



EHESP

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

Promotion : **2008-2009**

Date du Jury : **Décembre 2009**

La modernisation des systèmes d'information hospitaliers en Franche-Comté

La mise en place du dossier patient informatisé dans un établissement adhérent à un groupement de coopération sanitaire régional : l'exemple du centre de soins et de réadaptation Les Tilleroyes à Besançon.

Chitra KICHENARADJA

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier Monsieur BART, Président du Conseil d'Administration du centre de soins et de rééducation Les Tilleroyes¹ et Monsieur CAMUS, directeur du centre hospitalier de soins et de rééducation Les Tilleroyes pour m'avoir permis d'effectuer le stage professionnel au sein de cet établissement.

Je voudrais remercier toutes les personnes qui ont accepté de me rencontrer dans le cadre de ce mémoire. Je les remercie pour leur accueil très chaleureux et le temps qu'ils m'ont consacré pour me faire partager leurs difficultés, leurs attentes et leurs visions du dossier patient informatisé.

Je remercie tout particulièrement les membres du comité informatique de m'avoir fait confiance et de m'avoir fait partager leur vision pluridisciplinaire de ce projet.

Je remercie chaleureusement les cadres de santé et les médecins du centre de soins et de réadaptation Les Tilleroyes de m'avoir exprimé leurs opinions du projet avec une grande sincérité.

Mes remerciements vont également aux chefs de projets du groupement de coopération sanitaire EMOSIST qui m'ont permis d'appréhender de manière globale le dossier patient informatisé.

¹ Présentation du centre de soins Les Tilleroyes à Besançon en annexe 1.

Sommaire

Introduction	1
1 D'une volonté nationale de piloter les systèmes d'information publics de santé à la mise en œuvre d'un dossier patient informatisé au centre de soins Les Tilleroyes dans le cadre d'un groupement régional : une réalité contrastée.....	7
1.1 Une réglementation de l'organisation des systèmes d'information hospitaliers abondante qui tente de définir et d'accompagner les gestions de projets de dossier patient informatisé.....	8
1.1.1 Les objectifs du pilotage des SIH : assurer une coordination des soins pertinente et efficace	8
1.1.2 Les acteurs institutionnels et des enjeux ambitieux pour les systèmes de santé	10
1.1.3 L'accompagnement soutenu des projets de DMP et DPI par des plans de relance des SIH et des nouvelles structures dédiées au SIH.....	11
1.2 Une déclinaison régionale des politiques nationales des systèmes d'information réussie : la région Franche-Comté, précurseur dans la gestion du dossier patient informatisé et du dossier médical personnalisé via un groupement de coopération sanitaire.....	13
1.2.1 Historique de la coopération en Franche-Comté	13
1.2.2 Création d'un groupement de coopération sanitaire : Ensemble pour la Modernisation des Systèmes d'Information de Santé et de Télémedecine (EMOSIST), un défi pour la Franche-Comté	15
1.3 La modernisation nécessaire des systèmes d'information hospitaliers au centre de soins de suite et de réadaptation des Tilleroyes	18
1.3.1 L'état des lieux des systèmes d'information hospitaliers : le schéma directeur des systèmes d'information aux Tilleroyes.....	18
1.3.2 Du dossier papier au dossier patient informatisé.....	18
2 Le dossier patient informatisé, une révolution culturelle accompagnée par le directeur d'établissement aidé d'un comité informatique pluridisciplinaire et d'EMOSIST.....	21
2.1 Décembre 2008 : le diagnostic avant la mise en place du DPI.....	21
2.1.1 Les points forts retenus par le comité informatique dans la mise en place du DPI	21
2.1.2 Les points faibles qui auraient pu rendre difficile la mise en place du DPI	24

2.1.3	Les bénéfiques du DPI pour le centre de soins Les Tilleroyes	25
2.1.4	Une identification des risques du dossier patient informatisé.....	27
2.2	Janvier 2009 : un directeur qui décide, une équipe multidisciplinaire qui coordonne les actions.....	28
2.2.1	La définition d'un calendrier « réaliste »	28
2.2.2	La politique d'information des futurs utilisateurs, des instances et des usagers ..	29
2.2.3	La conduite d'accompagnement et le management : implication forte de la direction et multi-disciplinarité indispensable au sein du comité informatique	29
2.2.4	Des formations adaptées à chaque fonction	30
2.2.5	Une cellule support dédiée au projet soutenue par EMOSIST	31
2.2.6	L'illustration concrète du soutien d'EMOSIST	31
3	La mise en œuvre du dossier patient informatisé au sein d'un projet régional appelle naturellement une analyse et un certain nombre de préconisations par le directeur de l'établissement	33
3.1	Une analyse a posteriori de l'informatisation du DPI par le comité informatique à travers plusieurs thématiques.....	33
3.1.1	Une gestion de projet du DPI candidate	33
3.1.2	Une conduite du changement et un accompagnement à maintenir au long cours ..	34
3.1.3	Une gestion des ressources humaines efficace	35
3.1.4	Une coopération entre le centre de soins Les Tilleroyes et EMOSIST : un partenariat à préciser	36
3.1.5	Une gestion du corps médical délicate.....	37
3.2	Des préconisations pour améliorer le dossier patient informatisé au centre de soins et la collaboration avec EMOSIST	38
3.2.1	L'évaluation nécessaire du DPI par le comité informatique.....	38
3.2.2	Une recherche de sécurité et de qualité indissociable	41
3.2.3	Investir dans la formation au SIH pour mobiliser les professionnels de santé sur cette thématique.....	42
3.2.4	Mutualiser et gérer l'interopérabilité, un impératif pour le DPI.....	43
3.2.5	Une démarche éthique dans la conduite du changement à ne pas négliger.....	43
3.2.6	Renforcer le pilotage des projets d'informatisation hospitaliers	44
	Conclusion	47
	Sources et bibliographie.....	49
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ASIP	Agence des Systèmes d'Information de Santé Partagés
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
CNIL	Commission Nationale Informatique et Libertés
DESSMS	Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social
DMP	Dossier Médical Partagé
DPI	Dossier Patient Informatisé
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GMSIH	Groupement pour la Modernisation des Systèmes d'Information Hospitalier
EMOSIST	Ensemble pour la Modernisation des Systèmes d'Information de Santé et de Télémédecine en Franche-Comté
EHPAD	Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoire (loi)
MAINH	Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier
MEAH	Mission Nationale d'Expertise et d'Audits Hospitaliers
PMSI	Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
SIH	Système d'Information Hospitalier
SROS	Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
Wi-Fi	Le terme Wi-Fi est largement connu pour être la contraction de Wireless Fidelity (Précision sans fil)

Introduction

Rares sont les domaines qui n'ont pas été touchés par les technologies de l'information. La fin des années quarante marque la fin de l'hôpital hospice et l'avènement de l'hospitalocentrisme, marqué par la « loi Debré de 1958 ». Cette modernisation rapide a été si importante qu'elle a entraîné une progression considérable des dépenses de santé et obligé les pouvoirs publics à procéder à des réformes du système hospitalier, lesquelles ont, dans la même période, amené progressivement la naissance des systèmes d'information hospitaliers en France.

Depuis les années 1990, les établissements de santé font face à de fortes évolutions de leur environnement et connaissent un changement important des modes de gestion interne et du droit des patients. Pour accompagner ces mutations, les établissements doivent parfois revoir leur organisation, leurs activités, et cela se traduit par une réorganisation où les systèmes d'information occupent une place majeure.

Ainsi, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie instaurant le dossier médical personnalisé informatisé bouleverse la prise en charge d'un patient puisque son dossier devra contenir toutes les informations de santé le concernant.

Certaines régions, dont la région Franche-Comté, ont développé dans le cadre de la modernisation du système d'information de santé, une approche de dossier patient informatisé partagé et communiquant. Le partage de l'information entre professionnels de santé s'est imposé comme un des leviers possibles de l'accroissement de l'efficacité du système de santé et comme un principe incontournable de la coordination des soins.

Nous avons évoqué à plusieurs reprises les systèmes d'information et le dossier patient informatisé. Qu'entendons-nous par ces termes ?

Le système d'information a été défini par plusieurs auteurs, nous retiendrons que « le système d'information comprend l'ensemble des moyens humains matériels et des méthodes se rapportant au traitement des différentes formes d'informations qu'elle rencontre. Un système d'information sert à capter, traiter et restituer l'information »².

Le Dossier Patient Informatisé (DPI) est un dossier unique où se trouvent les renseignements que le patient aura souhaité donner et auquel tous les professionnels de santé ont un accès sécurisé.

² Philippe MALAVAL, Marketing business to business, Publi, Union, 1996, p322.

Nous verrons plus en détail le contenu du DPI lorsque nous aborderons les spécificités de la région Franche-Comté.

Dessiner le contour des systèmes d'information hospitalier n'est pas chose aisée. Cependant, comprendre l'importance et les enjeux de ces nouvelles technologies représente un atout majeur pour un directeur d'établissement sanitaire social et médico-social (DESSMS).

Ce nouvel outil permet non seulement un partage des informations à travers la coordination des soins mais permet aussi de répondre à un enjeu réglementaire, celui de la sécurité des informations de santé dites « sensibles » et celui de la traçabilité de tout processus de santé qui s'inscrit dans une politique de qualité globale.

Cet enjeu est renforcé par la montée en puissance du rôle du patient, dont les droits à maîtriser l'enregistrement et la communication de ses données de santé sont affirmés par la loi du 4 mars 2002. L'utilisateur n'est plus un objet de soins mais un acteur de sa santé.

Les directeurs d'établissement doivent disposer de plus en plus d'une information fiable et pertinente. Il devient donc, capital pour un responsable d'établissement, de rassembler et d'homogénéiser les données afin de permettre d'analyser les indicateurs pertinents pour faciliter les prises de décisions impactant l'établissement. La modernisation des systèmes d'information permet déjà aux directeurs de structures sanitaires de décliner les outils de la nouvelle gouvernance hospitalière³ ; grâce aux nouvelles technologies déployées au sein du groupement franc-comtois, ceux-ci peuvent disposer de l'information et anticiper leurs décisions stratégiques et opérationnelles.

Ainsi, l'intérêt professionnel de la mise en place d'un DPI est presque une évidence puisqu'il permet aux directeurs d'établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux de participer à un groupement régional et à un projet régional. Cette initiative franc-comtoise permet non seulement aux petites structures rurales de sortir de leur isolement mais à l'ensemble des acteurs de la région de tisser des liens avec les différents partenaires locaux tant publics que privés.

La mise en œuvre d'un dossier de patient informatisé oblige aussi les établissements à inscrire un schéma directeur informatique au sein du projet d'établissement et incite les responsables à réfléchir au système d'information de leur structure.

³ Programme médicalisé des systèmes d'informations, Tarification à l'activité, comptabilité analytique, pôles...

Ce sujet représente donc une préoccupation majeure pour les DESSMS qui doivent disposer d'outils d'analyse de leur activité.

Le choix d'étudier le système d'information hospitalier et en particulier le dossier patient informatisé correspond à plusieurs motivations. Tout d'abord, il s'inscrit dans les préoccupations d'un directeur d'établissement et dans l'actualité du centre de soins Les Tilleroyes. Le pilotage de ce dossier a été confié à l'élève-directeur qui a été positionnée sur ce projet comme directeur-adjoint et chef de projet.

De plus, ayant connaissance de l'importance du développement du DPI en particulier et des systèmes d'information en général, il était opportun de travailler sur la mise en place du DPI pour développer nos connaissances sur les systèmes d'information hospitaliers. Aussi, la participation à plusieurs formations et séminaires relatifs à ces thématiques a permis d'en comprendre les enjeux. Au cours de ce mémoire, il a été fait le choix de ne pas traiter des questions techniques, car l'informatique n'est pas le métier d'un directeur.

Entre la présentation du projet par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en 2004 et l'application du DPI au centre de soins Les Tilleroyes en 2009, il s'est écoulé cinq ans. Ce projet a fait l'objet de nombreuses réunions et de nombreux comptes rendus qu'il a été important de parcourir afin de parvenir à une vision globale du projet et de ses enjeux. La mise en œuvre du projet dans les services de soins au centre de soins Les Tilleroyes a débuté en mai 2009.

Pour traiter la mise en œuvre du dossier patient informatisé, plusieurs outils d'analyse ont été utilisés. Nous avons eu recours en grande partie à une méthodologie réflexive, car cette méthodologie a permis d'analyser ultérieurement des faits qui se sont déroulés entre le mois de novembre 2008 et juin 2009. Ce travail a été facilité par le fait que nous prenions des notes journalières des commentaires des différents acteurs concernés par le sujet au cœur de l'institution.

Puis, nous nous sommes renseignés sur les systèmes d'information hospitaliers par une recherche documentaire et la lecture de sites dédiés à ces thématiques. D'autre part, nous avons choisi d'étayer notre travail par quatre entretiens⁴. Le chargé de mission des systèmes d'information et télémédecine de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Franche-Comté, deux directeurs d'établissement de soins de suite et de réadaptation de la

⁴ Voir annexe 4.

région Franche-Comté, un chef de projet du groupement Ensemble pour la Modernisation des Systèmes d'Information de Santé et de Télémédecine en Franche-Comté (EMOSIST)⁵. Nous avons également envoyé un questionnaire aux quatre cadres de santé du centre de soins Les Tilleroyes. Nous avons choisi le questionnaire pour une raison de neutralité ; après avoir côtoyé pendant huit mois ces quatre cadres de santé, nous ne souhaitons pas d'entretiens directs, au risque de les influencer ou de les orienter dans leur réponse. Le questionnaire dans ce cas présent ne revêt qu'un caractère qualitatif, il n'a aucune représentation statistique compte tenu du nombre restreint de questionnaires.

D'autre part, dans le cadre de la mise en œuvre du DPI, les membres du comité informatique des Tilleroyes avec des membres du personnel des Tilleroyes ont visité quatre structures qui ont déjà mis en place le DPI ; ces membres ont été choisis en fonction des thématiques retenues⁶. Ces visites nous ont permis d'avoir un retour d'expérience des différents professionnels. Ils nous ont livré leur impression sur le logiciel utilisé, sur les difficultés rencontrées lors de la mise en place du DPI, leur relation avec les multiples partenaires. Et, enfin une dizaine de réunions du comité informatique⁷. Ces réunions nous ont permis d'accompagner le projet auprès du personnel, des représentants des usagers, du Conseil d'Administration, du Comité Technique d'Établissement et du Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail.

L'ensemble de ces entretiens, visites et lectures nous a amenés à nous interroger d'une part, sur la nécessité de réorganiser les Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH), nous incitant ainsi à comprendre ces mutations du niveau national jusqu'à l'application dans un établissement de santé. Et d'autre part, d'étudier la conduite de projet de mise en œuvre d'un dossier patient informatisé au centre de soins Les Tilleroyes à Besançon dans le cadre du groupement franc-comtois.

Nous ne pouvons dissocier ces deux questions car elles permettent ensemble d'appréhender à la fois les enjeux réglementaires, la place de l'utilisateur, l'organisation actuelle des SIH ses atouts et ses limites. Nous verrons les informations dont le directeur du centre de soins Les Tilleroyes a besoin pour disposer d'une lisibilité satisfaisante de son activité. Puis, nous pourrions appréhender quelles sont les conditions de réussite d'un tel projet au sein d'un groupement et comprendre l'intérêt pour un directeur d'établissement de participer à un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) régional.

⁵ Les entretiens n'ont pas été enregistrés pour éviter de perturber les interlocuteurs sans quoi nous pensons qu'ils auraient été moins libres dans leur réponse. Voir annexe n°5,6 et 7.

⁶ Voir annexe 2.

⁷ Voir annexe 3.

Nous verrons dans une première partie les réformes engagées au niveau national pour réorganiser les systèmes d'information et l'initiative de la Franche-Comté pour moderniser les systèmes d'information dans les établissements de santé de la région.

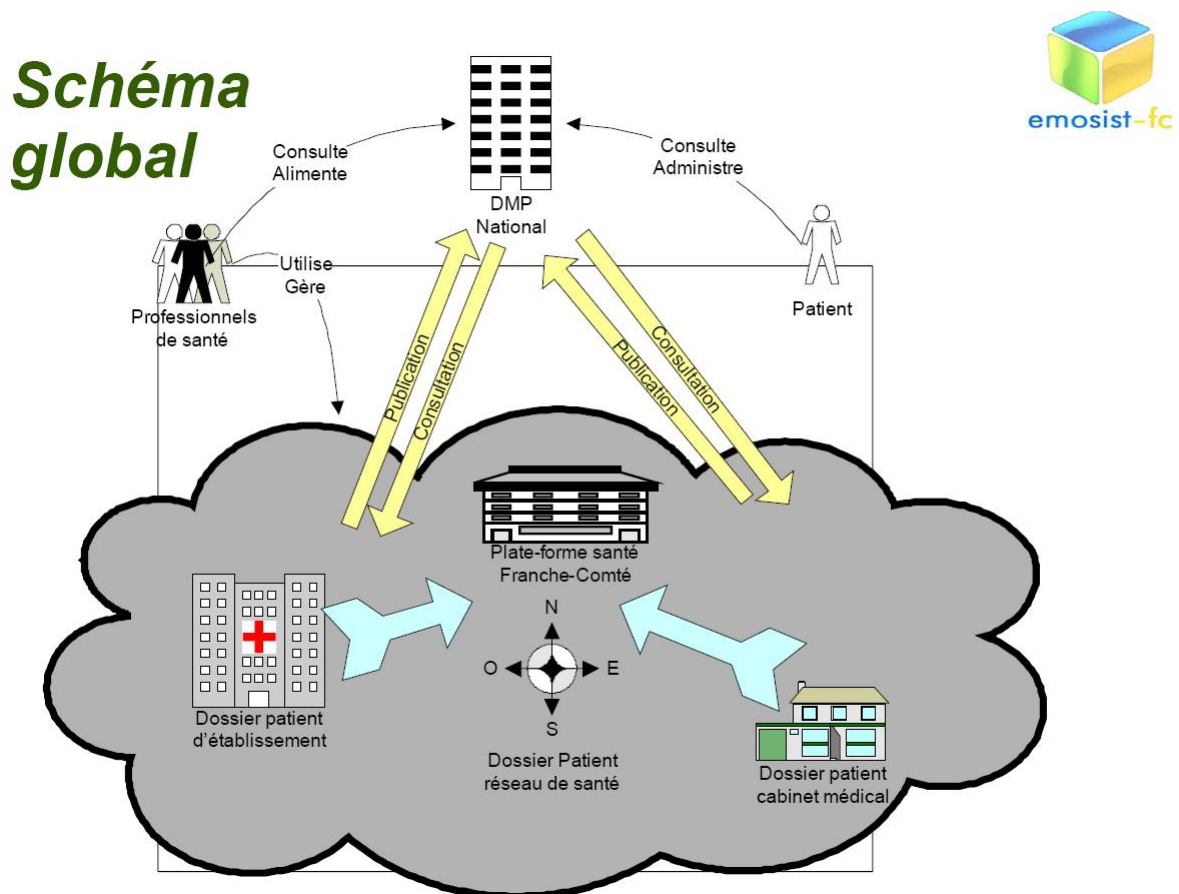
Puis, nous envisagerons dans une seconde partie, la mise en place d'un dossier patient informatisé au sein d'un établissement de soins de suite et de réadaptation qui participe à un groupement de coopération sanitaire régional.

Et, enfin nous analyserons la conduite de projet d'un dossier patient informatisé dans le centre de soins Les Tilleroyes dans le cadre de la participation au groupement régional et nous émettrons des préconisations pour améliorer et faire évoluer le dossier patient informatisé.

1 D'une volonté nationale de piloter les systèmes d'information publics de santé à la mise en œuvre d'un dossier patient informatisé au centre de soins Les Tilleroyes dans le cadre d'un groupement régional : une réalité contrastée

Les systèmes d'information du secteur de la santé en France souffrent de défaillances du pilotage de la politique d'informatisation et du retard pris par les établissements publics de santé, dans le développement de leurs systèmes d'information. Toutefois, de nouvelles réformes ont été engagées pour moderniser les systèmes d'information hospitaliers et médico-sociaux (1.1). Ainsi certaines régions ont déjà anticipé la modernisation de leur SIH (1.2). Au niveau local, il appartient au directeur de l'établissement d'être « un maillon de cette chaîne » de modernisation des SIH pour continuer à préserver la qualité de la prise en charge du patient avec la mise en place du dossier patient informatisé (1.3).

Le schéma qui suit illustre le déploiement du Dossier Médical Partagé franc-comtois.



Titre : Schéma global du dossier médical partagé⁸

⁸ Schéma provenant du diaporama d'Emosist de présentation de la « seconde journée régionale consacrée à l'informatisation du dossier du patient en Franche-Comté », le 13/10/2005 à Besançon.

1.1 Une réglementation de l'organisation des systèmes d'information hospitaliers abondante qui tente de définir et d'accompagner les gestions de projets de dossier patient informatisé

1.1.1 Les objectifs du pilotage des SIH : assurer une coordination des soins pertinente et efficace

A) Une définition du Système d'Information Hospitalier

Il existe plusieurs définitions des SIH ; nous avons retenu celle de Gérard PONÇON : « Le système d'information hospitalier est inséré dans l'organisation « hôpital » en perpétuelle évolution ; il est capable selon des règles et modes opératoires prédéfinis, d'acquérir des données, de les évaluer, de les traiter par des outils informatiques contenant une forte valeur ajoutée à tous les partenaires internes ou extérieurs de l'établissement, collaborant à une œuvre commune orientée vers un but spécifique, à savoir la prise en charge d'un patient et le rétablissement de celui-ci »⁹.

Le SIH couvre l'ensemble des informations utilisées dans un établissement de santé, et cette information est découpée en grands domaines, par exemple le domaine logistique, comptable et financier ou bien encore le domaine de soins (par le biais du dossier patient informatisé, de la prescription des actes, du lien avec les laboratoires).

Nous nous intéresserons au domaine médical et à la notion de dossier patient qui comporte des acceptions très diverses : dossier de suivi médical, dossier patient informatisé, dossier médical personnel, dossier médical partagé. Nous utiliserons le terme de dossier patient informatisé. C'est précisément ce dossier patient informatisé que différentes réglementations tentent d'encadrer.

B) La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé assure la protection des patients dans l'utilisation des nouvelles technologies de l'information

Dès 1978 est apparue, avec la loi informatique et libertés, la nécessité de protéger les citoyens contre les abus liés à l'informatisation des données. Cette loi visait notamment à appliquer et adapter aux particularités de l'informatique l'article 9 du code civil, qui précise que « chacun a le droit au respect de sa vie privée ».

⁹ Gérard PONÇON (Chef de Service à la Direction Informatique et Réseau, Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille), le management du système d'information hospitalier, la fin de la dictature technologique, p25.

L'évolution numérique et ses conséquences sur les droits des patients sont également reprises dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, notamment dans son titre II, intitulé « démocratie sanitaire » qui précise que « Deux ou plusieurs professionnels 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 sanitaire possible (...). Afin de garantir la confidentialité des informations médicales (...), leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis et motivé de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ».

Ainsi, la confidentialité des informations médicales est un droit essentiel du patient et une condition essentielle de la modernisation des systèmes d'information en santé. Le directeur de l'établissement où est pris en charge un patient se doit d'offrir ces garanties à celui-ci.

C) La loi du 13 août 2004 relative à la mise en place du dossier médical partagé

La création du Dossier Médical Personnel (DMP) a été décidée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie, dans le prolongement des dispositions introduites par la loi de 2002 relative aux droits des malades. Philippe DOUSTE-BLAZY, ministre de la santé au moment de la promulgation de la loi, souhaitait que le DMP soit généralisé à l'ensemble des Français en 2007. Toutefois, celui-ci a connu de multiples retards et difficultés, lesquels ont donné lieu à plusieurs rapports d'experts. Actuellement, le DMP est loin d'être généralisé, mais des experts continuent de travailler sur ce projet.

L'objectif du dossier médical partagé est tout d'abord d'améliorer la qualité des soins c'est-à-dire de favoriser la coordination, la continuité des soins, d'améliorer la communication des informations de santé tout en respectant les droits du patient « et in fine accroître l'efficacité de notre système de santé et, par ce biais, réaliser des économies » (Rapport JEGOU)¹⁰.

Les détracteurs du DMP soulignent les dépenses inconsidérées qui sont engagées pour faire fonctionner cette « usine à gaz » comme le note Jean-Marie CLEMENT, professeur de droit médical et hospitalier à l'université Paris 8, et de rajouter que c'est une erreur liberticide de vouloir que tout individu adhère à un système parfaitement rationnel¹¹.

En effet, dès le départ, l'imprécision qui a entouré la définition du DMP a été un frein au développement du projet et à l'adhésion des différents acteurs. Malgré les critiques, le DMP continue à exister.

¹⁰ Rapport du Sénat n°62 p23.

1.1.2 Les acteurs institutionnels et des enjeux ambitieux pour les systèmes de santé

A) Les acteurs institutionnels et les acteurs locaux engagés

Parmi les acteurs institutionnels on retrouve les Directions Régionales et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, les Agences Régionales de l'Hospitalisation, les Caisses Régionales d'Assurance-Maladie. Nous verrons que ces acteurs ont un rôle de pilotage dans la modernisation des systèmes d'information hospitaliers.

Parmi les acteurs locaux, nous pouvons citer les professionnels de santé, les réseaux de soins, et les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Selon le rapport JEGOU¹², « Il faut en effet distinguer la situation des professionnels libéraux et celle des établissements de santé. En outre, au sein de ces deux grandes catégories, des inégalités existent également et ne résultent pas uniquement du niveau d'investissement accordé aux systèmes d'information mais aussi de l'appétence des professionnels pour ce sujet ».

Même si les médecins libéraux (cabinet de radiologie, laboratoire d'analyse) sont largement informatisés, l'utilisation de l'informatique reste majoritairement pour l'envoi des feuilles de soins électroniques.

Concernant les établissements publics, aujourd'hui seuls 30 % des hôpitaux publics disposent d'un système d'information hospitalier réellement efficace, selon la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ; et par conséquent, ils disposent d'un dossier de patient très peu informatisé¹³.

B) Des enjeux considérables pour le système de santé

Moderniser les systèmes d'information est essentiel et stratégique pour les acteurs institutionnels, puisque l'information est indispensable pour piloter les politiques publiques, pour obtenir les études statistiques et pour la maîtrise des dépenses de santé. L'informatisation du secteur de la santé permet également de maintenir un système de veille et d'alerte sanitaire, de gérer des crises. De ce point de vue, le bénéfice attendu de l'informatisation du système de santé est le renforcement du dispositif de veille sanitaire grâce à une circulation verticale de l'information.

Les acteurs institutionnels disposent de plus en plus d'informations, notamment sur le champ sanitaire via les Statistiques Annuelles des Établissements (SAE). Des données

¹¹ Bulletin juridique du praticien hospitalier de septembre 2008, p8.

¹² Rapport du Sénat n°62 p9.

¹³ Rapport du Sénat n°62 p11.

qui commencent à se structurer depuis quelques années sur le champ médico-social, grâce au travail de la Caisse Nationale de Solidarité Active (CNSA).

1.1.3 L'accompagnement soutenu des projets de DMP et DPI par des plans de relance des SIH et des nouvelles structures dédiées au SIH

A) Le plan hôpital 2007 : une volonté des pouvoirs publics d'investir dans les systèmes d'information hospitaliers

De nouvelles dispositions au profit de la modernisation des systèmes d'information dans les établissements de santé ont été prévues. On peut tout d'abord, évoquer le « Plan hôpital 2007 » initialement destiné à des opérations immobilières. Celui-ci a été étendu au SIH, mais de manière marginale. Le volet hospitalier porte sur un montant de 180 millions d'euros par rapport au budget global de l'enveloppe qui s'élève à 6 milliards d'euros¹⁴. Ces sommes ont permis de financer de projets identifiés dans le domaine de l'informatisation du dossier patient, l'informatisation du processus de soins, et sur l'adaptation des systèmes d'information hospitaliers à la tarification à l'activité. La situation se caractérise par une concentration des aides sur quelques projets, en particulier les SIH en Franche-Comté, Aquitaine et Pays de la Loire.

Toutefois, ce plan d'aide à l'investissement hospitalier n'a bénéficié d'aucun cadre de référence, et, selon le rapport de la Cour des comptes sur les systèmes d'information dans les établissements de santé¹⁵, les critères de choix de projets, la stratégie de financement et les logiques de coopération n'ont pas été clairement définis. Par ailleurs, aucun suivi, ni bilan financier de l'utilisation de ces crédits n'ont été réalisés.

B) Le plan hôpital 2012 : un soutien maintenu mais encadré des projets SIH

Face à l'attente des professionnels, le 16 mai 2006, le Ministre de la Santé et des Sports a exprimé sa volonté de poursuivre l'effort de modernisation des établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux dans le cadre d'un plan hôpital 2012, notamment sur le volet des systèmes d'information hospitaliers. Concernant le dossier médical partagé, il a été indiqué que ce dossier médical électronique avait vocation à être à la fois personnel et partagé. En effet, son objectif est de renforcer le rôle du patient comme acteur de sa santé, en facilitant l'accès de celui-ci à ses données de santé, et d'améliorer la coordination et la qualité des soins prodigués, en favorisant la communication des données entre professionnels de santé.

¹⁴ Rapport du Sénat n°62 p20.

¹⁵ Rapport de la Cour des comptes p329.

Pour éviter les erreurs de méthodologie du plan 2007, le principe de ce nouveau plan doit associer la modernisation et l'efficacité. Les projets bénéficieront d'une sélection rigoureuse. Le retour sur investissement sera mesuré. L'objectif étant de vérifier que les crédits alloués seront utilisés à bon escient. La part des crédits consacrés au SIH est de 1 milliard et demi d'euros sur un montant total de 10 milliards d'euros¹⁶. Ces sommes sont fléchées pour permettre la création d'agences qui vont soutenir la modernisation des SIH en valorisant les projets de coopération.

- a) *Le plan 2012 crée de nouvelles agences pour accompagner le déploiement des projets de DPI*

L'agence des systèmes d'information de santé partagés

La création de l'Agence des Systèmes d'Information de Santé Partagés (ASIP) prévue par l'article 34 du Projet de Loi de Finances de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2009 vise à regrouper les fonctions de maîtrise d'ouvrage publique en matière d'informatisation des données de santé.

L'ASIP regroupe les maîtrises d'ouvrage du Dossier Médical Personnel et de la Carte de Professionnel de Santé (GIP-DMP et GIP-CPS¹⁷) et les missions du Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH) relatives à l'interopérabilité. Les missions de la nouvelle agence sont de développer l'informatique communiquant de santé, assurer la cohérence et l'interopérabilité des systèmes, fédérer les initiatives de partage de données de santé et piloter des projets structurants comme la Télé médecine.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

En 2009, dans le cadre du projet de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST), il a été décidé de regrouper la Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH), la Mission Nationale d'Expertises et d'Audits Hospitaliers (MEAH) et le GMSIH au sein d'une nouvelle entité : l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé sociaux et médico-sociaux (ANAP). L'ANAP sera chargée d'aider ces établissements à améliorer leur efficacité, en identifiant les bonnes pratiques, notamment en matière de gestion, d'organisation, de systèmes d'information, par l'intermédiaire des Agences Régionales de Santé (ARS).

¹⁶ Rapport de la Cour des comptes p330.

¹⁷ Groupement d'Intérêt Public- Dossier Médical Partagé et Groupement d'Intérêt Public- Carte Professionnel de Santé.

b) *Incitation à la coopération dans la mise en place des systèmes d'information hospitaliers*

On pourra remédier aux craintes d'une mauvaise utilisation des crédits par le développement de la mutualisation, et en accompagnant les établissements de santé dans le montage des opérations SIH. En effet, les établissements ont très rarement les compétences humaines et techniques pour concrétiser lesdits projets. Le foisonnement d'offres industrielles risque à court terme de freiner le partage des informations entre établissements en raison des problèmes d'interopérabilité entre les systèmes. L'informatisation n'a de sens qu'au regard du partage des informations qu'elle permet, au sein d'un établissement ou d'un réseau.

De plus, l'importance des crédits donnés aux établissements risque d'inciter les éditeurs de logiciel à surévaluer le montant de leurs prestations. Pour toutes ces raisons, on doit rechercher la coopération entre les établissements.

1.2 Une déclinaison régionale des politiques nationales des systèmes d'information réussie : la région Franche-Comté, précurseur dans la gestion du dossier patient informatisé et du dossier médical personnalisé via un groupement de coopération sanitaire¹⁸

1.2.1 Historique de la coopération en Franche-Comté

A) Démographie et géographie franc-comtoises, une incitation à la coopération

La région Franche-Comté est une région de petite taille, avec une superficie de 16 000 km² et une population au 1^{er} janvier 2006 de 1,14 million d'habitants. C'est une région rurale et montagneuse. Cette situation géographique et démographique a entraîné une volonté de la part des décideurs politiques de travailler ensemble, en particulier dans le secteur de la santé.

Cette culture de la coopération s'est déjà illustrée dans le domaine des achats, dans la mutualisation de compétences professionnelles et dans la politique qualité par le biais d'un Réseau Qualité Franche-Comté (REQUA).

¹⁸ D'autres régions aidées d'un groupement ont également initié le dossier médical partagé on peut noter l'exemple du groupement D3P qui prépare le déploiement du Dossier Médical Personnel en Rhône-Alpes.

B) Implication du directeur de l'ARH dans les SIH

La prise de conscience d'un directeur d'Agence Régionale de l'Hospitalisation qui a permis de développer les systèmes d'information dans la région a été une étape importante pour les SIH franc-comtois.

En 2000, pour conserver les crédits de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins qui s'élevaient à presque un million d'euros, le directeur de l'ARH de Franche-Comté (Monsieur Loïc Geoffroy) avait développé un schéma directeur de l'information régionale. Il s'était alors entouré de personnes compétentes en SIH, notamment d'un chargé de mission en système d'information, qui avait pour mission de coordonner le schéma directeur d'information régionale. Le but de cette initiative était de mutualiser les compétences et le budget pour que les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux bénéficient tous des retombées de ce projet régional.

Cette volonté du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de moderniser les systèmes d'information a été renforcée par l'inscription dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire II (SROS) en 2007. Une partie du schéma régional d'organisation sanitaire en Franche-Comté est consacrée au système d'information et télémédecine. La première partie concerne les systèmes d'information et de télémédecine qui posent le cadre juridique du dossier patient informatisé et les outils de télémédecine. Les cinq autres parties présentent les principaux axes stratégiques retenus : les annuaires des professionnels de santé et patients, l'identification des patients, le dossier patient informatisé communiquant, la télémédecine et l'archivage.

La région Franche-Comté a ainsi développé dans le cadre de la modernisation du système d'information de santé, une approche de dossier médical informatisé partagé et communiquant. De 2002 à 2004, ce développement était centré autour des réseaux de santé. Le patient ne pouvait pas accéder directement à son dossier médical informatisé régional. Depuis janvier 2005, une évolution importante a permis la mise en production d'un dossier médical personnel accessible aux professionnels de santé mais également aux patients. Outre les réseaux de santé, ce sont toutes les structures de santé de la région qui doivent pouvoir échanger des données médicales sans double saisie.

Ce projet correspond en effet en grande partie au projet national du dossier médical personnel institué par la loi du 13 août 2004.

En 2007, tous les établissements de santé de la région Franche-Comté devaient disposer d'un dossier patient informatisé, et ce dernier devait être communiquant et capable d'échanger des données médicales au travers de la plate-forme régionale de santé. Dans les faits, en 2009 tous les établissements publics de santé n'ont pas de DPI.

1.2.2 Création d'un groupement de coopération sanitaire : Ensemble pour la Modernisation des Systèmes d'Information de Santé et de Télémédecine (EMOSIST), un défi pour la Franche-Comté

En 2004, le nouveau Directeur de l'ARH (Monsieur Patrice BLEMONT) poursuit le projet de son prédécesseur en créant une structure dédiée aux SIH régionaux pour pouvoir concentrer les ressources techniques et humaines sur un même lieu et mesurer le retour sur investissement de ces projets.

A) Définition d'un Groupement de Coopération Sanitaire

Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), instrument juridique créé par l'ordonnance du 24 avril 1996, modifié par l'ordonnance du 4 septembre 2003 vise à faciliter, améliorer et développer les coopérations entre établissements et la prise en charge des patients. Il n'est plus limité aux seuls établissements de santé mais s'ouvre aux professionnels libéraux et aux établissements médico-sociaux. Il peut ainsi réaliser ou gérer pour le compte de ses membres des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques, tels les blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur. Le GCS peut également constituer un réseau de santé.

Pour permettre le déploiement du DMP en Franche-Comté, cet outil juridique a été utilisé : « Il constitue le cadre d'intervention de professionnels médicaux et non médicaux et d'autres organismes concourant aux soins sous la réserve d'y être autorisés par le directeur de l'ARH »¹⁹.

B) Les missions très larges du GCS

L'objet de la demande de coopération est l'amélioration de la prise en charge globale et coordonnée du patient, au travers d'une politique de modernisation des systèmes d'information de santé et du développement de la télémédecine, impulsée par l'ARH de Franche-Comté. Cet objectif se décline entre autres par les notions :

- De continuité des soins,
- De traçabilité des interventions,
- De qualité de soins,
- De renforcement des processus d'évaluation,
- Et, de meilleure prise en compte des droits des patients.

¹⁹ Extrait de la convention constitutive du Groupement de Coopération Sanitaire EMOSIST.

C) Le fonctionnement du GCS

Le GCS s'inscrit dans le cadre d'une démarche volontaire de ses membres, à laquelle chaque directeur contribue financièrement au prorata du nombre de lits, avec cette participation financière le GCS doit :

- Assurer le fonctionnement de la plate-forme régionale de santé, celle-ci étant un lieu spécifique où se trouvent, entre autre, les serveurs dédiés au fonctionnement du DPI et du DMP.
- Constituer un ensemble de ressources (logiciels, matériels et réseaux informatiques).
- Contribuer à l'assistance aux maîtrises d'ouvrage en vue d'améliorer la qualité des systèmes d'information.

D) Les différents groupes au sein d'EMOSIST

Le GCS encadre deux groupements qui se différencient par leur taille et leurs missions.

Premier Groupement : les Centres Hospitaliers (CH) : le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Besançon, les CH de Belfort, Montbéliard, Pontarlier, Saint-Claude, Lons-le-Saunier, Dole, Gray, Vesoul.

Second Groupement : onze établissements engagés dans la démarche, les hôpitaux locaux et les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) :

- Quatre hôpitaux locaux : Baumes les Dames, Morteau, Ornans, Poligny.
- Un centre de soins de suite et de réadaptation : Les Tilleroyes.
- Deux centres de rééducation fonctionnelle : Quingey, Salins les Bains.
- Deux centres de long séjour : Avanne-Aveney, Bellevaux.
- Deux EHPAD : Audincourt, Neurey-lès-la-Demie.

Le GCS a établi un lien avec les établissements par l'intermédiaire d'un comité directeur et d'un collège technique puis récemment par un collège de pharmaciens pour chaque groupement.

Le pilotage du projet des onze établissements s'est fait grâce aux deux groupes suivants :

- Le comité de directeurs, composé de l'ensemble des directeurs des établissements inscrits dans la démarche, détermine les orientations stratégiques, choisit la méthodologie de la démarche et valide les choix du groupe technique.
- Le groupe technique pluridisciplinaire : un représentant par établissement, élabore le cahier des charges et fait le choix de l'outil informatique.

- E) L'articulation entre le groupement des onze établissements et le groupement de coopération sanitaire EMOSIST

La participation des onze établissements dans ce projet régional représente un atout considérable pour ces structures. Le soutien du GCS dans le déploiement du DPI se manifeste à plusieurs moments du projet, en particulier dans la phase préparatoire et dans le choix du logiciel.

a) Dans la phase préparatoire du DPI à l'échelle régionale en mai 2004

Lors de l'écriture du cahier des charges, les chefs de projets étaient présents aux côtés du groupement des établissements pour rappeler l'origine, le contexte et les objectifs du projet. Aussi, la rédaction du cahier des charges a consisté à souligner les exigences des établissements, en particulier celles concernant les fonctionnalités souhaitées du logiciel : l'ergonomie du logiciel, le dossier paramédical, le dossier médical, les bases de données, la sécurité et la confidentialité, les possibilités d'interface ou communication externe, la possibilité d'intégration de documents externes. La présence des chefs de projets du GCS a permis un cahier de charges clair pour les éditeurs de logiciels, notamment par la spécificité de la terminologie.

b) Le choix du logiciel en 2005

Lors de la consultation, le groupement des onze établissements a reçu sept offres, dont une a été écartée.

Six logiciels ont donc été présentés : Ares, ASC2I, ADCSI, Corwin, DIS, McKeeson. Puis le groupement a pré-selectionné trois produits : ASC2I, ADCSI, Corwin. Le groupe technique a visité sur site les trois logiciels pré-selectionnés par le groupe technique, puis le comité directeur a rencontré les trois fournisseurs. Le logiciel qui a été retenu est celui d'ASC2I car il a été validé par le groupe technique et le comité directeur.

Le choix s'est porté sur le logiciel de chez ASC2I car il répondait aux exigences techniques du cahier des charges et aux exigences des utilisateurs. Il apparaissait simple d'utilisation (icônes) et convivial tout en répondant aux besoins de tous les professionnels de soins : médecin, infirmier, pharmacien, kinésithérapeute, avec un accès à tous simultanément.

1.3 La modernisation nécessaire des systèmes d'information hospitaliers au centre de soins de suite et de réadaptation des Tilleroyes

1.3.1 L'état des lieux des systèmes d'information hospitaliers : le schéma directeur des systèmes d'information aux Tilleroyes

L'actuel comité informatique, créé le 23 novembre 2003 a été chargé par le directeur de l'établissement de rédiger le schéma directeur des systèmes d'information. Dans celui-ci les systèmes d'information représentent un enjeu stratégique pour la direction d'établissement. Ils s'inscrivent au cœur du projet médical et du projet d'établissement du centre de soins Les Tilleroyes. Les principaux enjeux du projet des systèmes d'information tiennent à leur évolution vers un système structuré et globalisé, simple et sécurisé, mobilisateur pour l'ensemble des professionnels, leur permettant de bénéficier des meilleures informations possibles concernant les patients et d'améliorer la connaissance médicale actuelle.

Le système d'information recouvre les domaines suivants :

- Contrôle et évaluation de la sécurité et de la confidentialité de l'informatique.
- Evaluation des besoins en informatique (matériel, logiciel, formation, maintenance...).
- Evaluation des besoins en communication (FAX, téléphone, Internet, Intranet...).

Le comité informatique est chargé de mettre en œuvre et évaluer les projets suivants :

- Le dossier patient informatisé.
- L'informatisation et la traçabilité des produits sanguins labiles.
- L'informatisation des résultats d'examens sanguins.
- La traçabilité du circuit du médicament.
- L'amélioration de la gestion documentaire.

1.3.2 Du dossier papier au dossier patient informatisé

Le dossier de soins papier au centre de soins répondait aux exigences réglementaires qui énoncent que « le dossier de soins est un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Il comporte le projet de soins qui devrait

être établi avec la personne soignée. Ce dossier a pour but d'améliorer la qualité des soins et l'organisation des soins : efficacité, continuité, sécurité »²⁰.

Le dossier de soins papier comprenait aux Tilleroyes : le recueil des données administratives, la prescription médicale, les consignes et transmissions paramédicales et médicales, les interventions spécifiques (diététiciennes, kinésithérapeutes...), les démarches sociales.

L'article R. 1112-2 du Code de la Santé Publique prévoit « la constitution pour chaque patient d'un dossier médical comprenant un ensemble d'informations formalisées recueillies à l'occasion de l'accueil ou du séjour ».

La version numérique regroupe sous une présentation différente l'ensemble de ces informations visibles selon des autorisations définies en fonction des métiers. Par exemple, le médecin peut voir toutes les sessions, a contrario une infirmière a des champs limités.

Conclusion de partie : Les pouvoirs publics français souhaitent rattraper le retard pris en matière de SIH en tentant d'engager des réformes qui vont permettre d'harmoniser un futur DPM au niveau national et de soutenir les initiatives de modernisation des SIH en région. La modernisation des SIH représente un enjeu considérable pour améliorer la prise en charge des patients dans le système de santé.

Très tôt, les acteurs de santé de la région Franche-Comté ont pris conscience de la nécessité de coordonner le parcours de santé du patient. Pour ce faire, les autorités de tutelles franc-comtoises ont encouragé la mise en place d'un dossier patient informatisé qui alimente un dossier médical partagé Franche-Comté. Pour atteindre cet objectif, il appartient aux directeurs des établissements de la région, après avoir apprécié les ressources de la structure, de se préparer à adhérer à cette initiative régionale.

²⁰ Guide du service infirmier (1985), ministère des Affaires sociales et de la solidarité nationales, Direction des hôpitaux, série Soins Infirmiers n°1 (BO N°85, bis).

2 Le dossier patient informatisé, une révolution culturelle accompagnée par le directeur d'établissement aidé d'un comité informatique pluridisciplinaire et d'EMOSIST

Lorsque le projet a démarré en novembre 2008, le directeur a constitué un processus décisionnel composé d'un comité informatique chargé de la stratégie. Le nombre de participants au sein de cette instance a été élargi au regard des besoins, des fonctions et des motivations de chacun : l'équipe est composée du directeur, de l'attaché d'administration hospitalier, de deux médecins du premier étage, de la pharmacienne, d'un cadre de santé du premier étage, du responsable informatique et du chef de projet. Une cellule support, davantage axée sur les aspects organisationnels et techniques, a été mise en place ; elle est composée du chef de projet et du responsable informatique.

En novembre 2008, un bilan sur la situation organisationnelle et les attentes du personnel a été réalisé par la cellule support. Puis, pour préparer la mise en place du DPI, le comité informatique a réalisé préalablement un travail sur les bénéfices et les risques engendrés par le DPI (2.1). La mise en œuvre du DPI a été facilitée par ce travail préalable (2.2).

2.1 Décembre 2008 : le diagnostic avant la mise en place du DPI

Avant d'engager un diagnostic, il était important de rappeler l'objectif du projet à savoir un dossier patient informatisé pour chaque patient accessible à l'ensemble des professionnels de santé intervenant auprès de lui dans la structure.

Pour réaliser cet objectif, on a procédé à un état des lieux thématique, puis chaque thématique a été classée selon qu'elle représentait un atout ou une difficulté pour la réussite du projet.

2.1.1 Les points forts retenus par le comité informatique dans la mise en place du DPI

A) L'architecture et les équipements anticipés

La construction récente du bâtiment sous bail emphytéotique hospitalier en 2008, a permis à l'emphytéote encouragé par le directeur de l'établissement d'anticiper l'émergence des nouvelles technologies de l'information en adaptant les locaux à la mise

en place du DPI. On peut notamment noter l'installation des bornes Wi-Fi²¹ et des prises réseau. L'architecture du bâtiment intègre les réseaux de communication en vue de supporter les communications filaires ou sans fil. Le nouveau bâtiment a facilité la mise en œuvre du DPI, par l'existence des bornes Wi-Fi, car les membres du comité informatique ont pu remarquer lors des visites des établissements en Franche-Comté que le personnel de ces établissements soulignait deux points négatifs : l'inconfort dû au fait de travailler sur des ordinateurs fixes, et les risques encourus en terme de sécurité des soins, puisqu'ils étaient amenés à faire beaucoup de recopiage du fait de l'absence d'ordinateurs portables.

Dans le projet aux Tilleroyes la cellule support a anticipé l'achat de supports portables pour des chariots existants et l'achat de chariots médicaux adaptés aux portables. Comme le note Michel Veret, directeur de projet au GMSIH, certains projets de DPI échouent « par le manque d'équipement, ceci est lié au coût mais aussi à la complexité de la mise en œuvre »²².

B) Le personnel du centre de soins très motivé pour travailler avec le DPI

Le projet de dossier patient informatisé était très attendu par le personnel. Dès la présentation du DPI au niveau régional en 2004, le directeur de l'établissement avait informé le personnel de l'installation prochaine du DPI au centre de soins. De plus, l'ensemble des structures de type hôpitaux locaux ou EHPAD en Franche-Comté ont presque toutes un DPI, et les personnels du fait des retours positifs de leurs collègues avaient un certain enthousiasme pour adhérer à ce projet. Ce nouvel outil de travail allait fédérer l'ensemble des informations concernant un même patient autour d'un dossier commun.

Il allait permettre de déterminer un projet de soins qui soit le reflet des interventions de chaque composante de l'équipe pluridisciplinaire. Les équipes aux Tilleroyes attendaient l'informatisation du dossier car cela allait favoriser les échanges entre professionnels tout en développant la complémentarité des rôles de chacun. Le logiciel propose le calcul de la charge de travail en temps réel et fournit des statistiques sur l'activité des services.

²¹ Wi-Fi est une technologie déposée de réseau informatique sans fil mise en place pour fonctionner en réseau interne et, depuis, devenu un moyen d'accès à haut débit à Internet.

²² Objectif soins n°168 août/septembre 2008, p30.

C) L'adhésion encourageante des représentants d'usagers et des instances de l'établissement

Le chef de projet et le responsable informatique ont présenté le projet aux différentes instances du centre de soins, et celui-ci a manifestement suscité une large adhésion. Les représentants de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge ont toutefois souligné qu'ils seraient attentifs à la bonne prise en charge des patients. Lors de la première journée nationale de l'identito-vigilance des SIH à Besançon organisée par EMOSIST en janvier 2009, les représentants des usagers ont rappelé qu'il fallait garantir une identité fiable lors de la mise en place du DPI, identité qui est la pierre angulaire de la sécurité des soins et du droit des patients.

D) Le soutien financier de l'ARH indispensable

Dans le cadre de l'hôpital 2012, la région a présenté un dossier pour 2,4 millions d'euros, et il n'a été éligible qu'à hauteur de 1,77 million d'euros. Cette somme sera ventilée sur les différents établissements de la région Franche-Comté selon un coefficient calculé sur la base du nombre de lits par EMOSIST.

E) Des ressources humaines disponibles pour la mise en place du DPI

En visitant les établissements du groupement, le directeur a compris l'importance d'avoir des compétences informatiques au sein d'un établissement pour déployer le DPI. En effet, la présence au sein d'un établissement d'un responsable informatique permet de rassurer le personnel, autorise également une réactivité en cas de panne et permet de dialoguer et de gérer les soucis de maintenance avec les prestataires extérieurs.

Au centre de soins des Tilleroyes, ces compétences techniques existent. Le chef de standard assure avec efficacité déjà les fonctions d'un responsable informatique. Il se charge de garantir la fiabilité de l'infrastructure informatique existante (stockage, protection anti-intrusion, sauvegarde des données, gestion de la maintenance du parc informatique).

La cellule support a recensé des volontaires pour porter le projet dit « référents informatiques ». Le responsable informatique a panaché les personnels qui possédaient et ceux qui ne possédaient pas de culture informatique. Des membres volontaires du comité informatique ont été nommés administrateurs DPI, ces derniers ont accès à certaines fonctionnalités du logiciel en lien avec leur fonction.

Entre avril et mai 2009 pendant la phase préparatoire au déploiement du projet, le directeur disposait non seulement des ressources humaines dédiées au projet mais bénéficiait également d'une forte implication du comité informatique et des cadres de santé.

F) La politique qualité : une attention doit être portée sur le DPI

Le centre de soins Les Tilleroyes a été certifié dans les anciens locaux par les experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) en mai 2008 sans mesure de suivi. Le dossier de soins papier n'a fait l'objet d'aucune remarque. Néanmoins, il convient de rappeler que la tenue des dossiers patients qu'ils soient sous format papier ou électronique reste l'une des réserves majeures de la Haute Autorité de Santé dans les procédures de certification.

2.1.2 Les points faibles qui auraient pu rendre difficile la mise en place du DPI

A) Le dossier médical papier difficile à transposer sur un support informatique

Le comité informatique a fait le constat que le dossier médical du centre de soins Les Tilleroyes était particulièrement détaillé et qu'il permettait de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient. Il est apparu difficile pour certains médecins d'adapter sous format numérique « leur » dossier médical au regard du nombre de documents gérés, du niveau de cohérence du dossier médical, du contenu, de la nature et du volume des informations échangées.

B) Le corps médical peu convaincu par le dossier patient informatisé

Il est indispensable de convaincre les médecins résistants de la valeur ajoutée du DPI, car ce sont eux les producteurs de l'information mais aussi les premiers utilisateurs. L'objectif de l'informatisation étant avant tout le partage des informations. Il a été difficile de faire entendre aux opposants au projet que le dossier informatisé n'allait pas reprendre l'intégralité du dossier papier existant, il n'existe pas de solution logicielle « à la carte ». Les médecins ont eu également l'impression que l'outil informatique était uniquement considéré comme une source de dépenses supplémentaires mais pas comme un vecteur d'optimisation de l'activité.

De plus, on a relevé une certaine inquiétude du corps médical concernant les contraintes que le DPI impose ou pourrait imposer, notamment les contraintes liées à la saisie, consommatrice de temps. Le problème de la traçabilité n'a été évoqué qu'à demi-mot par certains médecins, et l'on a davantage entendu le mot « pister ». Pour éviter cette suspicion, un climat de confiance doit être recherché en abordant la question des données partagées.

C) Le périmètre du projet mal défini par le comité informatique

Quels services informatise-t-on ? Les unités conventionnelles, l'hôpital de jour ? L'ambition première était d'informatiser l'ensemble des unités conventionnelles et l'hôpital

de jour. La décision de ne pas informatiser l'hôpital de jour a été prise tardivement, à savoir au moment des formations en mai 2009. En effet, l'hôpital de jour dispose d'un dossier de soins refait récemment, extrêmement complexe et des hospitalisations de courte durée comprenant des séances. Après concertation du comité informatique, du chef de service et du cadre de santé, le directeur a compris que l'informatisation du dossier de l'hôpital de jour n'apporterait aucune plus-value ni aux personnels, ni au directeur en termes d'informations. Le logiciel choisi ne présentait pas les qualités suffisantes pour ce type de service. Cette décision de ne pas installer pour le moment le logiciel à l'hôpital de jour a eu des conséquences sur la motivation des personnels soignants qui se sont sentis lésés par rapport aux unités conventionnelles. Dans le cadre du regroupement le développement d'un module dédié à l'activité de l'hôpital de jour pourrait être demandé à l'éditeur de logiciel.

2.1.3 Les bénéfices du DPI pour le centre de soins Les Tilleroyes

A) Une prise en charge améliorée pour les usagers

Le dossier de patient informatisé est au service des soins, de l'accès des soins et de l'efficacité des soins. Les usagers doivent ainsi voir leur prise en charge améliorée par le fait que le médecin dispose des informations le concernant plus rapidement.

Depuis la loi du 4 mars 2002, il y a eu un vrai changement des représentations dans la relation médecin/patient, et ce changement est renforcé par la mise en place du DMP et plus précisément du DPI. En effet, cette informatisation des données de santé est construite sur le principe de la responsabilité du patient dans la gestion des données personnelles le concernant car le patient a un droit d'accès, de modification et d'opposition que lui confèrent les textes réglementaires.

B) Un atout pour les professionnels de santé

Après les visites de sites sur lesquels le logiciel choisi fonctionnait déjà, les professionnels de santé du centre de soins Les Tilleroyes ont pu se rendre compte des fonctionnalités de ce logiciel. A ce stade du projet, les utilisateurs ont pu comprendre qu'ils allaient gagner en traçabilité, en lisibilité et en gain de temps par la centralisation des informations.

L'informatisation du dossier patient, en particulier en Franche-Comté, doit à moyen terme faciliter le travail des médecins. Le logiciel contient en effet des outils d'aide à la décision (bases de données sur les médicaments, accès à des référentiels de bonnes pratiques). Pour des raisons économiques et de disponibilité, certains aspects techniques n'ont pas encore été développés par EMOSIST, notamment le lien avec les laboratoires d'analyse

biologique et l'imagerie du CHU ; des conventions sont en cours avec certains laboratoires privés de la ville de Besançon. Lorsque ces relations seront établies, la plateforme régionale Franche-Comté permettra aux médecins de parcourir avec fluidité le dossier patient en Franche-Comté et le DPI leur donnera un accès rapide avec des d'informations en temps réel.

Le dossier patient informatisé doit ainsi permettre aux professionnels de santé du centre de soins de travailler avec les médecins libéraux qui sont, pour beaucoup déjà, informatisés. Les professionnels de santé pourront ainsi confronter, mutualiser leur point de vue pour ainsi rompre l'isolement de chacun. Il sera en effet nécessaire de dépasser les clivages publics/privés et ses propres craintes face à l'informatique pour participer à une véritable information de la politique de santé régionale. La communication entre la médecine de ville et le secteur hospitalier est en effet un enjeu crucial de l'informatisation du secteur de la santé.

C) Une source d'informations pour le directeur d'établissement

Nous savons que les réformes hospitalières impliquent une vision globale des résultats de l'établissement dans toutes ses dimensions : activité, ressources humaines, qualité attractivité, équilibre budgétaire et suivi des projets. Le DPI permet d'avoir des représentations graphiques, synthétiques et visuelles d'un ensemble d'indicateurs qui constitueront le tableau de bord de l'activité d'un service. Ces éléments apporteront au directeur d'établissement en plus du Programme Médicalisé des Systèmes d'Informations (PMSI) les éléments nécessaires à une prise de décision. Le DPI sera donc un outil d'aide aux décisions stratégiques pour le directeur.

La traçabilité qu'autorise le DPI devrait être un appui pour comprendre l'activité de l'établissement surtout dans le cadre de la mise en place prochaine de la tarification à l'activité des soins de suite et de réadaptation. Les directeurs vont être amenés à être plus attentifs aux SIH de leur établissement. En effet, dit Jean-Jacques JEGOU dans le rapport d'information du Sénat sur le secteur de la santé « La T2A conduit à rassembler sur une même facture des éléments d'information médicale, des consommations médicamenteuses »²³.

D) Un outil de pilotage pour les tutelles de la région Franche-Comté

De manière plus globale, l'informatisation des établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux va permettre aux organismes de tutelle de suivre l'activité, de suivre les

²³ Rapport du Sénat n°62 p22.

dépenses de santé, de mettre en place des outils de pilotage de partage des informations relatives à l'offre de soins et à son efficacité. Ces changements font entrer ces acteurs institutionnels et en particulier les ARH dans une logique de pilotage. Ces réformes permettent d'automatiser et de partager l'information rapidement.

2.1.4 Une identification des risques du dossier patient informatisé

A) La sécurité des données de santé n'est pas encore optimale

L'ensemble des données stockées et échangées dans le cadre du DPI et du DMP sont à considérer comme étant des données très sensibles. Aussi, une attention toute particulière doit être portée pour la gestion des risques liés à la sécurité. Lors de la première journée nationale de l'identité-vigilance à Besançon, un séminaire était consacré à la définition d'une charte régionale et à la possibilité de la décliner localement.

En matière de sécurité, les attentes des représentants des usagers sont importantes. Une identité fiable doit garantir la sécurité des soins et le respect de la personne. La sécurité des soins impose un contrôle de l'identité des patients tout au long du parcours de soins dans la région Franche-Comté. Comme l'a rappelé le Docteur Michèle SEREZAT lors de cette conférence, « le système d'information est un facteur de pérennité de l'erreur d'identification ».

De plus, dans le SROS Franche-Comté, il est indiqué que « chaque établissement devra établir un schéma directeur de sécurité et identifier clairement un responsable sécurité (...). De plus, des cellules de crises au niveau de chaque structure locale et régionale devront être constituées avec des procédures écrites. Une mutualisation de l'écriture de ces procédures sera organisée par EMOSIST ».

B) Un archivage défaillant en cours de maîtrise par le GCS

Toutes ces données sensibles devront être stockées pendant de longues périodes dans des systèmes d'archivages capables de restituer les données rapidement et dans leur intégrité. Interrogés sur la question, les chefs de projets du GCS reconnaissent une faiblesse quant à la solution d'archivage de la plate-forme régionale. Il semble donc qu'un effort de mutualisation doit être envisagé pour permettre à tous de disposer d'un bon dispositif de stockage. Un comité de pilotage autour d'EMOSIST est en cours de réflexion pour étudier toutes les solutions possibles.

C) La spirale infernale des interfaces difficile à gérer pour le centre de soins et EMOSIST

Une des faiblesses majeures des systèmes d'information de santé réside dans leur absence d'interopérabilité interne et externe.

La complexité des systèmes d'information oblige les établissements à recourir à nombre de produits différents et presque autant d'éditeurs. Au centre de soins Les Tilleroyes, le logiciel de DPI devait être compatible avec le logiciel de l'économat et celui du bureau des entrées pour que l'établissement continue à fonctionner sans difficultés. Les équipes d'EMOSIST ont travaillé avec les services techniques des différents éditeurs de logiciels pour rendre opérationnelles les interfaces. L'interopérabilité est donc une nécessité aujourd'hui au sein du même établissement, demain pour partager nos dossiers. « L'interopérabilité est l'enjeu des prochaines grandes batailles du système d'information hospitalier » reconnaît le directeur des SIH de l'ARH. Il faut noter que, l'interopérabilité est coûteuse pour les établissements, les interventions en télémaintenance par les prestataires sont extrêmement chères.

Ce diagnostic permet au directeur de l'établissement de connaître dans quelle condition va être mis en place le DPI. Même si le projet connaît une large adhésion au sein du personnel, il persiste quelques résistances au changement, en particulier dans le corps médical pourtant très investi dans l'établissement. Le directeur n'a pas souhaité reporter le démarrage du projet, et sa décision a été de débuter en mai l'informatisation.

2.2 Janvier 2009 : un directeur qui décide, une équipe multidisciplinaire qui coordonne les actions

Avant de détailler la mise en œuvre du DPI, il faut rappeler un élément de contexte important. En 2008, le centre de soins Les Tilleroyes a reçu la visite des experts visiteurs de la HAS dans l'ancien bâtiment en janvier 2008 et vécu un déménagement en septembre 2008, deux événements marquants et générateurs d'inquiétude tant pour le personnel soignant que le personnel administratif. Ces événements n'auguraient pas d'une grande disponibilité de ces derniers pour adhérer à l'informatisation du dossier de patient informatisé.

2.2.1 La définition d'un calendrier « réaliste »

Le comité informatique a défini un calendrier après consultation des disponibilités des prestataires extérieurs. On a mobilisé tous les acteurs concernés sur le calendrier. La

date de démarrage de la mise en œuvre du projet n'est pas anodine pour la réussite du projet, aussi, les membres du comité informatique souhaitaient une date qui ne soit pas trop proche des vacances d'été pour ne pas perdre le bénéfice de la formation. Nous avons retenu la date du 4 mai 2009, en raison également de l'arrivée des nouveaux internes en médecine dans le centre de soins.

2.2.2 La politique d'information des futurs utilisateurs, des instances et des usagers

Le projet global et un calendrier prévisionnel ont été exposés par la cellule support et le directeur à l'ensemble du personnel, puis on les a présentés à ses différentes phases d'avancement aux cadres de santé, médecins chef de service du centre de soins et aux différentes instances de l'établissement (Conseil d'Administration, Commission Médicale d'Etablissement, Comité Technique d'Etablissement). Les représentants de la cellule support ont tenté de présenter un projet aux actions concrètes réalisables à courts, moyens et longs termes. Tout au long du projet, l'ensemble des comptes rendus a été envoyé par le responsable informatique aux cadres de santé et chefs de service non présents au comité informatique.

Le chef de projet a demandé au service commercial de l'éditeur de logiciel d'envoyer un formateur dans le centre de soins pour faire une présentation globale des fonctionnalités du logiciel le 20 janvier 2009. Cette réunion a suscité un grand intérêt et a semblé être une réussite au vu du nombre de participants.

En affichant dans le hall et en inscrivant dans le livret d'accueil l'apparition de ce nouvel outil de travail, les usagers et leurs familles ont été informés des nouvelles modalités d'accès au DPI.

2.2.3 La conduite d'accompagnement et le management : implication forte de la direction et multi-disciplinarité indispensable au sein du comité informatique

Selon Gérard PONÇON, dans le management du système d'information hospitalier « la conduite du changement, fondamentalement, c'est d'accompagner les personnels d'un état stable, parfaitement maîtrisé, à un autre état qui doit devenir stable rapidement, avec tout ce que cela peut suggérer d'inquiétude, d'enthousiasme, de refus de résistance, de rejet ou d'acceptation soumise (...). Changer, c'est passer du connu à une promesse »²⁴.

²⁴ Gérard PONÇON, le management du système d'information hospitalier, la fin de la dictature technologique, p162.

Dès lors, il appartient au directeur et au comité informatique de montrer que cette promesse peut-être une réalité. Le directeur des SIH à l'ARH note qu'il faut avancer vite dans la conduite de projet car « il faut une visibilité rapide à tous les niveaux pour ne pas démotiver les troupes ». La conduite du changement s'est faite rapidement puisque les premiers contacts avec l'éditeur de logiciel ont été pris début janvier et l'informatisation des services a débuté le 4 mai 2009.

Tout au long du projet, le comité informatique a accompagné le personnel. Le comité était volontairement restreint mais représentatif des différentes fonctions²⁵ dans l'établissement. Chaque représentant de fonction était chargé de faire circuler les informations auprès de leurs pairs et dans leur service. Nous avons mis en place des référents volontaires DPI, lancé un appel à candidatures au mois de décembre 2008 pour des candidatures définitives début janvier 2009. Ces référents métiers des équipes de nuit et de jour ont pour rôle de participer aux sessions de formations, de reformer les personnels non formés (excepté les médecins qui ont tous été formés) et de faire remonter les dysfonctionnements rencontrés à leurs cadres de santé.

La cellule support a tenté au cours de ces quatre mois d'être dans une dynamique d'écoute et pas de conflits pour permettre une démarche participative des différents personnels. L'ensemble des quatre unités a reçu les mêmes informations et nous avons dédié un bureau spécifique et déployé un logiciel test pour que les cadres de santé et leurs équipes puissent se familiariser avec le nouveau logiciel.

2.2.4 Des formations adaptées à chaque fonction

Dans un premier temps, les cadres de santé ont recensé parmi leurs agents ceux qui nécessitaient d'une mise à niveau en informatique faite par le responsable informatique en février et mars 2009. Cette formation a permis une connaissance basique de l'environnement informatique.

Concernant les formations DPI, le projet a bénéficié du retour d'expérience des autres établissements et compte tenu de leurs remarques, le comité informatique a défini un plan de formation assez ambitieux pour avoir un nombre significatif de personnes référentes par fonction et par étage. Des formations ont été organisées en fonction des profils des participants. Les formations paramédicales ont regroupé quinze soignants paramédicaux par étage sur une session de trois jours et demi de 9h à 17h.

Puis, l'ensemble des médecins et internes ont été formés sur trois soirées de 18h à 22h.

²⁵ Médecins, cadre de santé, pharmacienne...

Et, enfin, nous avons consacré une formation d'une heure et demie aux différentes fonctions dites transversales (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciennes, neuropsychologues, assistantes sociales, adjoint du bureau des entrées) pour les sensibiliser au logiciel et pour qu'ils puissent travailler sur des sessions dédiées à leur fonction.

Une salle de formation sécurisée relativement exigüe a été choisie loin des salles de soins pour que les participants ne puissent pas être dérangés (avec une faiblesse, elle ne possédait pas de rétroprojecteur ce qui a pénalisé le formateur et les équipes pour les explications collectives). La formation est un élément fondamental dans ce projet, elle accompagne le changement et doit permettre aux utilisateurs de s'approprier le nouvel outil.

2.2.5 Une cellule support dédiée au projet soutenue par EMOSIST

La cellule support est composée du chef de projet et du responsable informatique. Le directeur a distingué le rôle de chacun en fonction de ses compétences propres : le responsable informatique était chargé de l'environnement technique. Au niveau de l'infrastructure, le responsable informatique a mis en place les serveurs, installé le matériel, puis il a intégré le logiciel pour les plates-formes de test, de formation, et enfin pour l'installation définitive dans les salles de soins et les bureaux médicaux.

Le chef de projet était chargé de la partie organisationnelle du projet, chargé d'étudier les changements d'organisation nécessaires pour répondre aux fonctionnalités attendues et/ou induites par le logiciel en rédigeant de nouvelles procédures organisationnelles. Par exemple, il a mis en place une nouvelle organisation dans la distribution des médicaments par les infirmières, organisation étudiée en amont avec la pharmacienne et les cadres de santé. Le chef de projet avait également un lien permanent avec les éditeurs de logiciel. Ces contacts clairs ont favorisé une continuité dans le dialogue et la négociation avec les partenaires. Ce binôme, chef de projet et responsable informatique, a permis d'obtenir une coordination et une vue globale du projet.

2.2.6 L'illustration concrète du soutien d'EMOSIST

- A) Préparation de la liaison technique entre le centre de soins Les Tilleroies et la plate-forme régionale entre janvier et mai 2009

L'installation du DPI des Tilleroies est faite par le GCS sur la plate-forme régionale. Il traite avec les prestataires extérieurs, une fois les contrats signés par le directeur de l'établissement, notamment Neuf Cegetel pour préparer les liaisons à haut débit entre la plate-forme et les établissements. Concernant le centre de soins Les Tilleroies, l'aide du

GCS a été précieuse pour traiter et rendre opérationnel les interfaces sur la plate-forme (les identités patients, la gestion des stocks pharmacie).

B) Déploiement au centre de soins Les Tilleroyes en mai 2009

Avant la mise en place du logiciel, les chefs de projets d'EMOSIST participent au choix et au nombre des équipements (imprimantes, capacité des serveurs) pour être en conformité avec les équipements de la plate-forme.

Lors de l'installation du logiciel dans la structure, les deux chefs de projets du GCS sont présents pour pallier aux éventuels problèmes techniques (liaison avec la plate-forme régionale, problème de vitesse de connexion, d'ouverture de session...).

Conclusion de partie : Il était impératif qu'au cours de ces deux étapes (le diagnostic et la mise en œuvre du DPI), il y ait eu une disponibilité du chef de projet et du responsable informatique pour répondre aux interrogations des personnels.

Tout au long du projet, le directeur garant de l'intérêt général, a rappelé non seulement que le DPI était un projet informatique mais également un projet institutionnel et régional porté par l'ARH.

Une fois la mise en place faite, il revient ordinairement au directeur de faire un bilan et des propositions en termes d'axes d'améliorations pour le DPI.

3 La mise en œuvre du dossier patient informatisé au sein d'un projet régional appelle naturellement une analyse et un certain nombre de préconisations par le directeur de l'établissement

Pour continuer à assurer le changement culturel occasionné par le DPI au centre de soins Les Tilleroyes, la mise en place de ce nouvel outil nécessite naturellement une analyse a posteriori de la conduite d'un tel projet (3.1).

Pour rester dans cette dynamique de progrès, des préconisations ont été émises tant pour l'établissement que pour l'amélioration du partenariat avec EMOSIST (3.2).

Les différentes thématiques retenues pour faire cette analyse et ces préconisations ont été émises suite aux différents entretiens et lectures effectués.

3.1 Une analyse a posteriori de l'informatisation du DPI par le comité informatique à travers plusieurs thématiques

Le début de l'informatisation des services de soins a débuté le 4 mai 2009, cette analyse a été réalisée deux mois après la mise en place du DPI début juillet 2009.

3.1.1 Une gestion de projet du DPI candide

En dehors de l'aspect organisationnel géré par le chef de projet que nous avons vu précédemment, le rôle de celui-ci est également d'assurer durant le déroulement du projet et auprès de l'ensemble des personnels l'appropriation du projet mais également comme l'a indiqué le responsable des SIH à l'ARH Franche-Comté « l'impatience du résultat ».

Ainsi, le résultat a été visible au bout de quatre mois. Le délai initialement conseillé par EMOSIST pour la mise en place du projet était de six mois minimum. Ces délais ont été réduits du fait qu'il y avait une cellule support dédiée à ce projet permettant une vision globale et une coordination des actions avec un calendrier prévisionnel tenu. Cela a été également facilité par le fait que le centre de soins Les Tilleroyes était le dernier établissement du groupement des onze établissements à s'informatiser. En effet, le directeur de l'établissement avait souhaité l'emménagement dans les nouveaux locaux avant de participer à ce projet.

Dans la gestion de projet, le comité informatique regrette une absence de clarté de la part des prestataires extérieurs, sur la gestion des risques. Nous avons vu précédemment que le GCS traite avec les prestataires, mais c'est le directeur de l'établissement du centre de soins qui signe individuellement un contrat avec le prestataire sélectionné par EMOSIST.

Ni le GCS, ni les prestataires ne nous ont donné les risques du projet. Par conséquent le chef de projet a dû gérer en urgence des délais contractuels non respectés par les prestataires. Les membres de la cellule support ont fait par d'une certaine candeur. En effet, ils n'étaient pas en mesure d'évaluer le risque et ils ont fait confiance aux compétences professionnelles affichées par les prestataires.

Les prestataires extérieurs insistent beaucoup sur le retour sur investissement, sur la politique de changement et la communication à faire auprès des équipes. Mais aucun au cours du projet n'a évoqué la gestion de risque et la nécessité de prévoir des solutions temporaires de recours.

3.1.2 Une conduite du changement et un accompagnement à maintenir au long cours

La mise en place du DPI s'est déroulée sans trop de heurts et d'opposition. Le personnel était suffisamment préparé au changement car la cellule support l'avait associé aux visites d'établissements du groupement sanitaire et au choix du matériel. On a donc privilégié une démarche participative. Cette démarche a permis aux agents d'intégrer ce changement culturel induit par l'informatisation du DPI. Nous avons également valorisé l'idée d'un retour sur investissement à moyen terme basé sur un gain de temps induit par la simplification des tâches.

Le projet a aussi bénéficié d'un management de projet fort, multidisciplinaire et inscrit dans la durée. Toutes les personnes interrogées²⁶ dans le cadre de ce mémoire soulignent l'importance de l'accompagnement du projet par le directeur. Au sein du comité informatique, le directeur impose son avis en cas de désaccord si les choix importants opposent le projet DPI à d'autres dossiers de l'établissement. Le directeur est le garant de l'harmonie, autant que faire se peut, des efforts qu'entreprend l'établissement.

Ainsi, nous avons eu l'impression d'acteurs engagés et présents lors des différentes réunions. Les cadres de santé et la pharmacienne ont eu une bonne anticipation des changements d'organisation impactés par le DPI. Elles ont sollicité leurs équipes et travaillé en amont sur ces modifications.

Lors du démarrage du projet, la réorganisation du comité informatique a permis d'avoir un processus décisionnel pluridisciplinaire. Nous avons fait ce choix, celui de réunir ceux qui décident et ceux qui font pour permettre le dialogue et une cohésion d'équipe.

Toutefois, malgré l'accompagnement décrit ci-dessus certains personnels ont eu des difficultés à projeter leur travail sur un support informatique. Ces obstacles se sont

²⁶ Le directeur des SIH à l'ARH, un chef de projet d'EMOSIST, deux directeurs d'établissement.

manifestés par une résistance au changement tardive, notamment pendant une session de formation au DPI. Il y a tout d'abord eu une résistance individuelle, suivie d'une résistance collective. La cellule support a senti chez certains agents une crainte de ne pas pouvoir s'approprier l'outil.

Comme le souligne Gérard PONÇON « L'agent ne refuse pas a priori le changement ; par contre il refuse toute action dont il ne comprend pas le sens et tout effort dont il ne perçoit pas le bénéfice pour son quotidien »²⁷.

Il aurait fallu comme le note cet auteur associer les agents aux études pour qu'ils constatent qu'ils seraient bénéficiaires de ce futur outil. Dans la gestion du projet ces résistances se sont manifestées très tardivement en mai 2009, il était donc difficile d'associer ces soignants aux études préparatoires.

En revanche, le chef de service du second étage n'a pas été associé au comité informatique. Président de la CME au moment des faits, pas particulièrement favorable au projet institutionnel de DPI, il n'avait pas participé directement ou indirectement à l'étude. Cette non-participation du médecin chef de service a été préjudiciable, car nous avons construit une solution organisationnelle et technique sans le consulter, ce qui a été à l'origine de nombreux échanges de mails entre le directeur, le chef de projet et le médecin chef de service. Il faut donc avoir à l'esprit pour un futur directeur qu'un projet ne permet que très rarement l'adhésion de tous.

3.1.3 Une gestion des ressources humaines efficace

Nous avons évoqué lors du diagnostic que le centre de soins disposait de ressources que nous pouvions dédier au projet DPI. Ces compétences ont représenté une réelle plus-value dans la démarche. Pour la partie technique, le chef de standard qui possédait une formation en informatique et une connaissance solide dans les SIH a été promu technicien supérieur hospitalier, que nous avons tout au long du mémoire appelé responsable informatique.

Très investi et très sollicité en raison de défaillances techniques récurrentes pendant la phase de mise en place et la phase de test, le responsable informatique a largement dépassé son temps de travail réglementaire. Le directeur s'est retrouvé face à une situation où il a été amené à gérer la balance horaire du responsable informatique par l'aménagement d'un emploi du temps plus léger une fois le projet démarré.

²⁷ Gérard PONÇON, le management du système d'information hospitalier, la fin de la dictature technologique, p163.

Les remplacements de nuit pour les personnels en formation ont été, par ailleurs, délicats à négocier avec le service des ressources humaines en raison du coût que cela induisait. Il était important qu'ils soient remplacés car le personnel de nuit est particulièrement isolé, et ces agents devaient participer à l'ensemble des réunions et formations.

3.1.4 Une coopération entre le centre de soins Les Tilleroyes et EMOSIST : un partenariat à préciser

La coopération avec les chefs de projet du GCS est particulièrement précieuse car ils sont présents au moment du lancement des formations et de l'installation définitive du DPI pour régler les problèmes techniques et les d'applications du logiciel. Ils prennent également le relais de l'établissement avec les prestataires lorsqu'il faut régler les soucis entre la plate-forme régionale et les interfaces entre le logiciel DPI et les autres logiciels existants dans l'établissement.

Durant le premier mois, l'automatisation des données patients n'a pas fonctionné. L'interface entre DIS (le logiciel gestion des identités) et le DPI n'était pas automatisée ; un chef de projet du GCS faisait manuellement remonter chaque entrée de nouveaux patients de la plate-forme régionale vers le DPI, avec toutes les erreurs que peut comporter ce travail fastidieux.

De cette coopération, relativement bien réglée au demeurant, nous avons connu toutefois quelques mésententes. Nous avons notamment eu des difficultés à les solliciter pour savoir quel était le périmètre de travail de chacun en particulier sur la partie technique. Pour cette raison certains acteurs du groupement soulignent qu'EMOSIST « agit en dépit du bon sens » et que les chefs de projets ne sont pas toujours présents lorsque le besoin se fait sentir. Le responsable informatique s'est retrouvé involontairement à plusieurs reprises à empiéter sur le travail du GCS et inversement, ce qui a valu quelques explications et échanges de mails « corsés ».

Il faut cependant noter que leur disponibilité est rendue difficile du fait qu'ils sont seulement deux chefs de projet dans la région pour tous les établissements. Nous nous sommes par conséquent sentis lésés par rapport aux missions affichées au départ du projet. En outre, leur cahier des charges est très flou puisqu'ils doivent « contribuer à l'assistance aux maîtrises d'ouvrage en vue d'améliorer la qualité des systèmes d'informations ». Ce critère ne nous permettait pas d'être exigeants ou fermes à leur égard.

Nous avons constaté que lors des comités de directeurs et des groupes techniques pluridisciplinaires, organisés par EMOSIST, l'intérêt des établissements diverge au regard de leur activité. Nous rappelons qu'au sein du groupement des onze établissements figurent essentiellement des EHPAD et des hôpitaux locaux. Le centre de soins Les Tilleroyes qui a une activité et un fonctionnement proche de celui d'un centre hospitalier de type Médecine Chirurgie Obstétrique se sent parfois lésé dans les solutions retenues lors de ces réunions.

3.1.5 Une gestion du corps médical délicate

La participation des médecins au sein des instances décisionnelles est indispensable pour la réussite du projet. Dans le comité nous avons un médecin, qui avait testé ce logiciel sans être formé dans une autre structure de la région. Il a été une « personne-ressource » sur laquelle nous nous sommes appuyés au cours du projet pour faire intégrer le projet aux autres médecins.

Enfin, l'arrivée d'un praticien hospitalier fin juin 2009 provenant d'un autre établissement a reconnu avec enthousiasme les bénéfices du DPI, par rapport à la structure précédente dans laquelle il exerçait. Cet enthousiasme lui a permis de s'investir pleinement dans la mise en place du DPI.

Nous avons souligné à plusieurs reprises qu'une partie des médecins n'étaient pas convaincus par l'informatisation du DPI malgré l'accompagnement et les visites d'établissements. Au cours du projet, le « dénigrement » du projet par certains a obligé le directeur d'établissement et le responsable de projet à les recevoir pour éclaircir cette attitude particulièrement préjudiciable au bon déroulement du projet.

Ceux-ci nous ont expliqué qu'ils ne sont pas persuadés ni de l'apport du DPI ni du partage de l'information qui atteint leur colloque singulier avec le patient. Nous avons tenté de comprendre et d'analyser ces attitudes. Contrairement aux cadres de santé et à la pharmacienne, quelques médecins n'avaient pas anticipé ces changements en étudiant leur processus métier. Nous pensons en effet que ces comportements relèvent davantage de l'inquiétude face à une nouvelle façon de travailler.

3.2 Des préconisations pour améliorer le dossier patient informatisé au centre de soins et la collaboration avec EMOSIST

3.2.1 L'évaluation nécessaire du DPI par le comité informatique

L'évaluation est une étape indispensable pour justifier les coûts engendrés et les améliorations potentiellement imputables au DPI pour le centre de soins Les Tilleroyes.

À ce stade du projet, il est difficile d'évaluer selon des indicateurs précis les apports du DPI, néanmoins un début d'évaluation peut porter sur l'évaluation du logiciel et des formations.

Selon Gérard PONÇON « l'évaluation des résultats au cours d'un projet est l'un des bons moyens de vérifier que le projet reste dans le bon chemin »²⁸.

En effet, l'évaluation implique de donner des objectifs mesurables et des indicateurs d'évaluation connus de tous les partenaires pour étudier les apports de la réorganisation du contenu du dossier de soins à l'occasion de l'informatisation de celui-ci.

A) Proposition d'une méthodologie d'évaluation

Le centre de soins Les Tilleroyes pourrait définir en comité informatique élargi (en présence de l'ensemble des cadres de santé et des médecins) la possibilité d'évaluer ce nouvel outil et les impacts sur l'organisation du travail.

Pour ce faire, le directeur pourra constituer des binômes d'enquêteurs cadre de santé/médecin pour étudier des DPI selon des cibles et des critères bien définis par les membres du comité informatique.

B) Critères et cibles de l'évaluation

Les cibles de l'évaluation pourraient porter à la fois sur le travail infirmier et médical.

Les critères d'évaluation concernant le travail de l'Infirmier Diplômé d'Etat pourraient porter sur les soins propres infirmiers. Pour les actions médicales, l'évaluation pourrait être axée sur le rôle de prescripteur du médecin (prescription médicamenteuse et d'examens complémentaires).

²⁸ Gérard PONÇON, le management du système d'information hospitalier, la fin de la dictature technologique, p173.

Les résultats de l'évaluation permettraient au directeur mais également à l'ensemble du personnel de connaître les améliorations apportées ou pas par la mise en place du DPI en particulier sur :

- La qualité de planification des soins (recueil d'informations précises et exhaustives en amont)
- La facilité de communication entre acteurs d'une information lisible, précise et juste (pas de recopiage).
- La qualité des soins prodigués, ainsi que la confidentialité des informations accessibles aux seules personnes habilitées. Il serait nécessaire aussi de manière plus globale d'évaluer le SIH Les Tilleroyes en insistant sur les accès et la confidentialité des données échangées au sein de l'établissement dans le cadre du DPI.
- La satisfaction des utilisateurs est un élément également fondamental à prendre en compte dans l'évaluation du DPI. Il appartient au directeur de faire évaluer leur satisfaction quant à l'utilisation du logiciel. La satisfaction des utilisateurs passe non seulement par l'écoute de leurs besoins, mais également par la traduction de ces besoins en termes techniques.

C) Pré-évaluation du logiciel et des formations

a) *Le choix du logiciel contesté*

Nous avons évoqué ci-dessus la difficulté d'évaluer les apports globaux du DPI, cependant nous sommes en capacité à ce stade d'avoir un début d'évaluation sur la capacité du logiciel et les formations données par l'éditeur. Cette évaluation a été rendue possible par les informations recueillies auprès des cadres de santé.

Sur le module infirmier, le logiciel offre une connaissance solide du patient utile à sa prise en charge par les soignants. Certains cadres décrivent « un outil intelligent ». Il permet une lisibilité et une traçabilité des informations. Ce nouvel outil « a reçu un accueil globalement positif », dit une cadre de santé, « il a suscité un questionnement et un intérêt par le changement des méthodes de travail ».

Il permet en effet aux infirmières et aides-soignants d'établir des planifications de soins, de travailler sur les critères de dépendance du patient sur des périodes consécutives. En très peu de temps le DPI permet une visualisation des soins paramédicaux et des transmissions depuis le début de l'hospitalisation, contrairement au dossier papier où il était nécessaire de rechercher dans les archives.

Même si nous ne sommes pas en mesure d'évaluer le module médical, certains médecins déplorent néanmoins que le logiciel ne soit pas adapté aux besoins d'une structure comme le centre de soins Les Tilleroyes, qui a le même fonctionnement qu'un centre hospitalier du fait de la présence de praticiens hospitaliers et d'internes en médecine. Ils regrettent le manque de réactivité du logiciel, en particulier sur la fonction de prescription médicamenteuse. Il apparaîtrait que le logiciel n'est pas en mesure d'envoyer en temps réel les modifications de prescriptions ce qui pourrait être « source d'erreurs graves pour le patient » selon les médecins. Une cadre de santé rajoute que « sur le médicament l'objectif est partiellement atteint, mais il y a des prescriptions qui n'apparaissent pas clairement, et il y a une attention énorme pour l'infirmière qui doit alerter. Cet aspect n'est pas totalement maîtrisé. »

Les médecins non présents lors du choix du logiciel déplorent une mauvaise définition des besoins médicaux du centre de soins. Et, celui qui était présent constate un réel décalage entre le discours commercial et la découverte du logiciel. Les utilisateurs n'ont pas toujours retrouvé les actions et soins tels qu'ils les avaient décrits et exprimés.

De manière plus globale Jean-Yves ROBIN, directeur de l'ASIP, reconnaît dans un entretien accordé à Hospimédia, « qu'il y a actuellement à la fois des problèmes d'offres et de demandes. Il existe une opposition entre les solutions industrielles qui font peser des contraintes sur les processus métiers, car elles standardisent, des demandes peu matures qui sont très spécifiques et qui sont de l'ordre du sur-mesure »²⁹.

b) Les formations pas toujours adéquates, un contenu contesté

Malgré la préparation qui leur avait été offerte, certains agents ont perçu les formations comme inadaptées. Lors de la formation, la terminologie utilisée par le formateur et celle utilisée par les agents ont posé un problème de compréhension ; de ce fait, certains agents se sont sentis incompris et ont fini par dénigrer le logiciel. Ces mêmes agents déplorent que les formations se soient déroulées sur un temps très court.

La formation médicale ne semble pas suffisante d'après les commentaires recueillis. Un cadre de santé explique « qu'il a manqué du temps de préparation médicale ; le rôle médical en soins de suite n'a pas été bien pris en compte, ce qui a entraîné des résistances fortes chez les médecins ». En effet, l'éditeur de logiciel a des plans de formations standardisés pour toutes les structures. Les médecins du centre de soins Les

²⁹ www.Hospimédia.fr/page.php?P=plateau_technique/equipement, consulté le 15/06/09.

Tilleroyes sont à temps plein sur la structure contrairement aux hôpitaux locaux ou EHPAD où ils exercent une activité libérale.

3.2.2 Une recherche de sécurité et de qualité indissociable

A) Assurer l'assistance aux utilisateurs

Pour le bon déroulement du projet il sera nécessaire que le directeur, entouré du comité informatique, recherche des solutions pour consigner les anomalies et les demandes d'évolution réclamées par les utilisateurs. Nous pouvons profiter de l'informatisation et recommander de créer une adresse mail dédiée aux doléances informatiques, celle-ci étant gérée par l'informaticien (le contenu des mails pourra recenser des problèmes de démarrage, d'ergonomie du logiciel ou des demandes d'évolution formulées par les utilisateurs). Concernant les demandes d'évolution, afin d'éviter des demandes individuelles et redondantes il nous semble important que celles-ci soient présentées en comité informatique pour qu'elles fassent l'objet d'une validation. Au niveau régional, il pourrait être envisagé une mutualisation des demandes d'évolution du logiciel par le groupement des onze établissements soutenus par EMOSIST, notamment pour le développement d'un module pour l'activité de l'hôpital de jour.

B) Renforcer la gestion des risques

Dans le cadre d'un projet si complexe et innovant il est indispensable de prévenir les erreurs pouvant avoir des conséquences sur les patients, gérer les incidents opérationnels, et cela est possible en renforçant la gestion des risques. Dans la phase préparatoire, le directeur et la cellule support auraient souhaité avoir une visibilité sur les risques potentiels du projet. Dans le cadre de l'accompagnement du dossier patient informatisé, EMOSIST pourrait informer les établissements de ces risques potentiels, pour permettre aux directeurs d'établissements de les anticiper et de ne pas entraver le bon fonctionnement de l'établissement.

C) L'identito-vigilance : la pierre angulaire du droit du patient

Les préconisations en matière de sécurité porteront en particulier sur l'identito-vigilance, vigilance ; il s'agit de la vigilance du contrôle de l'identité des différents intervenants dans le système de santé des professionnels de santé et des patients. Il pourrait s'agir de définir la politique d'identification sous la forme d'une charte d'identification, contenant la situation cible à laquelle l'établissement souhaite aboutir, en mettant en place une Cellule d'identito-vigilance (CIV) qui sera chargée de mettre en application la charte d'identification.

Lors de la journée d'identito-vigilance organisée par EMOSIST à Besançon, différents utilisateurs ont rappelé que la CIV a deux types de missions distinctes :

- Une mission de réflexion et d'évaluation de la politique en place, par exemple : définition de nouvelles procédures, suivi des indicateurs...
- Une mission quotidienne : contrôle des données, validation des identités, correction des erreurs détectées ou signalées par les utilisateurs, formation...

Le centre de soins doit préparer la certification de l'établissement par la Haute Autorité de Santé en 2010. Le manuel de certification V2010 est déjà disponible et l'identification est désormais repérée comme une bonne pratique. Dans le chapitre 2 relatif à la prise en charge du patient, la partie 2 est consacrée à la gestion des données du patient. Il est important que le directeur travaille sur l'évolution du DPI au regard des exigences de la HAS (voir tableau suivant)³⁰.

RÉFÉRENCE 15 L'identification du patient.		
PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE		
Critère 15.a Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. PEP		
E1	E2	E3
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.	Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.
	Les personnels de l'accueil administratif mettent en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	
	Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	

3.2.3 Investir dans la formation au SIH pour mobiliser les professionnels de santé sur cette thématique

Au cours des lectures sur les SIH et les entretiens effectués, nous pensons qu'il est nécessaire d'investir en matière de système d'information de santé, en particulier sur la formation des acteurs du monde de la santé. Nous avons constaté une faiblesse qui porte sur la formation des décideurs des établissements sanitaires et médico-sociaux et des personnels médicaux. Le rapport du Sénat note également « l'absence de formation adéquate des professionnels de santé en particulier les directeurs DESSMS pendant leur formation initiale. »³¹.

Jean-Jacques JEGOU, sénateur, souligne la nécessité de développer les formations initiales et continues des professionnels de santé en rendant obligatoires des sessions relatives à l'information médicale et de mieux les former aux enjeux stratégiques du

³⁰ Tableau extrait du manuel de la HAS.

développement des systèmes d'information. Nous avons constaté un manque d'expérience de la part des décideurs hospitaliers pour juger des offres extérieures. Lors des rencontres avec les prestataires ceux-ci utilisent une terminologie et présentent des outils dont nous ne sommes pas capables d'appréhender l'intérêt. Seul un informaticien est en mesure de traiter avec eux.

3.2.4 Mutualiser et gérer l'interopérabilité, un impératif pour le DPI

L'heure est au rassemblement, à la mutualisation, au partage d'informations. Pour cela il faut élaborer un cadre de référence plus précis dans la collaboration de travail avec EMOSIST. Il serait nécessaire lors du démarrage du DPI que les porteurs du projet dans l'établissement et les chefs de projets du GCS se réunissent pour définir le rôle et les limites du travail de chacun.

D'autre part, la coopération n'a de sens que si les directeurs d'établissements participent activement à ce projet. En Franche-Comté cette stratégie de groupe doit être renforcée par la présence plus assidue des directeurs d'établissements aux comités directeurs. En effet, cette mutualisation des moyens des établissements de petite et moyenne taille s'impose d'autant plus que la place prise par ces technologies dans l'organisation de l'hôpital exige une qualité de service et une disponibilité quasi permanente que ces établissements ne peuvent s'offrir individuellement.

Au sein d'un établissement le partage de l'information peut se révéler problématique. Il est donc nécessaire d'inciter à la création de « passerelles » pour que les applications informatiques puissent communiquer entre elles. La création d'interface représente un coût par l'achat des licences puis de maintenance pour la structure. Il serait souhaitable que le GCS aide les directeurs d'établissements dans leur choix de logiciel.

3.2.5 Une démarche éthique dans la conduite du changement à ne pas négliger

A) Éthique envers les usagers

L'éthique du changement selon Gérard PONÇON c'est « le respect de la personne qui constitue la toile de fond de la réflexion du responsable de projet pendant toute la durée de sa mission »³².

³¹ Rapport du Sénat n°62 p19.

³² Gérard PONÇON, le management du système d'information hospitalier, la fin de la dictature technologique, p171.

Le partage de l'information ne peut se construire sur le seul progrès technologique, il doit prendre appui sur une organisation des professionnels de santé cherchant à améliorer leur performance collective vis-à-vis des patients pris en charge.

Le directeur doit garantir et apporter au patient hospitalisé le respect de son identité et de ses choix en lui permettant d'exercer ce droit vis-à-vis des traitements de données et vis-à-vis du contrôle des données à caractère personnel le concernant. Il est donc indispensable de coordonner l'efficience et la dignité dans l'accompagnement de la personne.

B) Éthique envers les professionnels de santé

L'éthique se manifeste également auprès des personnels pour qui le changement est vécu parfois comme une rupture. En effet, l'agent qui connaissait parfaitement l'organisation de son service se sent démuné face à ces modifications. Il ne constitue plus une ressource pour former les jeunes arrivants, et il peut donc sentir que son expérience ne servira plus de transmission. Pour ces agents, il nous semble important de les accompagner tout au long du projet pour qu'ils ne sentent pas marginalisés ou qu'ils ne se marginalisent pas du DPI.

3.2.6 Renforcer le pilotage des projets d'informatisation hospitaliers

A) Le DPI vers la révision des SIH

Dans les projets de DPI, il faut être vigilant à la rédaction du cahier des charges. Il est indispensable de décrire les fonctions attendues de façon très détaillée même si elles semblent évidentes. Le directeur et son équipe ne doivent pas sous-estimer la difficulté à homogénéiser les processus de travail, cette étape est importante car elle permet aux utilisateurs de projeter leur métier à travers un nouvel outil.

Un directeur très enthousiaste souligne « qu'il ne faut pas s'arrêter au DPI, [qu'] il faut étendre l'informatisation à d'autres modules ». Ainsi, la mise en place du DPI doit être l'occasion de réviser le SIH de l'établissement. Au centre de soins, le SIH pourrait être étendu à la mise en place de module sur les agendas des médecins, la gestion des plannings de personnels.

B) Les SIH un outil stratégique pour moderniser les établissements de santé

Le directeur des SIH de l'ARH Franche-Comté reconnaît « une faiblesse dans les maîtrises d'ouvrage, [qu'] il n'y a pas de stratégie et c'est une difficulté du pilotage ». Le travail de l'ASIP note Jean-Yves ROBIN dans une interview à Hospimédia est de renforcer les maîtrises d'ouvrage en les mutualisant au niveau régional dans l'esprit de la démarche de régionalisation HPST.

Même s'il existe de multiples structures qui ont permis d'apporter de vraies améliorations techniques, le rapport du Sénat constate néanmoins « qu'il manque de vraies orientations politiques en matière d'informatisation ». « Le rôle de l'État doit insister sur sa fonction de régulateur et d'incitation au décloisonnement des systèmes d'informations qui permettra un partage opérationnel d'informations sur le patient »³³.

Il appartiendra aux groupements régionaux ou aux directeurs d'établissements de se rapprocher de l'ANAP pour identifier les bonnes pratiques en matière notamment de gestion, d'organisation, de systèmes d'information, par l'intermédiaire des Agences Régionales de Santé (ARS).

Conclusion de partie : Ainsi, l'analyse du projet de DPI va permettre au directeur et à l'équipe du centre de soins des Tilleroyes d'examiner le DPI avec une vision rétrospective. Les thématiques analysées et les préconisations envisagées ne sont pas exhaustives quant aux conditions de réussite d'un projet de mise en œuvre de DPI, elles sont propres au contexte et à la structure.

Par le regroupement des structures, la mise en œuvre de nouvelles organisations, l'expérimentation de nouveaux modes de prise en charge, nous constatons que les professionnels de santé en Franche-Comté sont résolument des acteurs du changement du système de santé.

³³ Rapport du Sénat n°62 p48.

Conclusion

Au cours de ce mémoire, nous avons pu comprendre la nécessité qu'il y a de réfléchir aux enjeux induits par l'informatisation du secteur sanitaire, social et médico-social. Le directeur d'établissement dans sa fonction de gestionnaire devrait gagner de la lisibilité sur son activité grâce aux nouveaux outils de l'information. La modernisation des systèmes d'information doit être animée par une seule préoccupation celle d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients qui elle doit même doit être synonyme d'efficience.

Le déploiement régional du dossier patient informatisé a été permis grâce à un soutien appuyé de l'ARH, ce qui a encouragé les directeurs d'établissements à adhérer au dossier patient informatisé. Pour un directeur d'établissement, la participation à un groupement de coopération sanitaire est d'une grande richesse. Il peut rompre ainsi un certain isolement et partager ses difficultés avec les directeurs de la région. Les comités directeurs d'EMOSIST sont des moments privilégiés pour parler du DPI mais également des autres projets en cours dans les établissements. Le DPI est aussi l'occasion pour un directeur de participer à un grand projet régional qu'est le Dossier Médical Partagé Franche-Comté.

Quant aux conditions de réussite du DPI, le directeur peut faire partager l'expérience du centre de soins et de réadaptation Les Tilleroyes au sein du groupement EMOSIST, mais il est important de rappeler que chaque établissement a des spécificités et des pratiques de soins très marquées par des données et des cultures locales.

Concernant la mise en place du DPI, il est possible, sans conteste, d'affirmer que la réussite du projet réside pour beaucoup dans la préparation de celui-ci. Néanmoins, il faut rappeler qu'un projet d'informatisation permet de se projeter dans la transformation d'exercice de son métier. Il est essentiel que les utilisateurs se posent la question de ce que sera leur métier de demain ? Dans le secteur de la santé, cette étape est fondamentale dans l'accompagnement de projet car l'informatisation du DPI fait passer les habitudes de travail d'une culture de l'oralité à une culture de l'écrit. La traçabilité et l'évaluation sont des processus induits par l'informatisation, qui est porteuse de bouleversements.

Les conditions de réussite de mise en œuvre du DPI dans un établissement résident également dans la volonté du directeur de soutenir ce projet, et dans sa capacité à s'entourer de compétences. L'informatisation du dossier patient a été facilitée car tout au long du projet, le directeur d'établissement est resté constant et consistant dans son propos.

La nouvelle organisation impactée par le DPI a en revanche entraîné quelques difficultés en termes de visibilité financière, de management et des difficultés dans le cadre groupement de coopération sanitaire.

En effet, il n'a pas été évoqué au cours de ce mémoire l'aspect financier de ce projet. Le directeur d'établissement connaît les dépenses engagées par le centre de soins Les Tilleroyes, mais il n'a aucune visibilité sur les ressources que l'ARH va reverser à l'établissement. Cette absence de vision financière est particulièrement pénalisante pour un gestionnaire d'établissement sanitaire, social et médico-social.

Puis, comme dans tout processus de changement, des tensions dans le management des équipes sont apparues. Il a été délicat de faire exprimer et de trouver les sources de tensions chez certains personnels tant elles étaient interdépendantes : à la fois des difficultés émotionnelles et organisationnelles. Mais ces obstacles ont permis aux membres du comité informatique de ne pas rester figés et de rappeler régulièrement les objectifs et les enjeux du DPI.

L'adhésion à un regroupement est une réelle opportunité pour un directeur d'établissement toutefois, il faut rappeler que le contour des missions des chefs de projets d'EMOSIST au sein de l'établissement n'est pas toujours bien défini. Il appartient donc au directeur d'être le garant des intérêts de l'établissement tout au long du projet au sein du groupement.

Force est donc de constater qu'un projet de DPI requiert des compétences techniques mais repose surtout sur une organisation et sur un chef qui doit être un décideur, un stratège et enfin un garant de l'intérêt général.

La société de l'information représente une véritable opportunité pour l'amélioration des soins et pour la réorganisation du secteur de la santé. Il est primordial que les établissements de santé transforment cette opportunité en réalité en investissant dans la maîtrise de ces technologies pour que les structures gagnent en efficience.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire devrait globalement améliorer notre système de soins et permettre d'ancrer ces transformations technologiques dans les établissements. Reste à préciser les organisations les plus pertinentes tant pour les professionnels que pour les usagers.

Sources et bibliographie

Réglementation

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION. Ordonnance n° 58-1374 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. Journal officiel du 31 décembre 1958 p°12070.

MINISTERE DE L'INTERIEUR. Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Journal officiel du 7 janvier pp°227-231.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALES, le dossier de soins : Guide du service infirmier (1985), Direction des hôpitaux, série Soins Infirmiers n°1 BO N°85, bis.

MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA SANTÉ RÉPUBLIQUE FRANÇAISE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Direction des hôpitaux bureau de l'informatique hospitalière. Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics (non parue au Journal officiel).

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Décret n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel, n° 54 du 5 Mars 2002, p°4118.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE ET DU MINISTRE DELEGUE A LA SANTE. Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé l'article R. 1112-2 du Code de la santé publique. Journal officiel n°101 du 30 avril 2002 p°7790.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Arrêté du 27 mars 2003 portant désignation du directeur et organisation de la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier. Journal officiel n°78 du 2 avril 2003 p°5817.

MINISTRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.
Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Journal officiel du 6 septembre 2003 p°15391.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie. Journal officiel n° 190 du 17 août 2004, p°14598.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DHOS/F2/2007/438 du 12 décembre 2007 relative à la procédure de validation des projets de validation des projets au plan Hôpital 2012. Non parue au journal officiel, disponible sur l'intranet du ministère de la santé et des sports à la rubrique circulaire.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel n° 167 du 22 juillet 2009 p°12184.

Ouvrages

BELLENGER L, 2004, Piloter une équipe projet, Issy-les-Moulineaux, éditions ESF, 206p.

MALAVAL, P, Marketing business to business, Publi, Union, 1996, 322p.

PONÇON G, 2000, Management du système d'information hospitalier, la fin de la dictature technologique, Rennes, éditions ENSP, 254p.

Articles de périodique

BARAT S, janvier-février 2009, « Tableau de bord gadget ou aide au pilotage ? ». Revue hospitalière de France, n°526, pp°20-21.

BREMOND M, 2008, « Santé et richesse économique. Le partage de l'information dans le système de santé ». Santé et Enjeux Visions Equilibres, n°21, pp°79-85.

GAGNEUX M, septembre 2008, « Les concepts : dossier partagé, dossier du professionnel et dossier médical personnel ». Le bulletin juridique du praticien hospitalier, n°110, pp°15-21.

Pas d'auteur, janvier 2008, « les trois enjeux du dossier médical personnalisé ». Le bulletin juridique du praticien hospitalier, n°104, pp°8-12.

LE TAILLANDIER de BABORY V, interview, mai 2007, « le plan hôpital 2012 ». Décision de santé, n°235 hors série, p°10.

MARASCHIN J, août/septembre 2008, « Les enjeux de l'informatisation du dossier de soins infirmiers ». Objectif soins n°168, pp°27-31.

WEIDMANN C, GIORGI R, NISAND G, ROESLIN N, janvier 2000, « Evaluation des apports de l'informatisation du dossier de soins ». Gestions Hospitalières pp°36-42.

Rapports

JEGOU JJ, Rapport d'information du Sénat, session ordinaire de 2005-2006, « informatisation dans le secteur de la santé ». Commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation, n°62, annexe au procès-verbal de la séance du 3 novembre 2005. Visité le 10 septembre 2009, disponible sur le site du Sénat, <http://www.senat.fr/rap/r05-062/r05-0621.pdf>

Cour des comptes - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 10 Septembre 2008 : les systèmes d'information dans les Etablissements Publics de Santé. Visité le 10 septembre 2009, disponible sur le site de la Cour des comptes, <http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/Systemes-informations-.pdf>

Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier. Le dossier patient dans les hôpitaux et les cliniques. Rapport final. Visité le 3 juillet 2009, disponible sur le site de la MEAH, <http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=1049>

Mémoire

NEAU A, 2006, « La mise en œuvre du projet Arc-en-ciel au centre hospitalier intercommunal de Montreuil : conditions de réussite d'un projet informatique innovant pour une structure de taille moyenne », Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 88p.

Les sites suivants ont été consultés régulièrement

<http://www.requa.fr/dossier.php?id=>,

<http://www.franche-comte.sante.gouv.fr/>

<http://www.gmsih.fr/>

http://www.Hospimédia.fr/page.php?P=plateau_technique/equipement,

<http://www.fc-sante.fr/portail/>

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil

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

<http://www.emosist.fr/portail>

<http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/Systemes-informations-.pdf>

<http://www.senat.fr/>

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

Conférences

Participation à la 1ère journée nationale de l'identité-vigilance à Besançon le 27°janvier°2009.

HIT, Technologie de l'information et santé « Technologie de l'information et de la communication et qualité des soins » : conduire un projet de système d'information clinique, facteurs de succès et bénéfices pour les professionnels de santé, à paris le 27°mai°2009.

Sessions inter-écoles : « L'administration électronique : organiser le partenariat numérique », du 2°au°6°mars 2009 à Dijon.

Formation continue : les systèmes d'informations, du 17°au°20°février 2009, Rennes.

Liste des annexes

- Annexe 1** Présentation du centre de soins et de réadaptation Les Tilleroyes
- Annexe 2** Visites d'établissements et personnes interviewées
- Annexe 3** Les réunions et les thématiques abordées au sein du comité informatique
- Annexe 4** Questionnaire pour les cadres de santé
- Annexe 5** Grille d'entretien pour le directeur des SIH à l'ARH
- Annexe 6** Grille d'entretien pour les directeurs d'établissement sociaux et médico-sociaux
- Annexe 7** Grille d'entretien pour un chef de projet chez EMOSIST

Annexe 1 : Présentation du Centre de Soins et de réadaptation Les Tilleroyes

Ce sont les religieuses de l'ordre hospitalier du Saint-Esprit, arrivées à Besançon au XIIIème siècle, qui firent don au département, en 1928 de la vaste propriété sur laquelle est implanté le centre de soins. La collectivité y décida d'y construire un sanatorium, qui vit le jour en 1931 et fut inauguré deux ans plus tard par le Président de la République en personne Albert Lebrun. En 1967, suite à la régression de la tuberculose, le sanatorium fut restructuré en un établissement de moyen séjour et prit l'appellation de Centre de soins départemental des Tilleroyes. Trois ans plus tard, la réforme hospitalière de 1970 en fit un établissement public départemental et donc indépendant. En raison des origines particulières de l'établissement, le Président du Conseil d'Administration est resté, de droit celui du Conseil Général. Le Centre de soins se situe à proximité du Centre Hospitalier Universitaire Jean MINJOZ

Le projet d'établissement acté en 2002 comprenait un volet relatif à la restructuration architecturale, avec la volonté de reconstruire sur site par la voie du bail emphytéotique hospitalier (ordonnance du 4 septembre 2003). Cette construction a été financée dans le cadre du plan hôpital 2007. La durée de la location est de 30 ans, le Centre de soins deviendra propriétaire du bâtiment en 2038.

Les équipes ont emménagé en septembre 2008. Les travaux ont duré de juillet 2006 à juin 2008. En cours de restructuration, le centre de soins et de réadaptation Les Tilleroyes compte actuellement 154 lits et places en cours de restructuration : Le centre de soins comprend :

UN HOPITAL DE JOUR GÉRONTOLOGIQUE

L'hôpital de jour a une double mission d'évaluation gériatrique globale et de réadaptation.

UNE UNITE DE READAPTATION GLOBALE

L'unité de réadaptation globale assure une prise en charge pour lutter efficacement contre les dépendances en regroupant autour du patient une équipe pluridisciplinaire.

Un médecin chef de service encadre deux unités. Chaque unité comprend un praticien hospitalier, un cadre de santé,

UN SERVICE DE SOINS DE SUITE POLYVALENTS

Le service d'hospitalisation complète de soins de suite polyvalents a pour mission d'accueillir les malades adultes et (ou) âgés provenant pour la plupart d'entre eux d'un service de court séjour (public et privé) et dont l'état de santé nécessite le maintien en milieu hospitalier.

UN SERVICE DE GERONTOLOGIE CLINIQUE

Le service d'hospitalisation complète de gériatrie clinique accueille des malades âgés nécessitant la poursuite des soins hospitaliers après un séjour dans un service de médecine ou de chirurgie. Il accueille également des patients venant du domicile dans des situations d'urgence non vitales ou pour une prise en charge qui nécessite des soins gériatriques à la demande du médecin traitant.

ANNEXE 2 : Visites d'établissements et personnes interviewées

Visites d'établissements

- Le centre de rééducation de SALINS LES BAINS dans le JURA : Visite pour observer l'équipement et visualiser le logiciel retenu. Le jeudi 11 décembre 2008 de 9h à 12h.
- L'hôpital local de MORTEAU dans le DOUBS : Visite pour étudier le circuit du médicament. Le lundi 16 février 2009 de 8h30 à 12h30.
- L'hôpital local d'ARBOIS dans le JURA : Visite relative aux transmissions ciblées infirmières. Le jeudi 26 mars 2009 de 9h à 13heures.
- Le centre de rééducation fonctionnelle de QUINGEY, dans le DOUBS : Rencontre organisée entre deux médecins des Tilleroyes et un médecin de QUINGEY. Le lundi 27 avril 2009 de 14 heures à 17 heures.

Personnes interviewées

- Deux directeurs d'établissement de soins de suite et de réadaptation de la région Franche-Comté, ces établissements ont des activités de soins de suite et de réadaptation comme au centre de soins Les Tilleroyes. Le premier entretien s'est déroulé le 10 juin de 11h30 à 14 heures et le second le mercredi 17 juin 2009 de 10 heures à 13 heures.
- Le chargé de mission des systèmes d'information et télémédecine de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Franche-Comté, le 15 juin 2009 de 14 heures à 18 heures.
- Un chef de projet d'EMOSIST. Le samedi 20 juin de 10 heures à 12 heures.

Annexe 3 : Les réunions et les thématiques abordées au sein du comité informatique

Ces réunions ont été pilotées par l'élève-directeur qui a été l'interlocuteur privilégié des partenaires internes et externes du centre de soins Les Tilleroyes.

- **Le 24 novembre 2008** : Préparation de l'informatisation du dossier patient, le déroulement du projet.
- **Le 11 décembre 2008** : Présentation du calendrier prévisionnel.
- **Le 22 décembre 2008** : Synthèse de visite de Salins-les-Bains.
- **Le 15 janvier 2009** : Préparation de la réunion avec l'éditeur de logiciel.
- **Le 23 janvier 2009** : Choix des équipements pour les salles de soins et gestion des interfaces.
- **Le 26 février 2009** : Synthèse de la réunion à l'hôpital local de Morteau.
- **Le 6 avril 2009** : Préparation des formations d'avril et de mai 2009.
- **Le 30 avril 2009** : Retour des formations d'avril 2009.
- **Le 25 mai 2009** : Réunion pour traiter les coupures Wi-Fi.
- **Le 11 juin 2009** : Réunion pour faire un bilan à trois semaines du démarrage du DPI (1er étage).
- **Le 14 mai 2009** : Réunion pour faire un bilan à trois semaines du démarrage du DPI (2ème étage).
- **Le 25 mai 2009** : Rencontre avec les prestataires pour le renouvellement des produits informatiques.

Annexe 4 : Questionnaire pour les cadres de santé

- 1) Quel bilan faites-vous aujourd'hui du dossier patient informatisé ?
- 2) Qu'est que cela a apporté à vos équipes dans leur pratique quotidienne ?
- 3) Qu'attendiez-vous du dossier patient informatisé ?
- 4) Selon vous, quels ont été les moments les plus difficiles ?
- 5) D'après vous pourquoi les choses ont bien fonctionné ? Ou alors n'ont pas bien fonctionné ?
- 6) Si les choses n'ont pas bien fonctionné, qu'est ce qui a manqué à l'hôpital pour que les choses se passent mieux ?
- 7) Seriez-vous prêt à recommencer ?

Retour de trois questionnaires sur quatre questionnaires envoyés.

Annexe 5 : Grille d'entretien pour le directeur des SIH à l'ARH

- 1) Présentation de l'interviewé : parcours professionnel / formation.
- 2) Présentation du projet Régional le DMP Franche-Comté et DPI.
- 3) Quel a été le rôle de l'ARH au cours de ce projet ?
- 4) Quel est votre point de vue aujourd'hui sur le projet DPI ?
- 5) Quels sont les retours que vous avez des établissements sur le DPI ?
- 6) Après 5 ans, quelles sont pour vous les conditions de réussite du projet de DPI ?
- 7) Quels sont les faiblesses et les points forts des hôpitaux dans le DPI ?
- 8) Quel est l'avenir des SIH en Franche-Comté et au niveau national ?

Annexe 6 : Grille d'entretien pour un DESSMS

- 1) Présentation et parcours succincts de l'interviewé(e).
- 2) Avez-vous une formation ou une sensibilité informatique ?
- 3) Pouvez-vous me raconter votre expérience du projet DPI dans votre établissement ?
- 4) Pourquoi avez-vous fait le choix d'intégrer ce projet ? Quelle motivation ou quelle contrainte ?
- 5) Etiez-vous suivi par vos équipes ?
- 6) Pouvez-vous décrire le positionnement du directeur avec les partenaires ?
- 7) Avec EMOSIST
- 8) ASC2i
- 9) Prestataires privés : SFR, autres
- 10) Quel bilan faites-vous aujourd'hui de ce projet ?
- 11) Quels ont été les moments les plus difficiles ?
- 12) Qu'est ce qui a manqué à l'hôpital pour que les choses se passent mieux ?
- 13) Quels sont les points forts de l'hôpital ?
- 14) Quels conseils ou préconisations feriez-vous pour les établissements qui souhaiteraient rentrer dans ce projet ?
- 15) Quel est l'intérêt pour un directeur d'établissement de mettre en place le DPI au sein d'un groupement ?

Annexe 7 : Grille d'entretien pour un chef de projet EMOSIST

- 1) Présentation et parcours succincts de l'interviewé.
- 2) Quel est votre rôle au sein d'EMOSIST ? Depuis quand avez-vous intégré ce projet ?
- 3) Expliquez-moi votre expérience du projet avec le groupement des onze établissements ? A quel moment avez-vous été le plus présent auprès des établissements ?
- 4) Comment sont vos relations avec les équipes médicales, paramédicales et les directeurs d'établissements ?
- 5) Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au sein des établissements ?
- 6) Quelles sont conditions de réussite d'un tel projet ?
- 7) Comment se fait l'accompagnement des établissements par EMOSIST ?
- 8) Comment les établissements de santé se préparent-ils à ce changement culturel ?
- 9) Pouvez-vous me dire quel est l'avenir des SIH en Franche-Comté ?