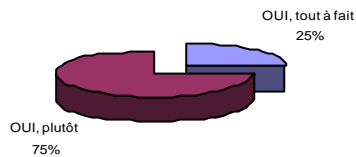
**Le mode des transmissions de l'information au sein de la résidence (téléphone, fax, papier, informatique), vous permet-il d'accéder à des informations exactes et fiables (intégrité)?**



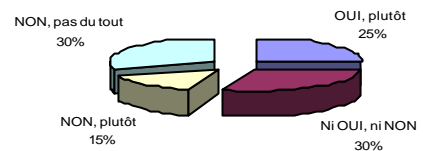
**Le mode des transmissions de l'information vous permet-il d'accéder à tout moment à l'information utile (disponibilité)?**



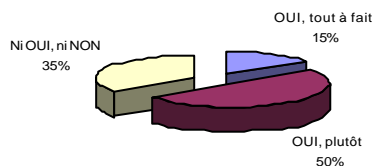
**Le mode des transmissions de l'information vous paraît-il de nature à garantir la confidentialité des informations?**



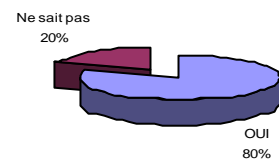
**Estimez-vous que les données relatives à la prise en charge de l'usager (actes soignants, paramédicaux, relèves..) et partagées par le mode papier étaient bien protégées auparavant?**



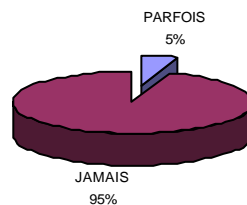
**Estimez-vous avoir de bonnes connaissances en matière de sécurité-confidentialité des informations?**



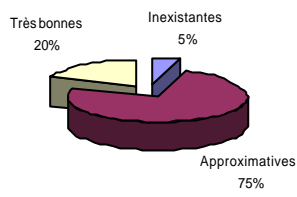
**Selon vous la communication de données médicales nominatives entre professionnels de santé, en dehors d'un cadre précisé par la loi, peut-elle être sanctionnée?**



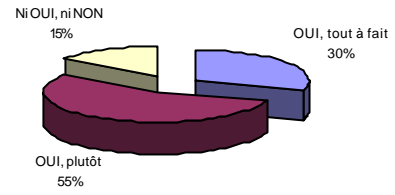
**Vous arrive t'il de communiquer votre mot de passe à un collègue**



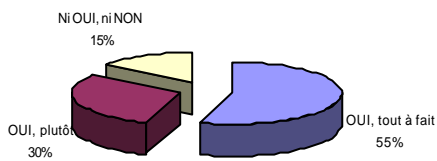
**Si vous deviez évaluer vos connaissances en matière d'informatisation des données personnelles et médicales, vous diriez quelles sont?**



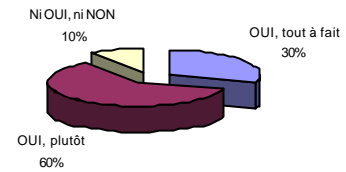
**Ets-vous favorable à ces dossiers médicaux et soins infirmiers informatisés partagés?**



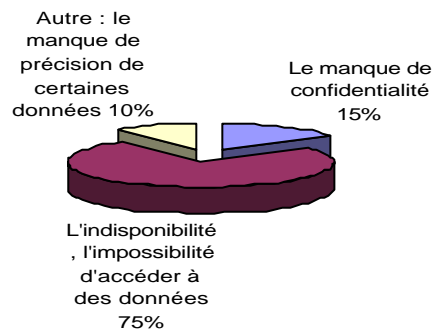
**Permettent-ils de sécuriser davantage les données que le dossier papier?**



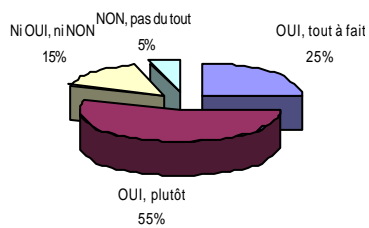
**Les données médicales informatisées aujourd'hui vous semblent-elles bien protégées**



**Quel est parmi ces 2 possibilités, le risque majeur que fait courir un système d'information informatisé?**



**Les partagez-vous en toute confiance?**



**Vous arrive t'il de communiquer votre mot de passe à un collègue**

