

Sous le parrainage de Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN,  
Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et Vie associative  
et de Monsieur Gilbert BARBIER, Sénateur du Jura

# L'informatique hospitalière

nouvel enjeu de santé publique

## SYNTHÈSE

LES RENCONTRES DE L'INFORMATIQUE DE SANTÉ  
COLLOQUE - MARDI 23 SEPTEMBRE 2008

Auteur : Nicolas Brizé

**AGFA**   
HealthCare

 **CERNER**  
L'engagement solidaire

**CIO**  
cio-online.com

Doctissimo

hOpe

**HÔPITAUX** MAGAZINE  
Santé & Société www.hopitauxmagazine.fr

magazine  
**hospitalier**

**MCKESSON**  
Empowering Healthcare

  
LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ  
REPUBLIQUE FRANÇAISE  
MINISTRE DE LA SANTÉ,  
DE LA JEUNESSE,  
DES SPORTS  
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

**ODIS**  


  
orange™

Public Santé   
La radio qui vous veut du bien

**SPECTRA** BIOLOGIE

  
Syntec informatique

# libérez du temps !

un rendez-vous ? oui, par Internet



© Module Etrange 2008 - www.module-etrange.com

Optimiser la gestion de votre planning, être plus disponible pendant vos consultations, réduire les absences des patients, c'est possible avec le service [rendezvousante.fr](http://rendezvousante.fr). Dorénavant vous pourrez offrir une vraie liberté d'organisation à vos patients : gestion facile des rendez-vous 24h/24, confirmation automatique par e-mail et rappel des rendez-vous par SMS.

# Le SIH, au cœur des défis d'Hôpital 2012

Présenté comme l'un des trois piliers du plan hôpital 2012, le déploiement de Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH) est l'une des conditions essentielles à la modernisation des établissements hospitaliers. C'est dans ce cadre, qu'un ambitieux plan d'investissements a été voulu par le gouvernement afin, prioritairement, d'accélérer l'informatisation du processus de soin. Cependant, les professionnels concernés, qu'ils soient du secteur de la santé ou de celui de l'informatique, savent que la volonté politique et l'argent sont des conditions nécessaires, mais loin d'être suffisantes, pour relever ce qui s'avère être un véritable défi, dans un monde où la complexité est la règle et où la vie humaine est en jeu.

C'est dans ce cadre que nous avons identifié trois enjeux majeurs qui serviront de support à nos débats :

- Organiser la gouvernance de l'informatisation de l'hôpital, car la fragmentation des centres de décisions et d'expertise, non contente de disperser les énergies et les financements, désorganise le pilotage des projets.
- Construire une vision et un projet communs entre des parties prenantes aux intérêts souvent contradictoires, parfois même antinomiques. C'est à cette condition que sera possible le partage de l'information, élément essentiel pour des soins sûrs et de qualité.
- Penser « l'hôpital communicant » capable de conseiller, voire de traiter à distance, mais aussi à l'inverse, de bénéficier d'expertises extérieures en temps réel.

L'ambition de ces Rencontres 2008 de l'Informatique de Santé, consacrées à l'informatique hospitalière, est d'apporter des éléments de réflexion et des réponses à ces questions qui conditionnent la réussite du volet SIH du plan hôpital 2012.

Nous tenons à remercier Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative et Monsieur Gilbert Barbier, Sénateur du Jura, d'avoir apporté leur parrainage à cette réunion.

Francis Jubert  
Délégué général  
Syntec Informatique

Jacques Marceau  
Président d'Aromates

# L'innovation pour un soin de qualité



# Programme

**8h30**

**Accueil des participants**

**9h00**

**Allocution d'ouverture : « L'apport des systèmes d'information à la réforme du système de soins »**

**Annie PODEUR**, directrice, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), Ministère de la Santé.

**9h25**

**« Rendre l'hôpital plus sûr : une priorité de santé publique »**

Docteur **James GOLDBERG**, MD PhD, oncologue, membre du haut conseil de la direction générale SANCO de la commission européenne, expert auprès de l'OMS.

**9h40**

**Table ronde 1 : « Quelle gouvernance pour l'informatique hospitalière ? »**

**Introduction et modération** : **Bertrand LEMAIRE**, chef des informations, journal CIO.

**Intervenants** : **Eliane APERT**, sous-directrice, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) • **Philippe CRUETTE**, responsable du pôle économique, Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) • **Pierre LESTEVEN**, conseiller, Fédération Hospitalière de France (FHF) • **André LOTH**, chef de la mission pour l'informatisation du système de santé, MISS • **Jean-Pierre THIERRY**, directeur du développement et des relations institutionnelles, Agfa Healthcare France, membre de Syntec Informatique.

**10h40**

**Table ronde 2 : « Vers de nouvelles relations entre les acteurs de santé ? »**

**Introduction et modération** : **Jean-François CHANTARAUD**, président, Observatoire du Dialogue Social (ODIS).

**Intervenants** : **Alain Michel CERETTI**, fondateur, Association le LIEN • **Bruno COSTE**, directeur, Union Régionale Interfédérale des œuvres et des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux d'Île-de-France (URIOPSS) • **Alain OLYMPIE**, directeur général, Association François Aupetit • **Jacques ROLAND**, doyen honoraire, Faculté de Médecine de Nancy, président honoraire, Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins • **Olivier ZMIROU**, directeur du développement marketing européen, McKesson.



**11h40**

**« Quand le soin sort de l'hôpital »**

**René DRIVET**, vice-président, Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD), directeur général, Santé Service, hospitalisation à domicile.

**11h50**

**Table ronde 3 : « Comment relever le défi de l'hôpital communicant ? »**

**Introduction et modération : Olivier MARIOTTE**, président, nile.

**Intervenants : Hugues DUFEY**, directeur, Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH) • **Martine LABROUSSE**, conseiller systèmes d'information, Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)

• **Eric LEPAGE**, directeur projet système information patient, APHP • **Pascal NIBEAUDEAU**, directeur des grands projets santé, Orange Healthcare • **Laurent TRELUYER**, directeur des systèmes d'informations, Institut Gustave Roussy.

**12h50**

**Conclusion**

**Roselyne BACHELOT-NARQUIN**, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et Vie associative.



**Apporter de la valeur grâce  
à des solutions administratives  
et cliniques complètes**

**[www.cerner.fr](http://www.cerner.fr)**

## **SOMMAIRE**

### **1. Quelle gouvernance ?**

- 1.1 De la lisibilité des réformes
- 1.2 Le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoire »
- 1.3 Une architecture centrale, une déclinaison régionale
- 1.4 vers la mutualisation
- 1.5 Les systèmes d'information au coeur des ARS

### **2. La création d'une agence de la performance**

- 2.1 Donner une impulsion forte
- 2.2 « Attention à l'uniformisation ! »
- 2.3 Le facteur temps
- 2.4 Éducation et formation

### **3. Replacer le patient au centre du dispositif des SIH**

- 3.1 Analyse d'un échec : le Dossier médical personnel (DMP)
- 3.2 Un « malade citoyen »
- 3.3 Un « patient client »
- 3.4 Renouer le dialogue entre professionnels de santé

### **4. Penser l'hôpital communicant**

- 4.1 Une organisation hospitalière plus intégrée
- 4.2 Un hôpital ouvert
- 4.3 DM Pro : des technologies interopérables
- 4.4 Le décroissement vu par les industriels
- 4.5 Les besoins des petites structures et de l'aide à domicile
- 4.6 Les spécificités de l'hospitalisation à domicile
- 4.7 Des acteurs mobiles
- 4.8 Les vertus de la télémédecine

### **5. Petit répertoire des bonnes pratiques**

# Nous innovons, Vous y voyez...



McKesson Corporation

est le plus grand

groupe mondial

100% dédié à la santé.

Spécialiste des Systèmes  
d'Information Hospitaliers,

McKesson France propose

des solutions complètes

de logiciels et de services

adaptés à chaque contexte.

## ... Plus clair, avec Horizon Enterprise Visibility™ Pilotage visuel des Unités de Soins

Horizon Enterprise Visibility™ propose une approche novatrice par contrôle visuel pour optimiser la prise en charge dans les unités de soins. L'information est restituée en temps réel afin d'améliorer l'organisation des soins et de maximiser l'occupation des lits.

## ... Plus sûrement, avec Horizon Expert Orders

### La nouvelle génération d'aide à la décision pour le prescripteur

Horizon Expert Orders promeut les bonnes pratiques et sécurise la prescription, en intégrant les informations spécifiques du patient, les référentiels médicaux institutionnels et internationaux.

## ... Plus loin, avec Horizon CGA

### Surveillance de la production du PMSI et de la facturation

Horizon CGA est un Collecteur Global d'Activité alimenté par les applications cliniques, de Gestion Administrative du Malade et de Gestion Économique et Financière, qui permet de contrôler, de façon fine et personnalisée à l'établissement, la production du PMSI et de la facturation.

# McKESSON

Empowering Healthcare

McKesson France - Espace France - Bât. E - F

4, voie Romaine - Canéjan - 33612 Cestas Cedex

Tél. : 05 57 89 65 00 - [www.mckesson.fr](http://www.mckesson.fr)

# 1. Quelle gouvernance ?

Les systèmes d'information hospitaliers (SIH) français auraient au moins quatre bons élèves : le CHU d'Amiens, le CH d'Arras, la plate-forme régionale de santé de Franche-Comté, et l'hôpital européen Georges Pompidou, sans doute parce que ce dernier a eu d'emblée une conception fondée sur l'informatisation. Le constat est décevant pour Annie Podeur, directrice de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) au ministère de la Santé : « *Actuellement moins d'un établissement sur cinq dispose d'un système d'information capable de donner des réponses significatives aux multiples fonctions de la production de soins : l'accès à un DMP, la prescription des médicaments, les examens de laboratoire, l'imagerie médicale, le circuit du médicament.* »

Si cela peut nous rassurer, le défi est mondial. Annie Podeur note en effet que « *dans seulement 16% d'hôpitaux américains, 50% des médecins prescrivent avec un moyen informatisé* ». Il n'empêche, la Cour des Comptes et les rapports parlementaires sur l'informatique hospitalière pointent de nombreuses insuffisances en la matière. André Loth, chef de la mission pour l'informatisation du système de santé (MISS), observe ainsi des insuffisances à plusieurs niveaux, à commencer par les maîtrises d'ouvrage locales au niveau hospitalier, mais aussi l'assistance à maîtrise d'ouvrage de la part des SSII, « *même si, ajoute-t-il, on en voit se développer aujourd'hui au niveau régional* ». Il constate également un manque de vision globale du « *pilotage national métiers* » ainsi que du « *pilotage stratégique* ». Enfin, il note une insuffisance de « *l'offre des industriels* ».

## 1.1 De la lisibilité des réformes

Réponse des fournisseurs : « *Nous sommes dépendants de la mise en œuvre d'une réglementation.* » Jean-Pierre Thierry, directeur du développement et des relations institutionnelles chez Agfa Healthcare France, membre de Syntec Informatique, réclame de la « *lisibilité* » dans les réformes. « *Première caractéristique, l'industrie informatique doit faire face à la complexité du système de santé public dont elle doit prendre en compte l'intelligibilité et la compréhension. L'autre grande caractéristique est la maîtrise des technologies dans un modèle de coopération avec de grands industriels et aussi avec des PME sur un créneau spécifique. En tant qu'industrie de process, c'est-à-dire d'ingénierie sociale, nous sommes au contact des utilisateurs. Au premier rang des critères de réussite apparaissent l'adoption et l'appropriation par les utilisateurs.* » Jugeant le cycle « *assez court en France par rapport aux autres pays* », Jean-Pierre Thierry estime qu'il s'agit avant tout de « *marier le temps long de la stratégie réglementaire avec le temps court du Q1, Q2, Q3* ». Un défi à relever d'autant plus lourd pour les PME ou les start-up dont les retours sur investissements sont souvent plus contraints.

## 1.2 Le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires »

Le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » sera soumis au Parlement dans les mois prochains. En ce qui concerne les établissements publics de santé, il prévoit « *une évolution dans la continuité de leur gouvernance, de leur mode de pilotage, dans un esprit à la fois de responsabilisation et de simplification* », indique Annie Podeur. « *Les établissements de santé sont responsables de la mise en œuvre dans le cadre d'une stratégie de groupe et d'une recherche incessante de*

*mutualisation des moyens et de respect des échéances et des coûts.* » « *Le Président de la République a demandé à tous les établissements de santé de recouvrer l'équilibre budgétaire à horizon 2012.* » Deux lignes directrices portent ce projet de loi. D'une part, il prévoit « *un élan sur la coopération à l'échelle des territoires* », au travers des communautés hospitalières de territoires, d'autre part, « *une réorganisation majeure du dispositif de pilotage et de gouvernance territoriale du système de santé* », au travers des agences régionales de santé (ARS).

### **1.3 Une architecture centrale, une déclinaison régionale**

« *Le rôle de l'état sera de donner une impulsion, avec le levier du financement, en particulier dans le cadre du plan hôpital 2012 : définition des priorités, organisation du dispositif général, mesure des résultats.* » Ce sera le rôle de l'Agence de la performance, dont « *l'objectif sera de croiser efficacité et qualité* », résume Eliane Apert, sous-directrice de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). « *Les agences régionales de santé (ARS) auront un rôle de déclinaison des politiques, de pilotage et d'animation territoriale de l'ensemble des acteurs de santé ville - hôpital et des établissements médico-sociaux. Les établissements de santé devront se donner les compétences nécessaires et mobiliser les directions générales vers les projets de système d'information.* »

### **1.4 Vers la mutualisation**

« *Nous n'avons pas suffisamment de ressources pour disperser les efforts* », constate Annie Podeur « *Les communautés hospitalières de territoires répondent à l'impératif de graduation des soins et permettent à des structures publiques de s'unir dans des stratégies communes* », « *indispensables pour que chaque établissement, notamment les petits, puisse disposer de façon mutualisée des ressources nécessaires et de l'effet d'entraînement.* » En parallèle, le projet de loi porte sur une « *nécessaire simplification des Groupements de coopération sanitaire (GCS), en lui donnant une gouvernance équivalente à celle des établissements de santé dès lors que le GCS est détenteur de l'autorisation et employeur direct. Il encourage la coopération entre des acteurs publics et privés* ».

Le plan hôpital 2012 a anticipé la future loi. Priorité a été donnée aux investissements dans les systèmes informatiques et aux établissements prêts à se coordonner entre eux. Annie Podeur indique que « *plus d'une vingtaine de projets mutualisés impliquant une centaine d'établissements ont été privilégiés* », du fait « *d'un dispositif d'appui plus compact, plus lisible* ».

Aux yeux d'André Loth, la mutualisation est la clé du financement de la sécurité. « *Pour faire baisser les prix des outils de la sécurité à l'hôpital, il faut faire du référencement national, de l'achat groupé, se montrer directif, à travers des cahiers des charges qui se dégagent de l'expérience des hôpitaux qui ont travaillé ensemble.* »

Pour Bruno Coste, directeur de l'union régionale interfédérale des oeuvres et des organismes privés sanitaires et sociaux d'Ile-de-France (URIOPSS), la mutualisation aura « *un effet restructurant* ». « *Les petits acteurs ne pourront pas assurer la sécurité eux-mêmes, ils seront obligés de coopérer au niveau d'un territoire.* »

Du point de vue des industriels, il y a deux façons d'aller vers des logiques de mutualisation. « *La mutualisation interne à l'établissement, c'est la réduction du nombre d'interfaces et de l'informatique des systèmes d'information hospitaliers. Les*

*produits répondent aujourd'hui à cette logique », assure Jean-Pierre Thierry. « Au-delà, il faut raisonner en termes de systèmes d'information de santé pour les communautés hospitalières de territoires. C'est très important pour les éditeurs et pour l'industrie de santé d'avoir une expertise pour le suivi de la réglementation. Des briques de base telles que le RPPS<sup>1</sup> ou le décret sécurité<sup>2</sup> sont indispensables. »*

## **1.5 Les systèmes d'information au coeur des ARS**

*« La réussite des ARS repose sur le partage des systèmes d'information », affirme Annie Podeur. « À l'échelon national, on va devoir rapprocher de façon volontariste les systèmes d'information de l'Assurance Maladie et ceux de l'état. »*

*À l'art. 25 du projet de loi, un chapitre est spécifiquement dédié aux systèmes d'information. Comme l'espère Olivier Mariotte, Président de Nile, « coupler les information hospitalières avec les systèmes de santé et l'Assurance Maladie va peut-être permettre enfin de partager les informations, donner une visibilité aux complémentaires, justifier certains transferts d'Assurance Maladie obligatoire sur les complémentaires. »*

Annie Podeur confirme. C'est un enjeu majeur pour le gouvernement puisqu'il va permettre aux décideurs hospitaliers et aux régulateurs du système, c'est-à-dire les ARS, de *« disposer d'outils plus performants pour s'adapter au nouveau contexte du management et surtout de l'optimisation de la ressource et des financements de l'Assurance Maladie ».*

## **2. La création d'une agence nationale de la performance**

*« Il revient à la puissance publique de mesurer les résultats », indique Annie Podeur. « À l'échelon de l'état, nous réfléchissons à une approche mutualisée de l'efficacité. »* La ministre de la Santé a missionné Philippe Ritter pour réfléchir à la création d'une *« agence de la performance »* dont *« la vision globale »* réunirait à la fois *« la réflexion sur l'organisation des process, les systèmes d'information, sur le juste dimensionnement de l'ensemble des investissements immobiliers et en équipements dans les établissements ».*

*« Agence de l'efficacité, « agence d'appui à la performance », sa dénomination exacte n'est pas encore arrêtée, précise Eliane Apert. « 50 représentants d'organismes divers ont été auditionnés par cette mission pour déployer de bonnes pratiques organisationnelles dans des établissements qui ont besoin d'un soutien à ce déploiement. »*

Du côté de l'hôpital public, on voit cette *« agence de la performance »* d'un assez bon œil, à condition qu'elle ne soit pas *« l'agence de pilotage de l'état »,* ni *« l'agence des établissements qui font ce qui leur paraît opportun sans forcément se préoccuper de leur environnement, en particulier la médecine de ville ».* *« Une agence qui donne suffisamment de confiance à l'ensemble des acteurs, ville, hôpital, médico-social et pouvoirs publics, pour fédérer les énergies ».* À ce titre, Pierre Lesteven, conseiller à la Fédération hospitalière de France (FHF), nous renvoie à

---

<sup>1</sup> RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé

<sup>2</sup> \*décret sur la confidentialité des données de santé, prévu par l'article L 1110-4 du code de la santé publique. Il a été signé le 15 mai 2007 et publié au JO du 17 mai 2007.

l'audition du rapport Gagneux. *« Il faut distinguer les enjeux : d'un côté on a « l'organisation des soins », de l'autre « le pilotage des infrastructures. On n'aura pas une circulation de l'information correcte tant qu'on n'aura pas un minimum de visibilité sur les infrastructures. Les applications relèvent quant à elle du champ de responsabilité des professionnels impliqués. »* Pierre Lesteven attend de la gouvernance qu'elle *« crée les conditions dans lesquelles les acteurs vont pouvoir chercher ensemble la façon d'avancer, de capitaliser ensemble, de trouver ensemble des solutions. Cela ne peut se faire que si on partage une vision et un volontarisme soutenus par les pouvoirs publics. »*

Du côté de l'hôpital privé, les problématiques sont les mêmes. Philippe Cruette, responsable du pôle économique de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), souligne la nécessité *« d'un besoin de cohérence », « d'une structure de pilotage globale »,* garante de *« légitimité »*. Il espère *« des instructions claires, surtout en matière d'interopérabilité et de sécurité. Les établissements se plaignent d'avoir des interfaces qui ne sont pas communicantes. »*

En France et en Europe, Jean-Pierre Thierry note une amélioration et même une extension de la qualité du dialogue entre pouvoirs publics et industries à travers les comités de pilotage sur les thèmes tels que l'interopérabilité, la sécurité, la signature électronique.

## **2.1 Donner une impulsion forte**

Des services d'urgence trop longs, des blocs vides, des lits inoccupés... *« il faut se préoccuper de l'efficacité hospitalière. Les systèmes d'information hospitaliers feront gagner du temps et de l'argent à tout le monde. »* André Loth insiste. *« On ne se contentera pas de faire des spécifications très générales. On tirera des conclusions des groupes de travail, on les portera à la connaissance et on fera en sorte que ça se traduise sur le terrain. »*

Revenant sur le chapitre de la sécurité, André Loth donne l'exemple d'un établissement confronté au choix entre informatisation de la biologie, circuit des médicaments, utilisation des salles, actes de professionnels de santé, habilitations, annuaires. *« La tendance sera de choisir les sujets qui rapportent de la productivité, visibles à l'extérieur. »* Or en matière de confidentialité ou de continuité du service, les coûts sont élevés. C'est pourquoi il compte sur *« une forte impulsion de l'état, au niveau réglementaire, mais aussi sous forme de financement »*.

## **2.2 « Attention à l'uniformisation ! »**

Olivier Zmirou, directeur du développement marketing européen chez McKesson, nous met cependant en garde contre une *« vue centralisatrice »*. *« On a voulu aller trop vite avec des projets trop ambitieux sans tenir compte de la diversité entre les différents acteurs. »* Spécialiste de l'informatique hospitalière, McKesson équipe 250 établissements en France, dont 50% des CHU, avec 15 millions de dossiers patients à disposition. Ayant participé à 9 expérimentations dans le cadre du DMP, Olivier Zmirou observe qu'elles se sont *« toutes passées différemment dans l'organisation du recrutement patient et médecin. Il n'y a pas un modèle unique. »* Il en va de même dans les établissements hospitaliers, où il s'agit *« de cadrer la nature des logiciels fournis à l'organisation de l'hôpital et de ses utilisateurs »*.

Bruno Coste va dans ce sens. « *La performance concrète n'existera que si elle part du terrain et que si des acteurs partagent des indicateurs et une analyse de ces indicateurs.* »

### **2.3 Le facteur temps**

L'une des clés du succès d'un tel projet pour Annie Podeur, c'est un système d'information hospitalier « à niveau », un RPPS « opérationnel. » Un RPPS qui contient encore beaucoup de manques selon André Loth, dont l'une des missions à la MISS porte justement sur les référentiels. « *On s'est aperçu que dans les hôpitaux, entre 25 et 50% des médecins sont absents des fichiers.* » Des manques qui s'expliquent « *par des considérations informatiques mais aussi parce que les médecins n'ont pas pris la peine de se signaler à l'ordre des médecins comme travaillant dans un hôpital* ». André Loth souligne en outre la lenteur du répertoire mutualisé d'établissements sanitaires et sociaux. Ce n'est pas le cas de l'identifiant national de santé du patient. Dès 2009, celui-ci sera « *opérationnel, accessible sans passer par la carte vitale* ».

James Goldberg, MD PhD, oncologue, membre du haut conseil de la direction générale SANCO de la commission européenne, expert auprès de l'OMS, déculpabilise ce défaitisme bien français. Ce projet sans égal dans le monde ne peut se concevoir « *sans une véritable responsabilisation, au niveau patients, professionnels, hôpital, dans une démarche intégrée, quotidienne, renforcée* ». Il en va de « *la responsabilité collective, du citoyen comme du professionnel de santé* ». Cette responsabilisation prend du temps.

### **2.4 Education et formation**

Eric Lepage, directeur du projet système d'information à l'AP-HP réclame un effort de pédagogie : « *le vrai sujet, c'est l'évolution des cultures à l'hôpital et en ville.* » En témoigne sa récente expérience de la mise en place, dans deux hôpitaux, d'un système de gestion de laboratoires basé sur un noyau commun, incluant la nomenclature, les panels, les demandes et sorties en cohérence avec le système d'information clinique. Le plus dur a été de « *réunir les acteurs autour d'une table et de leur faire comprendre qu'il faut un seul modèle si l'on veut le partager* ». « *Si l'on saute à pieds joints sur ce point-là, nous n'arriverons pas à faire du partage de l'information.* »

Là encore une politique volontariste se fait sentir. « *Il faut mobiliser l'ensemble des compétences nécessaires, tous les décideurs doivent être sensibilisés aux gains de productivité, en termes d'efficience et d'organisation, en qualité (traçabilité), en ressources humaines et ingénierie* », détaille Annie Podeur. « *Dans l'instruction des dossiers hôpitaux 2012, nous avons été très attentifs à la faisabilité réelle des systèmes et aux équipes capables de les porter.* »

« *Changer nos comportements* », c'est également l'avis de Jacques Roland, doyen honoraire de la faculté de médecine de Nancy, président honoraire du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. « *L'hôpital doit faire un très gros effort sur la formation, l'information, l'éducation, y compris dans les modalités d'utilisation et de mise à jour des documents remis* ». Jacques Roland suggère que les CHU deviennent « *des centres d'éducation à la santé* » en lien avec le secteur privé et les médecins.

Faisant référence à l'art. 24 de ce projet de loi, Alain Olympie, directeur général de l'association François Aupetit, regrette qu'à part le médecin, on n'imagine pas que quelqu'un d'autre puisse assurer cette éducation. *« Dans l'éducation thérapeutique, il n'y a pas que le soin et les médicaments. Il faut redéfinir les programmes, les étendre à la santé sociale, psychique, sexuelle. »* Il revendique le rôle des associations en matière d'éducation thérapeutique. Éducation en direction des intervenants, mais aussi des malades eux-mêmes. *« Qui mieux que le malade connaît sa maladie ? »*

### **3. Replacer le patient au centre du dispositif des SIH**

#### **3.1 Analyse d'un échec : le Dossier médical personnel (DMP)**

D'aucuns s'accordent à penser que l'échec du Dossier médical personnel (DMP) relève d'une dépossession du patient de ses données personnelles. *« C'est un renoncement de la citoyenneté en santé »*, analyse Jacques Roland. De son côté, Alain Olympie, qui a participé à la préparation de la faisabilité du DMP en Ile-de-France, raconte que *« quand ils ont compris que le dossier était porté par le patient, les mines se sont tirées »*. Même constat du côté des industriels. Pour Olivier Zmirou, *« on n'a pas su distinguer personnel et partagé »*.

#### **3.2 Un « malade citoyen »**

De même, avec la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », Alain Olympie craint que *« le P de patient ne fonde à vue d'œil devant le H de l'hôpital »*. Lui préfère parler de *« malade individu »*. *« Le malade change sa relation à sa propre maladie en ayant accès à de l'information. Parce que le tissu de savoir est différent. »*

*« Il faudrait commencer par permettre au patient de se documenter via des sources référencées »*, suggère Bruno Coste.

*« L'utilisateur n'a un accès direct aux pièces de son dossier médical que depuis 2002 »*, remarque Alain Michel Ceretti. Au lieu de *« sécurité des données »*, le fondateur du LIEN préfère parler de *« sécurité des soins »*. *« Le Président de la République a rappelé récemment que la sécurité des soins était un préalable à la qualité, et il a annoncé la publication par établissement, du taux d'infections nosocomiales et du taux de mortalité. »* Dont acte.

*« Les relations actuelles sont franchement déficientes »*, estime Jacques Roland. *« Avec cette nouvelle loi, j'ai peur qu'on ne mette encore un cataplasme sur nos propres dysfonctionnements à l'intérieur de l'hôpital. Il faut impliquer le citoyen dans la gestion de sa santé. Il s'agit de réattribuer au patient la propriété des connaissances. C'est cela qu'on doit faire passer au-dessus des murs qui séparent nos structures, privées ou publiques, nos professions, infirmières ou pharmaciens. »*

*« L'excellence médicale d'accord, mais aussi l'excellence sociale ! Si on doit soigner une personne coupée de son milieu social, la réinsertion sera plus compliquée, et donc la personne restera plus longtemps à l'hôpital »*, explique Bruno Coste. Pour le directeur de l'URIOPSS, *« l'information, c'est aussi travailler sur la gestion de l'aval et de l'amont : les hospitalisations à domicile (HAD), l'Union nationale de l'aide à domicile (UNA), les maisons de retraite, les structures de soins aux personnes handicapées... »* ; *« regarder la personne qui est un citoyen dans un territoire, prendre en compte son réseau relationnel, les services de maintien à domicile, les*

*centres de santé, les centres communaux d'action sociale (CCAS). L'hôpital c'est aussi la santé mentale, des adolescents en crise... »*

### **3.3 Un « patient client »**

Considérer le patient comme un consommateur à part entière, susceptible d'avoir des besoins, de réclamer plus d'informations, sur sa prise en charge, sur l'évolution de sa pathologie... c'est sous cet angle qu'Olivier Zmirou voit le patient. Pour étayer ses propos, le directeur du développement marketing européen chez McKesson relate une expérience conduite aux Etats-Unis sur des outils simples et des services informatiques de base visant à améliorer la communication entre patients et professionnels : email, demande de rendez-vous par internet, renouvellement de prescription, webvisites... ont ainsi permis au médecin de prendre *« un temps particulier pour répondre au patient »*.

### **3.4 Renouer le dialogue entre professionnels de santé**

En définitive, c'est *« un problème comportemental de l'ensemble des acteurs »*, résume Jean-François Chantaraud, président de l'Observatoire du dialogue social (ODIS). *« Construire la performance économique et sociale par le dialogue, c'est-à-dire être capable de réfléchir ensemble aux soins, aux pathologies, mais aussi à des logiques de prévention en impliquant les acteurs dans une meilleure compréhension de ce qui leur arrive ou de ce qui peut leur arriver demain, cela suppose une nouvelle dimension de la gouvernance au sein de l'hôpital, mais aussi au sein des différents réseaux d'acteurs de santé, pour faire en sorte que l'ensemble des acteurs puisse se parler, avoir des lieux de rencontre, des méthodes, des qualités relationnelles. »*

*« Clairement, ça avance par la force des choses. La tarification à l'activité a obligé ceux qui n'avaient qu'une vision administrative à faire le lien entre les soins et la facturation »*, observe Pierre Lesteven.

*« Dans les échanges entre ville et hôpital, actuellement on est au Moyen-Âge »*, lâche de son côté Alain Michel Ceretti.

## **4. Penser l'hôpital communicant**

Pour Jacques Marceau, Président d'Aromates, *« les systèmes d'information hospitaliers apparaissent comme des facilitateurs de la relation au sein de l'hôpital, notamment dans la gestion des processus, mais également dans la communication avec l'extérieur. On est dans une problématique ouverte. »*

*« Les attentes restent fortes et sont insuffisamment satisfaites »*, constate Annie Podeur. *« Les systèmes d'information doivent d'une part, favoriser des organisations hospitalières plus efficaces, plus intégrées, et dans le même temps ouvrir les systèmes d'information hospitaliers sur leur environnement, favoriser le partage de l'information. »*

### **4.1 Une organisation hospitalière plus intégrée**

*« Quel progiciel pour gérer les disponibilités en lits sur un établissement ? »* se demande Annie Podeur. Un taux de remplissage qui avoisine les 65%, voilà qui ne satisfait pas non plus Olivier Mariotte. Et que dire du temps passé par les urgences pour trouver un lit disponible ? *« Il faut arriver à une régulation très fine, en temps réel, donc avoir une cellule d'ordonnancement. Sans progiciel de gestion, c'est*

*impossible* », conclut Annie Podeur. Au ministère de la Santé, on estime en effet que le développement des SIH est trop largement centré sur la gestion. Le maître-mot est « *optimisation* ». Optimisation du process, des blocs opératoires, des plateaux techniques... « *Les SIH doivent se focaliser sur les besoins des professionnels, les processus de soins, de manière à améliorer la qualité des soins et l'efficacité, la sécurité de la prise en charge des patients, c'est-à-dire la traçabilité.* »

## **4.2 Un hôpital ouvert**

Alain Michel Ceretti relate le cas de ce patient atteint de leucémie, une mauvaise lecture de l'ordonnance par la pharmacie ayant conduit ce malade à s'injecter trois fois la dose chez lui, ce qui a entraîné une aplasie et une baisse de ses défenses immunitaires. Le patient entre aux urgences, puis il est pris en charge à l'hôpital. S'ensuit un séjour en chambre sous perfusion, où l'on continue à lui administrer trois fois la dose. C'est la porte ouverte à la septicémie. Alain Michel Ceretti s'en rend compte : « *Après enquête, j'ai découvert que dans ce grand hôpital parisien, le niveau de traçabilité des actes remonte à la date et la signature sur le dernier pansement de la perfusion !* »

Ce dysfonctionnement lié à la défaillance du système d'information illustre, s'il en est, le devoir de continuum de la prise en charge, enjeu majeur de l'articulation ville – hôpital au ministère de la Santé. Annie Podeur insiste sur la nécessité de partager des données entre professionnels de santé, ville, établissements de moyen séjour, HAD, sur un plateau technique. Pour désengorger les urgences, « *on doit être capable de partager l'information sur les ressources disponibles à tout moment, que ce soit avec le réseau des transporteurs sanitaires (pompiers, médecins généralistes), le répertoire des ressources, la traçabilité de la mobilisation* ».

## **4.3 DM Pro : des technologies interopérables**

« *L'Assistance publique a pour objectif de s'ouvrir à l'extérieur, de partager des informations* », assure Eric Lepage. « *Ce partage pose 3 sujets : l'aspect technique, un identifiant unique – sur lequel il se dit « heureux » de pouvoir l'obtenir bientôt -, et « l'interopérabilité* », qui suppose d'avoir « *des nomenclatures communes* ». Sur ce dernier point, l'AP-HP a mis en œuvre 3 gros chantiers. Le premier concerne les nomenclatures dans le domaine de la radiologie, le second le système de gestion des laboratoires de biologie (nomenclature internationale LOINC), et le troisième, en cours, met en place la SNOMED, un système de classification permettant de normaliser l'ensemble des termes médicaux utilisés par les praticiens de santé. « *Notre objectif est de baser le dossier du patient sur la SNOMED de façon à pouvoir communiquer au sein du réseau national, mais aussi ailleurs* », précise Eric Lepage.

Par ailleurs, Eric Lepage souligne les avancées sur le dossier médical professionnel (DM Pro) destiné à informatiser la circulation des données patients entre les médecins. « *Dans le cadre d'une expérimentation en Ile-de-France, nous avons mis en place un outil qui permet de récupérer l'ensemble des comptes rendus, images, résultats d'examen, et demain les comptes rendus anatomie-pathologie, le dossier de cancérologie. Les médecins traitants pourront l'adresser par messagerie sécurisée.* »

La deuxième étape du projet consistera à mettre en place « *un système multiapplicatif vers des systèmes centrés sur le patient* ». « *Nous sommes actuellement dans une période transitoire avec la phase de finalisation du nouveau*

*ystème d'information clinique. Dans les prochains mois, nous aurons les moyens de mettre en place un dossier patient avec 3 vues : hospitalière, médecin de ville, patient. »*

#### **4.4 Le décloisonnement vu par les industriels**

Avec la régionalisation, le regroupement d'hôpitaux nécessite qu'ils soient compatibles avec la future plateforme régionale et des médecins en mobilité. Pascal Nibeau rappelle au gouvernement son devoir d'équité vis-à-vis de l'ensemble de la population en préconisant *« un réseau fiable qui maille la totalité du territoire »*. Le directeur des grands projets santé chez Orange Healthcare observe ensuite qu' *« on assiste à un décloisonnement des informations »*. Ce besoin appelle deux remarques de la part de l'industriel : *« sur la mutualisation, nous manquons terriblement de maîtrise d'ouvrage, qui suppose de travailler sur des doubles compétences santé-métiers et informatique-réseaux. »* Au plan du financement, *« les budgets sont sans commune mesure avec les besoins »*. Pascal Nibeau fait allusion à un récent appel d'offre dans le sud de la France où cinq industriels se sont retirés. *« Décloisonner suppose un investissement important au départ. Rien ne se fera a minima. Sur les projets de plateformes régionales, on voit bien souvent des besoins largement exprimés, réalisables sur un plan technologique. »*

#### **4.5 Les besoins des petites structures et de l'aide à domicile**

*« La baisse du nombre de lits conjuguée aux problèmes budgétaires nécessite des lits d'aval »,* rappelle Martine Labrousse, conseiller systèmes d'information de la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP). Or au niveau des petites structures hospitalières à but non lucratif ou de l'aide à domicile, *« il n'y a pas de ressources humaines dédiées aux systèmes d'information. Les hôpitaux coopèrent avec elles pour vider leurs lits, mais au niveau des systèmes d'information, il n'y a pas de réelle coopération. »* De même, s'agissant de la mutualisation des outils informatiques, Martine Labrousse observe que *« ces petits établissements ne vont pas en avoir l'initiative »*. Elle attend donc une impulsion des ARS. Enfin, elle suggère une autre solution, le mode Asp, autrement dit les solutions hébergées par abonnement. *« Le secteur de ces petites structures n'y a pas beaucoup réfléchi, pas plus que du côté des éditeurs. »*

#### **4.6 Les spécificités de l'hospitalisation à domicile**

Entre 2005 et 2007, l'activité de la HAD a connu une croissance de 21%. Avec 2,4 millions de journées produites en 2007, elle offre au domicile du patient des soins de niveau hospitalier pour éviter ou raccourcir un séjour hospitalier, que ce soit avec le médecin traitant ou le médecin hospitalier. Son activité repose sur la prise en charge globale de la personne, dans son environnement médical, social, psychologique, et sur la coordination des intervenants, salariés et acteurs extérieurs. Il n'y a pas de HAD sans coordination avec l'hôpital, sans participation du médecin traitant, sans coordination avec les professionnels de santé de ville, les structures sociales ou médico-sociales. *« Au plan informatique, l'HAD en tant qu'alternative à l'hospitalisation doit répondre aux mêmes contraintes que l'hôpital, qu'ils s'agissent de la traçabilité, de la sécurité, ou bien encore de l'accessibilité des données. Le marché propose une offre logicielle qui permet d'informatiser l'ensemble de la prise en charge, à savoir le dossier du patient, les différentes étapes de son parcours, ainsi que l'organisation des tournées du soignant »,* indique René Drivet, vice-

président de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD).

Cependant, l'HAD a 3 spécificités majeures qui impactent fortement son système informatique. « La dispersion géographique des activités et la mobilité des équipes qui oblige à rechercher *des solutions permettant aux équipes d'accéder au domicile aux informations dont elles ont besoin* » ; « la discontinuité des interventions qui nécessite de trouver des moyens pour *rester en contact permanent avec le patient* » ; « enfin, les interventions des professionnels de ville, médecin traitant, infirmière libérale ou kinésithérapeute par exemple, qui ont besoin aussi qu'on mette à leur disposition *les informations concernant le patient* ».

René Drivet observe deux principales orientations sur le terrain. « Soit *le soignant a l'outil entre les mains (type PDA ou PC allégé)*, lui permettant d'accéder au dossier patient, de retranscrire son activité... « Soit, c'est *le domicile qui est équipé. On trouve aujourd'hui deux types de support* : le stylo communicant avec utilisation du réseau de téléphonie mobile pour le transfert des données, ou un PC, souvent équipé d'un scanner. ».

Ces différentes solutions ne sont pas toujours évidentes à mettre en œuvre pour des raisons de coût ou de sécurité des données, mais aussi parcequ'il n'est pas toujours facile de faire utiliser ces supports par les professionnels.

#### **4.7 Des acteurs mobiles**

La question des réseaux se pose bien évidemment. Comme le rappelle Pascal Nibeau, « *aujourd'hui un patient hébergé en structure HAD passe chez son médecin de ville le matin et se rend à l'hôpital public l'après-midi pour y faire des examens complémentaires.* » L'opérateur Orange Healthcare conduit actuellement une expérience sur PDA dédié à une population de diabétiques. « *La phase test va durer 18 mois, un soft embarqué sur un PDA permettra de diffuser et de recevoir de l'information du patient.* »

La mobilité concerne le patient comme le professionnel de santé, notamment dans le secteur de l'aide à la personne ou de la HAD. « *Les médecins à temps partiel ont besoin d'outils adaptés à leur mobilité et à des soins spécifiques, que ce soit en maison de retraite ou dans des établissements médicalisés d'hébergement.* » Martine Labrousse réclame « *des logiciels métiers garants de la sécurité, adaptés à la mobilité, qui proposent des interfaces acceptables* ». Pour les aider, il faut « *encourager l'assistance à maîtrise d'ouvrage, diffuser des cahiers des charges, simplifier les outils existants* », notamment ceux qui sont établis par le Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH). « *Ils proposent trop de choses pour un petit établissement.* » « *Un médecin de ville prévenu par sms de l'entrée et de la sortie d'hôpital d'un patient, c'est déjà une information importante.* »

#### **4.8 Les vertus de la télémédecine**

Olivier Mariotte note l'oubli de la télémédecine dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoire ». Annie Podeur remarque que le mot n'est mentionné qu'une seule fois dans la loi du 13 août 2004 sur l'Assurance Maladie. « *C'est le moyen d'assurer un égal accès à des soins de qualité.* » La Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne évoquait déjà il y a 15 ans, la nécessité d'une tarification

entre les structures expertes et celles qui vont faire appel aux experts. « *On n'a toujours pas de réponse pour le moment* », déplore Martine Labrousse.

La demande est également forte du côté des établissements d'hospitalisation à domicile. « *On compte beaucoup sur la télémédecine ou la visioconférence* », assure René Drivet, « *des technologies pour l'instant très peu utilisées* ».

Du côté des industriels, on assure pourtant que la télémédecine est une technologie qui existe. Pascal Nibeau cite la télésurveillance de maladies chroniques ou le télémonitoring de défibrillateurs ou de pacemaker. « *On peut aujourd'hui recueillir de l'information, ne traiter que les cas critiques et les alarmes, et même déclencher des actions.* »

Le ministère de la Santé en a bien conscience. Annie Podeur estime qu'« *il faut conforter la télémédecine dans le contexte réglementaire comme un moyen de prise en charge de la population en toute sécurité, notamment pour les professionnels de santé qui souhaitent voir clarifier leur responsabilité dans la prescription médicale à distance* ».

L'Europe l'a bien compris. James Goldberg se félicite que la direction générale SANCO de la commission européenne commence à communiquer sur la télémédecine en ayant réussi à réunir l'an dernier, sur ce thème, le bureau américain High Performance Computing and Communication (HPCC) et le ministère fédéral de la Santé (BMG) devant un parterre de 450 professionnels.

En France, la télémédecine se pratique déjà dans certaines spécialités, en cancérologie par exemple, avec la création de staff virtuels. Laurent Treluyer, directeur des systèmes d'informations de l'institut Gustave Roussy, relate une expérience de collaboration interhospitalière dans le domaine des tumeurs rares de la thyroïde. « *Ces spécialistes sont disséminés à travers toute la France. La webconférence est apparue comme le seul moyen de pouvoir les réunir.* » Lancé en janvier 2008, le projet a été opérationnel dès juin sur un financement de l'Institut national du cancer. Aujourd'hui ce projet associe 12 centres. 8 dossiers médicaux ont déjà été traités, sur la base d'un partage d'images et d'expertises. L'avis est rapide. Cette démarche répond aux besoins des spécialistes. Il n'y a pas de problèmes techniques. Les décisions médicales sont prises à la fin de chaque conférence. La troisième conférence aura lieu début octobre.

Ce type d'initiative nous rappelle que l'état n'est pas tout, et qu'il en va de la responsabilité de chacun, du patient comme du professionnel. Laurent Treluyer cite ainsi un éminent professeur : « *Quand j'ai besoin d'envoyer un dossier médical à Madagascar, je l'envoie par email sécurisé.* »

## **5. Petit répertoire des bonnes pratiques**

### **Organiser le débat public**

« *Les grands acteurs et observateurs de la santé doivent se regrouper pour définir et déployer un processus permettant d'impliquer le citoyen dans la gestion de propre santé, dans la gestion des systèmes publics de santé et dans la co définition des politiques publiques de santé* » Jean-François Chantaraud

## **Renforcer la gouvernance des établissements de santé publics et privés**

*« Face à la mondialisation, à la concurrence accrue sur les tarifs et les services, aux résistances du corps social au changement, à la perte de légitimité des dirigeants, chaque organisme doit ajouter une dimension à sa propre gouvernance : organiser la réflexion collective pour impliquer chaque personne dans la recherche et la construction de l'intérêt général, de la cohésion sociale et de la performance à long terme »* Jean-François Chantaraud

## **Le management en entreprise pour améliorer les relations entre acteurs :**

*« Il y a une remotivation des individus dans l'hôpital qui est le partage de savoir dans le respect des intervenants. On pourrait organiser des temps d'écoute dans les hôpitaux au sein des équipes, pratique courante dans le management en entreprise. »* Alain Olympie

## **L'informatique hôtelière pour optimiser la gestion des ressources :**

*« Inspirons-nous des bases de données du secteur hôtelier ou des chambres d'hôtes pour éviter des temps d'attente aux urgences. »* Alain Michel Ceretti

## **Le GIE carte bancaire et son pilotage métiers :**

*« Au niveau des hôpitaux, nous manquons terriblement de maîtrise d'ouvrage, qui suppose de travailler sur des doubles compétences santé-métiers et informatique-réseaux. Dans le monde bancaire, on a accès à ses données personnelles en toute sécurité. Un GIE carte bancaire, c'est de la mutualisation de ressources. La mutualisation recoupe une double compétence bancaire, informatique-télécom. »* Pascal Nibeau

## **Le GIP-CPS et son pilotage stratégique :**

*« La démarche induite sur l'aspect sécurité via le GIP-CPS (carte de professionnel de santé), qui réunit l'ensemble des acteurs, les ordres professionnels, les industriels, les fédérations d'établissements et les pouvoirs publics, nous semble être un bon procédé. »* Pierre Lesteven

## **Le PACS outre-Manche :**

*« Au Royaume-Uni, le programme national d'informatisation du secteur de la santé du NHS « Connecting for Health » a déployé, en 3 ans, avec 5 consortiums, sur tout le territoire national, le système de numérisation des images radiologiques PACS (Picture Archiving and Communications Systems). »* Laurent Treluyer

Ce colloque a été organisé grâce au soutien de :



Et en partenariat avec :



Aromates remercie également Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et Vie associative et Monsieur Gilbert BARBIER, Sénateur du Jura pour leur parrainage et tous les intervenants pour leur participation.



Une Rencontre  
**Aromates**  
01 46 99 10 80  
[www.aromates.fr](http://www.aromates.fr)

 le lien  
entre  
les acteurs de santé  
[www.nile-consulting.eu](http://www.nile-consulting.eu)

