



Etablissements & Réseaux de santé

BILAN, RETOUR D'EXPERIENCE ET CONSEIL (BREC)

RAPPORT DES TROIS CAMPAGNES D'EVALUATION BREC DE L'ANNEE 2008

**« TRANSVERSALITE ET SCHEMA
DIRECTEUR DU SYSTEME D'INFORMATION »**

Version 1.0

Sommaire

1	INTRODUCTION	3
2	PRESENTATION DE LA DEMARCHE.....	4
3	SYNTHESE DES RESULTATS	5
4	CONSTATS GENERAUX ET ANALYSE PRELIMINAIRE	7
4.1	LES POINTS FORTS	7
4.2	LES POINTS FAIBLES	7
5	ANALYSE DES RESULTATS PAR DOMAINE.....	10
5.1	GESTION DU PROJET SYSTEME D'INFORMATION.....	10
5.1.1	<i>Définition</i>	<i>10</i>
5.1.2	<i>Constats et analyse</i>	<i>11</i>
5.1.3	<i>Remarque importante</i>	<i>12</i>
5.1.4	<i>Préconisations</i>	<i>13</i>
5.2	IDENTIFICATION DU PATIENT	15
5.2.1	<i>Constats</i>	<i>16</i>
5.2.2	<i>Préconisations</i>	<i>17</i>
5.3	ANNUAIRES	17
5.3.1	<i>Constats</i>	<i>17</i>
5.3.2	<i>Préconisations</i>	<i>18</i>
5.4	SECURITE DU SYSTEME D'INFORMATION.....	19
5.4.1	<i>Constats</i>	<i>19</i>
5.4.2	<i>Préconisations</i>	<i>20</i>
5.5	NORMALISATION ET IHE	20
5.5.1	<i>Constats</i>	<i>20</i>
5.5.2	<i>Préconisations</i>	<i>21</i>
5.6	SYSTEME D'INFORMATION DE PRODUCTION DES SOINS.....	21
5.6.1	<i>Constats</i>	<i>22</i>
5.6.2	<i>Préconisations</i>	<i>23</i>
5.7	PILOTAGE	24
5.7.1	<i>Constats</i>	<i>24</i>
5.7.2	<i>Préconisations</i>	<i>25</i>
6	RETOUR D'EXPERIENCES REUSSIES : UN DEPLOIEMENT EFFICACE	26
6.1	METTRE EN AVANT LA « CONVIVIALITE » DU LOGICIEL.....	26
6.2	TIRER PARTI DE LA MOTIVATION DU PHARMACIEN	26
6.3	PREPARER SOIGNEUSEMENT LES ASPECTS TECHNIQUES DU DEPLOIEMENT	27
6.4	SE METTRE A L'ECOUTE DES NOUVEAUX BESOINS	27
6.5	RESPECTER LE BESOIN D'AUTONOMIE ET DE CONFIANCE.....	27
6.6	FAIRE PARTICIPER LES MEDECINS AU CHOIX	27
6.7	FAIRE ADOPTER LE PRODUIT PAR DES SOIGNANTS	28
6.8	ORGANISER EN INTERNE DES FORMATIONS ADAPTEES A CHAQUE PROFIL.....	28
	ANNEXE A. DEROULEMENT DE LA CAMPAGNE ET PERCEPTION DES ETABLISSEMENTS	29
	ANNEXE B. REFERENTIEL D'EVALUATION DE LA CAMPAGNE.....	31
	ANNEXE C. MODELE DE CONTRAT D'EVALUATION BREC	32

1 Introduction

Ce document présente les résultats des trois campagnes d'évaluation BREC de l'année 2008.

Rappelons que le BREC (Bilan, Retour d'Expérience et Conseil) répond à deux objectifs, l'un à destination de l'établissement qui demande un bilan-conseil, l'autre, à portée beaucoup plus générale, le retour d'expérience.

Le premier objectif est de permettre aux établissements de santé en ayant fait la demande de faire le point sur leur situation par rapport à un thème lié au système d'information et de bénéficier d'un regard extérieur et de conseils personnalisés. Au cours d'une « campagne d'évaluation BREC » qui dure plusieurs mois, le GMSIH visite plusieurs établissements, examine leur situation et apporte des préconisations spécifiquement adaptées à leur situation. Les premiers bénéficiaires du BREC sont donc les établissements de santé ayant participé à une campagne d'évaluation. Le thème de la campagne d'évaluation s'appuie sur une ou plusieurs études du GMSIH.

Le deuxième objectif du BREC est le retour d'expérience. C'est précisément l'objectif du présent document que d'apporter un retour d'expérience, que nous espérons utile à la fois aux établissements de santé, aux organismes de tutelle, et aux industriels. Ce retour d'expérience présente des préconisations générales issues de l'analyse des constats faits dans les divers établissements visités. Comme pour les précédentes campagnes, ce rapport est public et anonyme, les établissements visités n'étant pas identifiables.

Compte tenu du succès des deux premières campagnes d'évaluation BREC, qui ont eu lieu en 2007, le thème des trois campagnes de 2008 est resté le même : *la prise en compte des besoins de transversalité du système d'information dans l'élaboration du projet de système d'information ou du schéma directeur*. Cependant, le référentiel d'évaluation BREC (détaillé en annexe) a été amélioré pour tenir compte à la fois des remarques des établissements visités et de l'évolution des études du GMSIH. Le référentiel est constitué de quarante-neuf critères d'évaluation, regroupés en sept familles.

La première campagne nous avait permis de tester le concept BREC. La deuxième nous a permis de tester la mise en œuvre d'évaluations en plus grand nombre, avec des intervenants (GMSIH et consultants) plus nombreux. Les campagnes 3, 4 et 5 ont permis de déployer le BREC à grande échelle, avec efficacité, et surtout, d'apporter des données chiffrées pour le retour d'expérience.

Guide de lecture de ce document

Le présent document est organisé en six chapitres. Le chapitre 2 présente brièvement la démarche (le lecteur pourra se référer aux annexes pour une description plus détaillée)

Le chapitre 3 présente une synthèse des résultats les plus saillants de notre campagne.

Le chapitre 4 présente, sur une page, des constats généraux et une analyse préliminaire.

On trouvera au chapitre 5 les résultats détaillés par famille de critères d'évaluation, suivis de préconisations.

Le chapitre 6 donne des recommandations générales, basées sur le retour d'expérience d'établissements de santé qui ont réussi le déploiement de leur logiciel de production de soins.

Enfin, les annexes donnent des précisions sur le déroulement de la campagne et des détails sur le référentiel d'évaluation.

2 Présentation de la démarche

Le GMSIH a mené une campagne d'évaluations BREC (Bilan, Retour d'Expérience et Conseil) sur le thème du schéma directeur du système d'information et de sa contribution à la transversalité des processus. Ce thème a été détaillé sous forme de référentiel d'évaluation et formalisé par écrit. Le référentiel d'évaluation comporte quarante neuf critères d'évaluation regroupés en sept familles de critères.

Les évaluations ont eu lieu du 15 janvier au 31 octobre 2008. Les évaluateurs du GMSIH sont intervenus dans vingt et un établissements de santé. Chaque évaluation a donné lieu à une restitution orale à la direction de l'établissement, ainsi qu'à un rapport écrit d'une dizaine de pages, remis confidentiellement au directeur de l'établissement et au directeur des systèmes d'information ou au directeur informatique.

Chaque évaluation s'est déroulée selon un contrat d'évaluation, signé conjointement par le GMSIH et par l'établissement demandeur. Chacune s'est appuyée sur un plan d'évaluation élaboré par le GMSIH et complété par l'établissement demandeur, suivant des procédures d'évaluation BREC formalisées par le GMSIH et mises à la disposition de tout établissement qui en a fait la demande.

Sur le plan technique et méthodologique, le déroulement de chaque évaluation a été analogue à celui d'un audit, avec une réunion d'ouverture, des interviews des acteurs clés, une analyse de documents, la visite d'un service (si nécessaire) et une réunion de clôture.

Lors de chaque évaluation, les évaluateurs ont déterminé le degré de satisfaction de chacun des quarante neuf critères d'évaluation, et l'ont noté dans un tableau prévu à cet effet, avec les codes N, P ou S.

N	Non satisfait
P	Partiellement satisfait, explicitement Prévu, ou en Projet
S	Satisfait

Notons que le degré de satisfaction des critères (N, P ou S) n'apparaît pas dans les rapports d'évaluation communiqués aux établissements.

L'analyse s'est faite sur vingt établissements parmi les 21 ayant participé aux campagnes 2008. Un établissement, étant dans une situation atypique, n'a pas été pris en compte.

Les résultats de ces vingt évaluations de l'année 2008 ont été repris dans un tableau de synthèse.

Les établissements de santé retenus pour une évaluation BREC en 2008 l'ont été sur la base du volontariat. L'échantillon de vingt établissements de santé n'est donc probablement pas représentatif.

Le graphique suivant donne les résultats globaux sur les 49 critères d'évaluation.



N Non satisfait
P Partiellement satisfait, explicitement Prévu, ou en Projet
S Satisfait

4 Constats généraux et analyse préliminaire

Des divers constats faits dans les établissements de santé eu égard aux critères d'évaluation, on peut tirer un certain nombre de constats généraux, liés au thème de la campagne, *transversalité et schéma directeur*. L'analyse de ces constats généraux permet d'établir un diagnostic d'ensemble, que nous décrivons dans les paragraphes suivants.

Contrairement aux constats par familles de critères (chapitre 5), les constats généraux correspondent plus souvent à des *perceptions* sur le terrain qu'à des *mesures* formelles à base de preuves.

4.1 Les points forts

La motivation pour moderniser le SIH est très présente

Les échanges avec l'ensemble des personnes rencontrées ont montré que, dans de nombreux établissements, l'ensemble des acteurs est convaincu de l'intérêt d'informatiser les processus, aussi bien de soins que de pilotage. Certains d'entre eux peuvent être éléments moteurs pour faire évoluer le SIH. Les établissements commencent à acquérir une certaine maturité dans la prise en compte du système d'information, ce qui leur permet d'envisager l'évolution de leur SIH avec confiance.

Les chefs d'établissement prennent conscience de l'importance de la sécurité du SI

Bien qu'ils ne soient pas proactifs pour sécuriser le système d'information et qu'ils n'aient pas encore pris la mesure des investissements et des actions à mettre en œuvre, les chefs d'établissement sont très sensibilisés à la question de la sécurité du système d'information.

Dans la plupart des établissements, le socle du système d'information est opérationnel

Dans une majorité d'établissements visités, le socle du système d'information administratif (gestion administrative du patient, gestion économique et financière, ...) est opérationnel. Ce socle constitue un préalable essentiel au déploiement du dossier patient informatisé.

Une bonne préparation pour le dossier patient

Un important travail de structuration du dossier patient papier a abouti récemment à un dossier unique pour tous les services, avec un lieu de stockage également unique. L'aboutissement de ce projet facilite l'informatisation de la production de soins à l'échelle de l'établissement.

Pharmacien(ne) et qualicien(ne) jouent un rôle important dans l'évolution du système d'information

Dans la plupart des établissements que nous avons visités, ni le DSIO, ni le RSI ne maîtrisent l'approche par processus. C'est souvent la cellule qualité qui va modéliser les processus et donc contribuer à la maîtrise du système d'information. Les pharmaciens sont également souvent moteurs, notamment, par l'informatisation du circuit du médicament mais également pour tout ce qui s'y rattache.

4.2 Les points faibles

On constate souvent une faiblesse de gouvernance du SI

Très souvent, la gouvernance du système d'information n'est pas clairement définie : l'absence de structuration de la Maîtrise d'Ouvrage (MOA, c'est-à-dire les représentants des utilisateurs) et d'une cellule de pilotage du SIH empêche les établissements de piloter l'évolution de leur système d'information de manière efficace.

Pour mémoire, la maîtrise d'ouvrage identifie et analyse les besoins, assure la recette fonctionnelle des outils, participe à la conduite du changement et propose des évolutions. La maîtrise d'œuvre pilote le projet SIH, fournit des solutions et garantit leur bon fonctionnement.

Les rôles et frontières entre acteurs (maîtrise d'ouvrage, maîtrise d'œuvre) sont rarement définis de façon

claire dans les établissements de santé.

Les projets sont peu structurés et les phases amont souvent négligées

Les phases amont des projets sont souvent insuffisamment travaillées. C'est en particulier le cas de l'étude d'opportunité, du cadrage du projet, du recueil des besoins, des estimations du temps et des ressources.

Il en est de même des phases non techniques des projets : étude des changements d'organisation, étude des évolutions des processus. Cela a des conséquences sur la motivation des utilisateurs, un ralentissement de la transition (d'un dossier patient papier vers un dossier patient informatisé, par exemple), voire un rejet des nouvelles applications.

Le manque d'anticipation des changements sur les organisations et les hommes peut provoquer la non appropriation et engendrer l'insatisfaction croissante des utilisateurs. Une préparation en amont est d'autant plus importante qu'elle favorise le partage et la pérennité des bonnes pratiques, notamment en matière de gestion de projet SIH

L'absence de formalisme empêche une vision partagée

Etablir des documents formels a un double intérêt. Dans le résultat, bien sûr. Un document partagé est le seul moyen sûr de partager des informations de manière fiable. Mais surtout, l'action même d'élaborer et de formaliser un document en commun permet d'obtenir un consensus avant de formaliser. Or, cette élaboration commune se fait rarement dans les établissements.

C'est en particulier le cas avec le schéma directeur. L'absence de schéma directeur des systèmes d'information, ou un schéma directeur insuffisant, ne permet pas une vision partagée par tous de la stratégie SIH. Les définitions minimales d'un SI cible, d'un cadre général d'urbanisation, de principes assurant une cohérence d'ensemble, de scénarii d'évolution, permettraient d'harmoniser les efforts pour atteindre un but commun et éviteraient les demandes individuelles « hors cadre ».

Sur les documents plus opérationnels (cahiers des charges), cette absence de formalisation entraîne un manque de précision sur les objectifs et l'organisation des projets, une dérive potentielle au cours des projets, un risque d'incompréhension entre les différents acteurs, et un suivi difficile de la contractualisation.

On constate une absence de documents généraux

Conséquence de la faiblesse de la gouvernance du SI, de la sous-estimation des phases amont et de l'absence de formalisation : on constate souvent une absence de documents généraux, à portée stratégique, fréquemment appelés « politiques », en particulier la politique de sécurité du système d'information et la politique d'identification du patient.

Très souvent, la notion même de projet informatique n'existe pas

Très peu d'établissements gèrent les projets informatiques en « mode projet », selon une méthodologie formalisée (objectifs, plannings, livrables, coûts, etc.), en respectant les règles de l'art de la gestion de projet informatique. Ceux qui le font ont indubitablement un avantage sur les autres établissements. On perçoit en effet une corrélation entre la qualité de la conduite de projet et la réussite dans les autres familles de critères.

Au sein des maîtrises d'ouvrages la « culture projet » est très souvent absente. Les concepts de gestion par les coûts, les délais, la qualité, les ressources et les risques ne sont pas connus des acteurs.

La vision de l'évolution du SI est encore très technique

On constate assez souvent que la couverture fonctionnelle d'un secteur essentiel, celui de la production de soins, n'est aujourd'hui pas totale, et que le sujet « système d'information » est plus poussé par le service informatique que tiré par les utilisateurs (dont médecins, soignants, secrétaires). De ce fait, les évolutions du SI de production de soins semblent souvent subies plutôt qu'anticipées.

La phase de déploiement des logiciels est très largement sous-estimée

Dans la grande majorité des établissements visités, des efforts restent à faire en matière d'intégration et de déploiement des logiciels.

En particulier, les établissements ne disposent pas d'une méthode de déploiement, d'une feuille de route globale avec un ordonnancement des étapes.

De ce fait, on a vu des établissements importants mettre en œuvre des projets de déploiement de dossier patient dans des dizaines de services avec fort peu de moyens.

5 Analyse des résultats par domaine

Ce chapitre présente une analyse détaillée des situations observées pour chacune des sept familles de critères du référentiel d'évaluation. Cette analyse est présentée selon deux axes : les constats les plus importants et les plus fréquents sous forme de point faible et point fort, puis les préconisations du GMSIH appuyées, lorsqu'elles existent par les cas exemplaires qui ont été observés.

Rappelons que l'analyse s'est faite sur vingt établissements parmi les vingt-et-un ayant participé aux campagnes 2008, un établissement, étant dans une situation atypique, n'étant pas pris en compte.

Les sept domaines (familles de critères) sont :

GPSI Gestion du projet système d'information

IDPA Identification du patient

ANNU Annuaire, répertoires et référentiels

SECU Sécurité du système d'information

STIN Standardisation de l'interopérabilité

SIPS Système d'information de production de soins

PILT Pilotage de l'établissement et tableaux de bord

5.1 *Gestion du projet système d'information*

5.1.1 Définition

La gestion du projet de système d'information est la première famille de critères.

Elle comporte les neuf critères suivants :

- GPSI-01 Le SI est stratégique pour l'établissement
- GPSI-02 Il y a un projet d'alignement du SIH sur la stratégie
- GPSI-03 L'établissement a élaboré un SDSI complet et transverse
- GPSI-04 Les flux et les processus sont cartographiés
- GPSI-05 L'établissement applique une démarche de conduite de projet
- GPSI-06 Les projets métier s'intègrent au projet SI existant
- GPSI-07 Le changement est conduit à l'échelle de l'établissement
- GPSI-08 Chaque acteur a un rôle et des objectifs définis
- GPSI-09 L'établissement prévoit et mesure les coûts et les bénéfices

Cette famille de critères est fondamentale, dans le sens où la satisfaction de ces critères est déterminante pour la réussite du projet dans son ensemble, et par conséquent conditionne, dans une certaine mesure, la satisfaction des critères des autres familles.

5.1.2 Constats et analyse

Un système d'information rarement maîtrisé

Parmi les neuf critères d'évaluation de la gestion du projet système d'information dans son ensemble, quatre d'entre eux semblent fondamentaux pour la qualité et l'efficacité du système d'information : le fait que le système d'information soit considéré comme stratégique pour l'ensemble des acteurs clés (et en premier lieu, le chef d'établissement), la présence d'un schéma directeur complet et transverse élaboré par l'établissement lui-même (éventuellement avec l'aide d'un consultant), l'existence et la mise en œuvre d'une démarche de conduite de projet, et la responsabilité des acteurs, qui doivent avoir chacun un rôle et des objectifs définis.

Ces quatre critères étaient simultanément satisfaits (partiellement ou totalement) dans seulement quatre établissements sur les vingt visités. **En d'autres termes, seul un établissement sur cinq maîtrise, dans une certaine mesure, son système d'information.** Aucun des établissements visités ne satisfait pleinement et simultanément ces quatre critères.

Le SI est stratégique pour l'établissement	10	8	2	S	S	S	S	P	N	P	S	P	N	P	P	S	P	P	S	S	S	P	S
L'établissement a élaboré un SDSI complet et transverse	3	8	9	P	N	P	P	N	N	P	N	S	N	P	P	N	P	S	N	P	N	S	P
L'établissement applique une démarche de conduite de	4	8	8	S	P	P	P	P	N	N	S	P	N	N	N	P	N	S	S	P	N	N	P
Chaque acteur a un rôle et des objectifs définis	0	8	12	N	P	P	N	N	N	N	N	P	N	P	N	N	N	P	P	P	N	N	P

Dans la moitié des établissements visités, le système d'information est considéré comme stratégique, du moins en partie. Or, la vision stratégique est un des quatre piliers de la maîtrise du système d'information.

A peine plus de la moitié des établissements visités (11/20) disposent d'un schéma directeur, même imparfait ou incomplet. Or, sans schéma directeur, l'établissement n'a pas de plan d'ensemble de l'existant, des besoins, et des actions à mener pour satisfaire ces besoins, et ne peut donc pas maîtriser globalement le système d'information. Tout au plus est il possible, dans un tel cas, de gérer des projets indépendamment les uns des autres.

De la même façon, à peine plus de la moitié des établissements visités (12/20) savent gérer des projets¹. Même avec une vision stratégique et un schéma directeur complet et transverse, une gestion de projets défaillante aura des conséquences néfastes sur le coût, les délais et la qualité des différents éléments du système d'information.

Enfin, aucun établissement n'avaient précisément déterminé le rôle et les objectifs des différents acteurs, et dans la majorité des cas, rôles et objectifs n'étaient pas du tout définis.

Le management du système d'information préoccupe les directions, mais est faiblement outillé

Nous avons examiné l'alignement du SIH sur la stratégie de l'établissement (critère GPSI-02). Pour une meilleure efficacité, il est en effet nécessaire de mettre en relation stratégie de l'établissement et système d'information. En d'autres termes, le système d'information doit être conçu à partir des objectifs stratégiques internes formulés dans le projet d'établissement, et doit s'inscrire dans une stratégie régionale, pour favoriser la continuité des soins et optimiser la prise en charge des patients.

Dans la majorité des établissements, ce critère d'alignement est satisfait, au moins partiellement. Mais il n'est totalement satisfait que dans un établissement sur quatre.

Comme nous l'avons constaté dans le premier rapport de campagne, il manque une « courroie de transmission » entre la stratégie de l'établissement et les choix purement techniques. C'est cette vision « tactique » du système d'information qui permet l'alignement stratégique.

On constate que les outils méthodologiques qui favorisent cet alignement sont peu utilisés. Seuls deux établissements disposent d'une cartographie des flux ou des processus complète, et trois établissements

¹ Par « gestion de projet » on entend la gestion des coûts, des délais, de la qualité, des ressources et des risques, aux différentes étapes. Les éléments probants d'une démarche de gestion de projet sont les documents de projet, en particulier les fiches projet, les plannings, ainsi que les cahiers des charges.

seulement font une étude d'intégrabilité des nouvelles applications dans le SI existant.

Il s'agit là d'outils pratiques, utilisables au niveau tactique. Tant que ces outils ne seront pas maîtrisés au quotidien, la communication entre les décideurs et les techniciens demeurera difficile.

La conduite du changement est rarement traitée comme une priorité

Cela va sans dire, le système d'information ne peut être l'affaire des seuls informaticiens. D'ailleurs, certains aspects de la gestion du projet système d'information relèvent de compétences très différentes de celle des informaticiens.

Deux critères nous ont permis de mesurer ces aspects : ils concernent la conduite du changement à l'échelle de l'établissement (critère GPSI-07) et la prévision et la mesure des coûts et des bénéfices (critère GPSI-09).

Un seul établissement pratique la conduite du changement à l'échelle de l'établissement. Dans la majorité des établissements (12/20) des actions ponctuelles ou locales sont menées : organisation de la formation dans le cadre d'un projet donné, accompagnement des utilisateurs, formation d'utilisateurs référents, ... alors que dans sept établissements sur vingt, il n'y a pas de conduite du changement à l'échelle de l'établissement.

Ainsi, nous avons vu des établissements où les infirmières étaient convoquées à une formation moins d'une semaine avant son démarrage. Dans un autre établissement, l'informatisation de la prescription s'est effectuée dans un service « pilote » sans concertation avec le chef de service, et sans réflexion sur le choix du service à informatiser en priorité.

Les coûts sont parfois prévus et mesurés, mais non les bénéfices

Nous avons examiné la prévision des coûts et des bénéfices apportés par la mise en œuvre d'un logiciel ou d'une technologie, au niveau de l'établissement.

Par « bénéfices » on n'entend pas uniquement les bénéfices financiers (économies, productivité) mais aussi les bénéfices en termes de sécurité du patient, de facilité d'utilisation, ou de facilité de communication entre professionnels de santé.

Aucun établissement, parmi ceux visités, ne répond totalement à ce critère. Quelques établissements mesurent ou prévoient les coûts (formalisés, par exemple, dans les fiches projets) en termes de matériels, de logiciels ou de services. Plus rarement en termes de temps passé par les professionnels de santé dans le cadre d'un projet. Les bénéfices ne sont jamais estimés ou mesurés. Un établissement, sur les vingt visités, a envisagé la mise en place d'une méthode d'analyse de la valeur, mais ne l'a pas encore mise en œuvre.

5.1.3 Remarque importante

Suite à ces constats, la tentation est grande de jeter la pierre à l'un ou l'autre des acteurs. Outre le fait que nous nous sommes toujours abstenus, lors des évaluations, de porter un quelconque jugement sur les personnes, la situation est plus complexe qu'il n'y paraît. Il n'est donc souvent pas possible de faire porter la responsabilité de ces constats à un unique acteur.

Par exemple, pour reprendre le critère de la vision stratégique du système d'information, c'est au directeur de l'établissement de dire ce qu'il attend du système d'information, d'exprimer clairement les exigences globales. Mais c'est au DSIO de lui présenter un état des lieux de l'existant ou les avantages offertes par la mise en œuvre de telle ou telle technologie. C'est au président de la CME et au directeur des soins de se faire les porte-paroles des médecins et des soignants, mais c'est au DSIO de se mettre à l'écoute des besoins.

5.1.4 Préconisations

Les préconisations générales du GMSIH sont les suivantes :

Faire un schéma directeur complet, accessible et lisible par tous

Afin de partager entre tous les acteurs une même vision claire du SI cible, il est indispensable d'élaborer un schéma directeur complet et aligné sur le projet d'établissement. Il sera organisé en quatre parties :

- Analyse de l'existant : recenser l'existant pour formaliser une vision d'ensemble du SIH ;
- Définition des besoins, alignement sur la politique de l'établissement : collecter formellement les besoins des différentes spécialités, formaliser les exigences, réaliser et formaliser une cartographie des flux cibles et processus cibles ;
- Conception de scénarios d'évolution : élaborer des scénarios qui permettront à l'établissement de mesurer qualitativement et quantitativement les avantages / inconvénients / risques d'évolution autour du SIH ;
- Plan d'actions chiffré : définir et prioriser les projets, élaborer un calendrier global de mise en œuvre, prévoir les ressources associées.

Il n'est pas nécessaire que ces quatre parties soient très développées. Pour chacune d'elles, quelques pages peuvent suffire. En revanche, il est indispensable que ces quatre parties soient formalisées dans un document de référence, communiqué aux personnes responsables (Directeur Général, DSIO, responsable informatique, DIM, président de CME, directeur des soins infirmiers, etc.) et partagé par l'ensemble du personnel.

Il faudra donc : publier le schéma directeur, communiquer sur le schéma directeur et, à chacune de ces étapes, faire participer l'ensemble des acteurs.

Le schéma directeur ne doit pas être un document technique. Il doit être lisible et compréhensible par tous : un médecin, un cadre de santé, et un cadre administratif.

Tout jargon technique doit être évité. Les termes techniques indispensables à la cohésion du document seront expliqués de manière synthétique, en utilisant un vocabulaire simple.

Les détails techniques seront renvoyés à des annexes.

Cette recommandation sera d'autant plus facile à mettre en œuvre que le schéma directeur sera élaboré de manière participative.

Faire participer les utilisateurs dans l'ordre de leur motivation

Afin d'assurer une bonne publicité du déploiement de l'application et de laisser le temps de l'adaptation aux utilisateurs sceptiques, lorsqu'une nouvelle application doit être déployée, les utilisateurs « moteurs » devront être servis les premiers.

Il est impossible de satisfaire tous les désirs de tous les utilisateurs. On donnera un délai de grâce aux utilisateurs « réticents ». On devra leur laisser un peu le choix sur les dates et les modalités de mise en œuvre (installation, formation, utilisation en service régulier), mais pas au point de perturber le planning global de déploiement.

Il est important de cartographier les processus et les flux, même partiellement

La formalisation d'une vision d'ensemble du SI sous la forme d'une cartographie applicative simple et claire est un outil de communication devenu aujourd'hui incontournable. Pré-requis aux grands projets transversaux (mise en œuvre du dossier patient, circuit du médicament, etc.), la cartographie des flux est la

représentation des processus et des flux d'information réellement échangés entre les acteurs. Elle permet de décrire l'architecture métier.

Cette étape est importante car elle est la base à partir de laquelle seront évalués les impacts des axes stratégiques et des objectifs de l'établissement de santé formalisés lors de la démarche d'alignement stratégique. Elle facilite également la mise en œuvre des nouveaux logiciels en pointant les forces et les lacunes des organisations en place.

A défaut de pouvoir élaborer un document complet, établir un document simple et utile

Si le temps, les compétences ou les ressources manquent pour élaborer un document complet, on rédigera, dans toute la mesure du possible, un document simplifié.

Cette recommandation s'applique particulièrement à des activités consommatrices de ressources, comme la cartographie des flux inter-applicatifs et la cartographie des processus. Lorsque cette cartographie ne peut être élaborée globalement, on l'établira partiellement dans le contexte où elle se révélera indispensable (par exemple, l'informatisation de la pharmacie).

Utiliser des documents-types

Afin d'optimiser la charge de travail, on utilisera des documents-types, en fonction de leur disponibilité. C'est en particulier le cas pour les cahiers des charges.

Adopter une démarche de projet

Afin de mener à bien ses projets, l'établissement doit instaurer une véritable culture projet, pour cela il doit s'appuyer sur ses ressources mais également sur des méthodes.

Nous recommandons de formaliser une démarche de conduite des projets informatiques. Chaque projet aura des objectifs identifiés, des acteurs identifiés de type maîtrise d'ouvrage (métiers) et maîtrise d'œuvre (service informatique et fournisseurs).

Pour mémoire, la maîtrise d'ouvrage identifie et analyse les besoins, assure la recette fonctionnelle des outils, participe à la conduite du changement et propose des évolutions. La maîtrise d'œuvre pilote le projet SIH, fournit des solutions et garantit leur bon fonctionnement. Chaque projet pourra faire l'objet d'une étude d'opportunité et de faisabilité.

Nous préconisons également de formaliser par anticipation le plan projet de déploiement, dont les actions principales sont les suivantes :

- Définir le phasage et la méthode de déploiement (déploiement progressif ou « big bang »)
- Définir un calendrier de mise en œuvre (en concertation avec les futurs utilisateurs)
- Suivre l'avancement des projets par les acteurs identifiés (référents métiers notamment).

Mener la conduite du changement

La mise en œuvre d'un projet de système d'information nécessite :

- d'anticiper les changements organisationnels ;
- de faire la liste des changements d'organisation (identifier les changements que la mise en place de l'outil va impliquer dans la pratique des professionnels) ;
- de tester sur des services cliniques pilotes (choisis pour leur motivation vis à vis du projet, leur complexité organisationnelle ou leur réticence vis à vis de l'innovation, leur représentativité) ;

5.2.1 Constats

Dans la majorité des cas, tout patient a un identifiant unique

Dans la majorité des établissements visités, un identifiant unique permet de gérer l'identité du patient de manière transversale.

Bien entendu, ce critère est plus ou moins facilement satisfait, en fonction de l'architecture en place. Cette architecture dépend elle-même de la typologie de l'établissement, de l'historique de son informatisation, et des choix récents. Ainsi, un établissement mono-spécialité qui s'est doté d'un progiciel de gestion intégré a plus de chances d'avoir un identifiant unique qu'un établissement multi-spécialité disposant d'applicatifs métiers différents. Dans ce deuxième cas, un travail à la fois technique et organisationnel doit être entrepris pour permettre la gestion fiable de l'identification permanente du patient dans l'établissement.

La satisfaction de ce critère a donc été examinée *per se* mais, dans la pratique, elle est très liée à l'architecture informatique et à l'organisation. En tout état de cause, elle constitue un indicateur de la qualité de la gestion des identités, et sur ce point, le constat est positif.

Dans la pratique quotidienne, la gestion de l'identité est plutôt satisfaisante

Dans la grande majorité des cas (18 cas sur vingt), le critère de la « gestion de l'identité au quotidien » est satisfait (partiellement dans 9 cas et totalement dans 9 cas). En d'autres termes le bureau des entrées, le médecin DIM, le personnel administratif et soignant œuvrent pour gérer l'identification du patient, souvent avec efficacité, mais pas toujours de manière systématique.

La gestion de l'identité est peu systématique

En l'absence d'une cellule d'identito-vigilance active (CIV), la gestion des identités, la correction des doublons, l'information et la formation autour de l'identito-vigilance s'appuient sur la bonne volonté des acteurs.

Ainsi, on a vu un établissement où la gestion de l'identifiant était efficace, mais reposait sur des procédures écrites et diffusées par la responsable du bureau des entrées. Ces procédures étaient conformes aux recommandations du GMSIH, et étaient appliquées, dans une large mesure, par les acteurs concernés. Dans un tel cas, l'identito-vigilance en tant que pratique quotidienne est assurée (et c'est là, bien entendu, un point positif) mais non pérenne, car dépendant de la bonne volonté d'une seule personne, qui a pris cette responsabilité sous son initiative.

Dans de nombreux établissements, on a vu une cellule d'identito-vigilance (CIV) en cours de constitution, ou prévue, ou au contraire une cellule qui avait été active par le passé, mais qui ne se réunit plus ou n'agit plus.

Au final, le critère « cellule d'identito-vigilance active et pérenne » n'est totalement satisfait que dans un établissement sur quatre.

La gestion de l'identité est rarement formalisée

Un moyen de pérenniser l'identito-vigilance consiste à mettre en place une autorité supérieure à la CIV, à savoir l'AGI, l'autorité de gestion de l'identification. Celle-ci est chargée d'élaborer une politique d'identification, formalisée dans une charte, et de la faire appliquer.

Une autorité de gestion de l'identification (AGI) n'était présente que dans six établissements sur vingt. Le critère était totalement satisfait dans trois établissements.

Moins de la moitié des établissements visités avaient une politique d'identification, et un seul disposait d'une charte d'identification complète et maintenue à jour.

Par ailleurs, dans beaucoup de cas, la politique d'identification n'est pas maintenue à jour.

D'une manière générale, si les établissements voient l'intérêt d'une cellule d'identito-vigilance, peu d'entre eux mettent les moyens nécessaires pour élaborer une politique d'identification, matérialisée par une charte.

Comme nous l'avons rappelé, une AGI a pour vocation d'élaborer et de maintenir une politique. Son intérêt n'est perceptible qu'à long terme.

5.2.2 Préconisations

La première tâche consiste, si cela n'est pas encore le cas, à **mettre en place une AGI** (Autorité de Gestion de l'Identification) et de la maintenir active. Il est impossible ici de donner une règle générale applicable à tous les établissements, mais on peut constater qu'une AGI « vivante » se réunit plusieurs fois dans l'année.

L'AGI mettra en place, et maintiendra, la **politique d'identification du patient**. Les études du GMSIH détaillent la démarche et donnent des exemples de documents de politique d'identification.

L'identification du patient étant l'affaire de tous, un point important consiste à établir un **plan de communication** sur l'identification du patient.

Souvent, il faudra envisager la mise en œuvre d'un **plan de formation** sur l'identito-vigilance, tenant compte du turnover des personnes en charge de cette fonction et de l'érosion des savoirs dans le temps.

L'interopérabilité des systèmes d'information, l'ouverture sur l'extérieur, la possibilité pour le patient d'accéder à son dossier sont autant de facteurs nécessitant une identité du patient fiable et une gestion de l'identification de qualité.

5.3 Annuaire

Les cibles sur les annuaires sont les suivants :

ANNU-01 Le projet d'annuaire est considéré comme stratégique

ANNU-02 Les préalables au projet annuaire ont été réalisés

ANNU-03 Les cibles concernant l'annuaire d'établissement sont définies

ANNU-04 Le projet d'annuaire est planifié ou mis en œuvre

ANNU-05 Il existe un sous-projet d'annuaire du personnel

ANNU-06 Il existe un sous-projet d'annuaire des structures

ANNU-07 Il existe un sous-projet d'annuaire des nomenclatures

5.3.1 Constats

Un projet rarement considéré comme stratégique

L'annuaire d'établissement (ou méta-annuaire) est un élément éminemment transversal de l'infrastructure du système d'information : dans un grand centre hospitalier, plusieurs dizaines d'applications peuvent y accéder. Cet élément est à la base de la sécurité informatique, en gérant les droits d'accès des professionnels de santé aux différentes applications.

Le projet annuaire n'est véritablement considéré comme stratégique que dans trois établissements, sur les vingt visités. Ce résultat n'a rien d'étonnant car, d'une part, un annuaire est un élément technique du système d'information, et que d'autre part, c'est un élément « enfoui » : les utilisateurs accèdent à cet élément d'infrastructure, non pas directement, mais au travers d'autres applications. L'annuaire étant une brique cachée du SI, les utilisateurs ont peu conscience de son caractère stratégique.

Les trois établissements où le projet « annuaire d'établissement » est considéré comme stratégique peuvent donc être considérés comme exemplaires dans leur manière d'aborder le système d'information.

5.4.2 Préconisations

La sécurité du SI ne doit pas être vue sous un angle exclusivement technique

La sécurité ne peut être restreinte aux seuls aspects techniques, donc piloté par la DSI.

Des campagnes de sensibilisation et de formation doivent avoir lieu de façon récurrente, Une information doit être faite vers les nouveaux arrivants, les personnes en formation, les intérimaires.

La disponibilité est un facteur important de la sécurité. Élaborer un plan de continuité est un élément contraignant (car c'est un point difficile qui demande des choix, compte tenu des coûts potentiellement élevés de ce plan), ce qui implique un engagement fort de la direction générale.

La sécurité du SI doit être gérée comme un projet

Il est nécessaire de définir un vrai projet de sécurité du SI, c'est-à-dire :

- Élaborer une politique de sécurité ;
- Attribuer formellement les rôles, en commençant par nommer un responsable de la sécurité du système d'information (RSSI) ; le poste RSSI doit être identifié, une personne désignée (pas nécessairement à plein temps selon la taille de l'ES) idéalement avec un niveau de rattachement DG (et non DSIO) ;
- Élaborer un plan de continuité.
- Avoir un plan d'actions pluriannuel décliné en projets (de réalisation)

5.5 Normalisation et IHE

Cette famille de critères concerne la prise en compte, par l'établissement, des normes d'interopérabilité, et de l'initiative IHE, tant au niveau des exigences d'interopérabilité (cahiers des charges) que de la prise en compte de l'interopérabilité au niveau de l'établissement.

Rappelons qu'IHE n'est pas une norme, mais une organisation qui facilite le déploiement de solutions interopérables en santé, en s'appuyant sur des normes et standards internationaux.

- | | |
|---------|---|
| STIN-01 | Le SIH est ouvert vers les infrastructures régionales |
| STIN-02 | L'établissement exige l'interopérabilité des logiciels |
| STIN-03 | L'introduction progressive d'IHE est planifiée ou effective |
| STIN-04 | IHE est un critère de choix des logiciels |
| STIN-05 | Les exigences de normalisation de l'interopérabilité sont exprimées |
| STIN-06 | Les interfaces respectent les normes |

5.5.1 Constats

La normalisation n'est pas toujours formellement exigée, mais elle a lieu dans les faits

La normalisation n'est une exigence (explicitée, par exemple, dans un cahier des charges) que pour un établissement sur deux, et ce critère n'est totalement satisfait que dans un cas sur quatre.

Cependant, dans seize cas sur vingt, le critère « les interfaces respectent les normes » est satisfait, mais il n'est totalement satisfait que dans trois établissements. Pour une grande partie des établissements visités, la normalisation a donc lieu dans les faits.

En d'autres termes, la normalisation résulte plus souvent de l'initiative des industriels (les éditeurs de logiciel) que des exigences des établissements.

La comparaison avec les projets architecturaux peut se révéler intéressante. Ainsi, certains directeurs d'hôpitaux ou médecins nous ont fait visiter un nouveau bâtiment ou un hôpital en construction, mais se sont abstenus de nous montrer l'équivalent en système d'information, par exemple un dossier patient ou un logiciel de prescription en cours de déploiement.

5.6.2 Préconisations

Négociier avec l'éditeur

Une négociation avec le fournisseur est recommandée en partenariat avec les établissements de la région ayant retenu la même solution.

La négociation pourrait s'articuler comme suit :

- Réaliser une synthèse des problèmes rencontrés par chaque établissement, avec la sévérité associée (fonctionnalités non disponibles, implémentations non satisfaisantes) ;
- Confronter les réponses déjà apportées par le fournisseur à chaque établissement ;
- Organiser une réunion de travail avec le fournisseur pour étudier les solutions techniques (intégration des modules...) ;
- Etudier les scénarios possibles pour répondre aux attentes, avec et/ou sans le fournisseur.

D'autre part, il est indispensable de passer d'une logique de « sur mesure » (relation vis à vis d'une société de services ou d'un petit éditeur) à une logique d'intégration de systèmes.

Un moyen efficace pour négocier avec les fournisseurs de logiciel consiste à se coordonner avec d'autres établissements de santé pour faire évoluer les applicatifs. Les exigences ont d'autant plus de chances d'être prises en compte par un éditeur qu'elles émanent d'un grand nombre de clients.

Compte tenu de la complexité du dossier, un assistant à maîtrise d'ouvrage ayant une connaissance du SIH et ayant une expérience dans le suivi des éditeurs pourrait apporter une aide précieuse. Il devra avoir une expertise en architecture du système d'information et une expertise juridique sur les relations client-fournisseur.

S'associer avec d'autres établissements pour négocier avec l'éditeur

Un établissement peut s'associer avec des établissements qui ont choisi le même logiciel, pour réaliser une synthèse des problèmes rencontrés par chaque établissement, définir les priorités pour le traitement des problèmes et étudier l'opportunité de commander un audit du fournisseur.

Il est par ailleurs recommandé d'étudier systématiquement le scénario de secours en cas d'abandon. Cette étude aura pour objectif, dans un premier temps, de renforcer le poids de l'établissement dans sa négociation avec le fournisseur puis, si l'abandon de la solution se confirme, d'avoir anticipé la solution de repli.

Organiser le déploiement

Le déploiement est crucial car c'est le moment où tous les utilisateurs prennent possession de l'application pour qu'elle devienne leur outil de travail quotidien. Le déploiement nécessite donc une stratégie propre, permettant de définir les modalités de réalisation, de reprise des données, le type de support utilisateur à mettre en place pour répondre aux anomalies techniques et aux prises en main difficiles de l'outil.

Nous détaillons ici l'étape concernant l'organisation du déploiement. Le déploiement nécessite l'organisation d'un accompagnement de proximité et un soutien aux utilisateurs à différents niveaux.

Niveau 0 : Les référents utilisateurs dans les services

Les référents répondent aux questions des utilisateurs sur les fonctions standard de l'outil. Ils résolvent les

5.7.2 Préconisations

Améliorer la qualité des données en créant et en maintenant un référentiel de données pour son Système d'Information Décisionnel (SID)

Les données sont la matière première de la décision. De la qualité des données en amont dépend donc naturellement la pertinence des décisions prises.

Un travail doit être effectué en amont de la mise en œuvre de tout outil décisionnel. Il concerne l'analyse et l'amélioration des données.

Des précisions sur la marche à suivre sont fournies dans l'annexe E3-AT1 (qualité des données) de l'étude du GMSIH intitulée *lancer, mettre en œuvre, animer un projet décisionnel*.

6 Retour d'expériences réussies : un déploiement efficace

Pourquoi, dans certains établissements, le déploiement d'un logiciel de production de soins se fait-il apparemment sans heurts, alors que dans d'autres il donne lieu à des retards de planning, à des réticences, voire à des conflits de personnes ?

Il n'y a pas de recette miracle dans la mise en œuvre d'un système. On retrouve cependant quelques constantes dans des établissements qui ont réussi un déploiement avec efficacité.

Les paragraphes qui suivent ne constituent pas des préconisations *in abstracto*, mais proviennent d'expériences vécues dans certains établissements de santé que nous avons visités et qui, au regard de notre référentiel, ont réussi.

6.1 Mettre en avant la « convivialité » du logiciel

La « convivialité » d'un logiciel, autrement dit sa facilité d'utilisation et son attractivité, n'est pas le seul critère de choix. Et quel que soit le choix fait, toutes les fonctions ne seront pas aussi faciles à utiliser.

Mais quel que soit le logiciel choisi, il faudra mettre en avant ses qualités. S'il est facile à utiliser et fait gagner du temps au médecin, c'est cette propriété qu'il faudra mettre en exergue. S'il permet à un médecin de retrouver facilement un historique d'un patient, c'est là qu'il faudra appuyer lors des premières formations.

Il ne s'agit en aucun cas de masquer les défauts du logiciel. Il s'agit de « vendre » le logiciel aux utilisateurs, et de leur montrer dans quelle mesure les avantages pour l'utilisateur surpassent les inconvénients. Si cela n'est pas le cas, c'est que le logiciel choisi est inadéquat, car il ne correspond pas au besoin.

Ainsi, lorsqu'un cadre de santé nous dit « nous avons déployé avec succès car nous avons choisi un logiciel convivial », ce n'est pas seulement la convivialité du logiciel qui est en jeu, mais aussi l'enthousiasme de ceux qui vont l'utiliser. Cette « convivialité » dépend certes du logiciel, mais aussi de l'utilisateur, car elle dépend de la façon dont il sera présenté, appris, adopté et utilisé.

6.2 Tirer parti de la motivation du pharmacien

Nos visites dans les établissements montrent clairement que les pharmaciens sont extrêmement motivés par la mise en œuvre de certains logiciels de production de soins. On pense en premier lieu, bien sûr, à l'informatisation du circuit du médicament. Mais tous les logiciels qui communiquent avec le dossier du patient intéressent le pharmacien de l'hôpital.

Le pharmacien est donc l'élément « moteur » par excellence. Après avoir informatisé la pharmacie, il a tout intérêt à ce que les prescriptions « descendent » en pharmacie sous forme électronique. Il est le premier à en voir les effets positifs : absence de ressaisie, diminution des erreurs, traçabilité de bout en bout.

Le pharmacien a donc tout intérêt à « vendre » la prescription connectée aux médecins. Il a tout intérêt, également, à « pousser » les fournisseurs, à suivre les opérations, à résoudre les difficultés.

Bien qu'il ne soit pas nécessairement compétent dans la technique informatique (ce n'est pas son métier), nous avons été surpris de voir à quel point un pharmacien hospitalier pouvait parfois se révéler un excellent chef de projet. Cette qualité est probablement en relation avec la culture traçabilité, de la précision, de la rigueur, indispensables dans ce métier.

De plus, le pharmacien d'un hôpital connaît mieux le vocabulaire, le langage et les habitudes des médecins, ce qui en fait un précieux intermédiaire dans le dialogue entre médecins et informaticiens.

6.3 Préparer soigneusement les aspects techniques du déploiement

Si les aspects techniques ne doivent pas devenir la seule préoccupation du RSI ou du DSIO, ils ne doivent certainement pas être négligés.

L'infrastructure technique est l'épine dorsale du système d'information. Il s'agit là d'une évidence, mais elle est fréquemment négligée dans la pratique.

Les visites dans les établissements de santé, et en particulier dans les services cliniques, nous ont permis de constater que l'étude de l'infrastructure technique était souvent négligée et que la charge de travail et l'expertise nécessaire à sa mise en œuvre était sous-estimée.

Par exemple, le test des connexions wifi dans les services cliniques, est souvent négligé.

Le risque lié à une déficience de l'infrastructure en début de phase de déploiement est une brusque démotivation des utilisateurs

Les établissements qui ont réussi leur déploiement ont pensé leur système d'information en partant de la stratégie et des besoins, mais l'ont déployé en partant sur de bonnes bases d'infrastructure.

6.4 Se mettre à l'écoute des nouveaux besoins

Les besoins des établissements de santé évoluent. Un schéma directeur, un cahier des charges sont des documents indispensables, ils confèrent une certaine stabilité au système d'information, mais ne doivent pas être figés pour autant. Ils doivent tenir compte des nouveaux besoins, qui ont émergé dans le laps de temps compris entre la validation du schéma directeur et la mise en œuvre des applications.

L'écoute des besoins doit être un processus continu. Cela ne signifie pas, bien sûr, que tous les nouveaux besoins exprimés devront être pris en compte, mais qu'ils doivent être recherchés, enregistrés et analysés. Cette écoute en continu ne peut pas faire appel aux mêmes méthodes que lors de l'élaboration d'un cahier des charges initial, tels les groupes de travail. Dans un des établissements visités, le DSIO envoie chaque année une fiche à ses interlocuteurs maîtres d'ouvrage pour connaître leurs nouveaux besoins. Tout au long de l'année, ce même DSIO rencontre ces interlocuteurs de manière informelle, et visite les services déjà informatisés et ceux qui ne le sont pas encore pour se mettre à l'écoute des médecins et du personnel soignant.

6.5 Respecter le besoin d'autonomie et de confiance

Une des craintes des professionnels de santé, en particulier des médecins, préalablement à la mise en place d'un outil informatique, est liée à l'autonomie du praticien vis à vis au système d'information. Elle est liée à la confiance qu'on peut porter au système. Le médecin est certain que le papier ne le trahira pas. Il souhaite légitimement pouvoir accéder au système d'information avec le même degré de confiance.

Il est de la responsabilité du DSIO de montrer aux soignants et aux médecins que la mise en œuvre du nouveau système respectera leurs besoins d'autonomie.

6.6 Faire participer les médecins au choix

Les médecins acceptent d'autant mieux le changement qu'ils sont acteurs dans les choix.

Bien entendu, lorsqu'il s'agit de mettre en place un outil transversal (dossier patient), il est essentiel d'écouter la voix des utilisateurs, qu'ils soient médecins, soignants et administratifs, et de chercher un compromis. Mais l'expérience montre que la participation des médecins aux choix qui seront faits est primordiale pour l'acceptation d'un produit par le corps médical. Ce choix devra être donné, dans toute la mesure du possible, à tous les stades de la mise en œuvre d'un logiciel : sélection du produit, calendrier de déploiement (quel service informatiser en premier), calendrier de la formation, forme de la formation.

L'expérience montre que les médecins viennent difficilement aux réunions des groupes de travail. Si les groupes de travail sont vus comme chronophages par les médecins, d'autres méthodes existent pour recueillir les besoins, comme les entrevues directes avec des représentants du corps médical ou des enquêtes (fiches à remplir).

6.7 Faire adopter le produit par des soignants

Autant l'avis des médecins est indispensable pour le choix, autant la participation des soignants est nécessaire au bon déroulement du déploiement d'un produit logiciel.

6.8 Organiser en interne des formations adaptées à chaque profil

Les formations proposées par les éditeurs des logiciels deviennent plus efficaces lorsqu'elles sont dispensées en interne, après avoir été spécifiquement adaptées pour chaque profil en fonction de ses besoins. Cela demande une bonne connaissance des besoins en formation de chaque profil utilisateur ainsi que de disposer de personnes à l'intérieur de l'établissement ayant un goût pour la formation, des qualités de pédagogue, et qui sont écoutées par les utilisateurs. Plusieurs formateurs peuvent être retenus, chacun avec un profil différent.

Prenons un exemple simple tiré d'un cas réel.

Une formation à un logiciel de prescription, telle qu'elle est proposée par le fournisseur, dure une journée. Cette formation contient plusieurs modules : prescrire, valider la prescription en pharmacie, valider l'administration du médicament, ... or, seuls quelques points intéressent un médecin et concernent la prescription proprement dite.

Dans l'établissement que nous avons visité, et qui a réussi la conduite du changement, les formations ont été adaptées à chaque profil : médecin, infirmière, cadre de santé, personnel administratif. Mieux que cela, les exemples de prescription donnés ont été adaptés en fonction de la spécialité. Différents pour un chirurgien et pour un gastroentérologue.

Les formations pour les médecins ont été adaptées et dispensées par la pharmacienne de l'établissement, et les formations pour les cadres de santé et les infirmières par des cadres de santé. Après une première formation initiale, les médecins se forment entre eux.

Cette adaptation de la formation par l'établissement n'est pas une perte de temps, bien au contraire. Les formations dispensées à chaque médecin ont duré une heure au lieu d'une journée.

Annexe A. Déroulement de la campagne et perception des établissements

Planning des opérations

Les évaluations ont eu lieu du 15 janvier au 31 octobre 2008, conformément aux plans de campagne.

Vingt et un établissements ont été visités. Un établissement, très atypique, n'a pas été pris en compte dans la présente analyse. Ce rapport prend donc en compte de l'analyse de la situation de vingt établissements.

Typologie des établissements visités et planning des évaluations

La taille moyenne des établissements visités était d'environ quatre cents lits.

Pour chaque établissement, la visite sur site a duré quatre jours, conformément au plan-type d'évaluation.

Toutes les visites se sont terminées, conformément au plan-type d'évaluation, par une présentation des résultats aux personnes interviewées.

Le bilan-conseil a été suivi de l'élaboration d'un rapport final d'évaluation BREC, remis au directeur général et au correspondant du GMSIH pour l'évaluation.

Une fiche de suivi a été envoyée à tous les établissements.

Techniques d'évaluation mises en œuvre

Les techniques d'évaluation mises en œuvre sont l'analyse de documents, les interviews individuelles par un binôme d'évaluateurs, et chaque fois que cela était possible, la visite d'un service, avec interview informelle des utilisateurs.

Documents analysés

Les équipes d'évaluation ont analysé le schéma directeur informatique (finalisé ou en cours d'élaboration), le projet d'établissement, un ou plusieurs cahiers des charges, ainsi que des comptes rendus de réunions et tout autre document utile.

Personnes interviewées

Ont été interviewés dans tous les cas :

Le directeur de l'établissement ;

Le DSIO, le DSI, le responsable informatique et/ou un ingénieur en organisation ;

Le président de CME ;

Le médecin du DIM ;

Le directeur des soins ;

Le directeur financier (DAF ou DEF).

Ont été également interviewés, lorsqu'ils étaient susceptibles de fournir les informations nécessaires à l'évaluation, le contrôleur de gestion, le pharmacien, un médecin, un cadre infirmier, une infirmière.

Accueil des établissements

Rappelons qu'une évaluation BREC ne peut s'effectuer qu'à la demande d'un établissement. Le GMSIH ne lance l'évaluation qu'après un prédiagnostic portant sur le schéma directeur de l'établissement (même en cours d'élaboration) et que les évaluateurs du GMSIH n'interviennent physiquement sur le site qu'après signature d'un contrat d'évaluation.

L'interlocuteur du GMSIH dans l'établissement était le DSIO, le responsable du service informatique, ou un chef de projet système d'information ou organisation. Les évaluateurs ont toujours été bien accueillis dans l'établissement. La plupart du temps, le directeur de l'établissement a assisté aux réunions d'ouverture et de clôture. Dans la grande majorité des cas, les interviews se sont déroulées selon le plan d'évaluation.

La réunion de clôture a été l'occasion, pour les établissements, d'apporter un feed-back « à chaud » sur l'évaluation.

Nos interlocuteurs ont été généralement satisfaits de « l'effet miroir » apporté par l'évaluation BREC.

Actions envisagées à la suite d'une évaluation

A la suite de l'évaluation BREC, ou dans les mois qui ont suivi, les établissements ont entrepris ou envisagé un certain nombre d'actions

- Mise en œuvre d'une partie des préconisations du GMSIH :
 - Elaboration du schéma directeur ;
 - Amélioration du schéma directeur ;
 - Mise en place d'une cellule d'identito-vigilance ;
 - Suivi d'une formation à IHE ;
- Actions d'accompagnement avec le GMSIH ;
- Demandes de documents : études du GMSIH ou autres (fiche de poste RSSI, fiche d'analyse des risques), demande d'informations complémentaires ;
- Contacts pour prestations de consultants ...

Et dans tous les cas, de nouvelles réflexions sont nées avec de nouveaux éclairages.

Annexe B. Référentiel d'évaluation de la campagne

Le thème de l'évaluation a été défini comme « la prise en compte des besoins de transversalité du système d'information dans l'élaboration du projet de système d'information. »

Les critères qui composent le référentiel d'évaluation reposent quasi-exclusivement sur les études publiées par le GMSIH. Plus précisément, il existe un lien de traçabilité entre chaque point que nous avons examiné dans un établissement et une recommandation apparaissant dans une étude du GMSIH. Cette traçabilité contribue à garantir l'objectivité et la rigueur de notre démarche. Cependant, la décision de choisir tel élément d'une étude plutôt que tel autre comporte une part d'arbitraire. Nous avons choisi les recommandations de nos études qui étaient, d'une part, alignées avec le thème d'évaluation (la transversalité du système d'information, vue à travers le schéma directeur) et d'autre part, « importantes », à l'heure actuelle, pour assurer cette transversalité au sein d'un établissement de santé.

Le référentiel d'évaluation comporte sept familles de critères, énumérés dans le tableau ci-dessous. Une version complète du référentiel est disponible sur simple demande.

<p>GESTION DU PROJET DU SYSTEME D'INFORMATION</p> <p>Le SI est stratégique pour l'établissement</p> <p>Il y a un projet d'alignement du SIH sur la stratégie</p> <p>L'établissement a élaboré un SDSI complet et transverse</p> <p>Les flux et les processus sont cartographiés</p> <p>L'établissement applique une démarche de conduite de projet</p> <p>Les projets métier s'intègrent au projet SI existant</p> <p>Le changement est conduit à l'échelle de l'établissement</p> <p>Chaque acteur a un rôle et des objectifs définis</p> <p>L'établissement prévoit et mesure les coûts et les bénéfices</p> <p>IDENTIFICATION DU PATIENT</p> <p>Tout patient a un identifiant unique</p> <p>Une autorité de gestion de l'identification est active et pérenne</p> <p>La politique d'identification est gérée à l'échelle de l'établissement</p> <p>La politique de rapprochement est gérée à l'échelle du domaine</p> <p>Une cellule d'identito-vigilance est active et pérenne</p> <p>L'identification du patient est gérée au quotidien</p> <p>ANNUAIRES, REPERTOIRES ET REFERENTIELS</p> <p>Le projet d'annuaires est considéré comme stratégique</p> <p>Les préalables au projet annuaire ont été réalisés</p> <p>Les cibles concernant l'annuaire d'établissement sont définies</p> <p>Le projet d'annuaires est planifié ou mis en œuvre</p> <p>Il existe un sous-projet d'annuaire du personnel</p> <p>Il existe un sous-projet d'annuaire des structures</p> <p>Il existe un sous-projet d'annuaire des nomenclatures</p> <p>SECURITE DU SYSTEME D'INFORMATION</p> <p>Le responsable de la Sécurité du SI est identifié</p> <p>La Politique de Sécurité du SI est établie et maintenue</p> <p>La sécurité est organisée</p> <p>Un plan de continuité a été établi et est maintenu</p> <p>Les incidents sont gérés</p>	<p>STANDARDISATION DE L'INTEROPERABILITE</p> <p>Le SIH est ouvert vers les infrastructures régionales</p> <p>L'établissement exige l'interopérabilité des logiciels</p> <p>L'introduction progressive d'IHE est planifiée ou effective</p> <p>IHE est un critère de choix des logiciels</p> <p>Les exigences de normalisation de l'interopérabilité sont exprimées</p> <p>Les interfaces respectent les normes</p> <p>SYSTEME D'INFORMATION DE PRODUCTION DE SOINS</p> <p>La couverture fonctionnelle est adéquate</p> <p>La gestion administrative est liée à la production de soins</p> <p>La gestion des rendez-vous patient est transversale</p> <p>La prescription et les demande d'actes alimentent la planification</p> <p>Le dossier patient informatisé est transversal</p> <p>Le dossier médical communique avec les autres applications</p> <p>Les fonctions à finalités de soins infirmiers sont transversales</p> <p>La gestion des comptes-rendus est transversale</p> <p>Les services particuliers sont intégrés au SIH</p> <p>L'informatisation du circuit du médicament a fait l'objet d'une étude</p> <p>La chaîne de facturation en vue de la T2A est en place</p> <p>PILOTAGE DE L'ETABLISSEMENT ET TABLEAUX DE BORD</p> <p>Le processus relatif au pilotage est géré</p> <p>La qualité et la fiabilité des données est gérée</p> <p>Le projet décisionnel est identifié</p> <p>Le projet décisionnel est mis en œuvre</p> <p>Le projet décisionnel est animé</p>
--	--

Annexe C. Modèle de contrat d'évaluation BREC

<p>Contrat d'évaluation BREC</p> <p>1 Spécification de l'évaluation</p> <p>1.1 Identification des parties</p> <p>1.1.1 Etablissement demandeur de l'évaluation Nom : N° FINESS : Représenté par M. (directeur)</p> <p>1.1.2 Equipe d'évaluation GMSIH Responsable de l'évaluation : Yves C., directeur de projet GMSIH Evalueur : Jean-Christophe Q., chef de projet GMSIH</p> <p>1.2 Identification du thème de l'évaluation L'évaluation porte sur le thème suivant : Prise en compte des besoins de transversalité du système d'information dans l'élaboration du schéma directeur du système d'information.</p> <p>1.3 Identification des techniques d'évaluation Les techniques d'évaluation suivantes seront utilisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • interviews des utilisateurs, • analyse de documents, • animation de réunions. <p>Ces techniques sont décrites en annexe des Procédures d'évaluation BREC du GMSIH.</p> <p>1.4 Intervention sur site L'intervention sur site aura lieu du xx au xx xxxxx 2008. Pour plus d'informations, se reporter au plan d'évaluation.</p> <p>2 Conduite de l'évaluation</p> <p>2.1 Engagements du GMSIH</p> <p>2.1.1 <i>Méthodologie d'évaluation</i> La méthode générale d'évaluation est exhaustivement décrite dans le document interne au GMSIH intitulé Procédures d'évaluation BREC. Ce document peut être consulté par l'établissement sur simple demande.</p> <p>2.1.2 <i>Durée de l'évaluation</i> L'évaluation se déroulera sur 5 jours, dont</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 jour dans les locaux du GMSIH à Paris • 4 jours sur site <p>2.1.3 <i>Qualifications de l'équipe d'évaluation</i> L'équipe d'évaluation est constituée</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'un directeur de projet GMSIH, ayant l'expérience des évaluations sur site • un chef de projet GMSIH, expert des systèmes d'information hospitaliers. <p>2.1.4 <i>Conduite de l'évaluation</i> L'évaluation se déroulera selon un plan d'évaluation qui précise les activités des intervenants du GMSIH et des participants de l'établissement, les dates et heures des interviews et les modalités pratiques. Ce plan d'évaluation pourra être remanié d'un commun accord en cas de besoin.</p> <p>2.2 Suivi de l'évaluation Le GMSIH mettra en place un suivi ponctuel : échange téléphonique avec le correspondant du GMSIH, dans les trois mois suivant l'évaluation. Ce suivi permettra au GMSIH d'obtenir un feed-back « à froid » et à l'établissement d'obtenir des informations complémentaires.</p> <p>2.3 Engagements de l'établissement demandeur</p> <p>2.3.1 <i>Correspondant</i> L'établissement désignera nommément un correspondant unique du GMSIH pour toute la durée du BREC (préparation, exécution et suivi de l'évaluation).</p> <p>2.3.2 <i>Fourniture des documents et données</i> L'établissement fournira au GMSIH tous les documents et informations qui pourront être utiles aux intervenants, dans le respect de la clause de confidentialité.</p> <p>2.3.3 <i>Présence active des participants</i> La conduite de l'évaluation nécessite la présence active des participants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les interviews et réunions, tels que définis dans le plan d'évaluation, • Ponctuellement, pour apporter aux intervenants du GMSIH les informations ou documents dont ils auront besoin. 	<p>En particulier, la présence active du responsable de l'établissement, signataire du présent contrat, est requise lors des réunions de lancement et de restitution.</p> <p>2.3.4 <i>Facilitation de l'accès à l'établissement</i> L'établissement facilitera l'accès et la circulation des intervenants du GMSIH à l'établissement.</p> <p>2.3.5 <i>Fourniture d'un local et d'équipement</i> L'établissement fournira aux intervenants un local pendant la durée de l'intervention sur site, équipé du téléphone.</p> <p>3 Contenu du rapport et présentation des résultats</p> <p>3.1 Contenu et format du rapport d'évaluation Le rapport provisoire, présenté lors d'une réunion ou d'un entretien de restitution, se présente sous forme de fiches (format PowerPoint) présentant les points forts, axes d'amélioration et premières recommandations. Le rapport définitif se présente sous forme d'un document d'une dizaine de pages (format PDF) présentant un état des lieux, un diagnostic, une analyse et des recommandations.</p> <p>4 Conditions générales</p> <p>4.1 Confidentialité Le GMSIH prendra toutes les précautions utiles pour assurer la confidentialité des informations qui lui seront transmises dans le cadre du BREC avant, pendant ou après la visite de l'établissement. Le GMSIH considérera toute information fournie dans le cadre du BREC comme confidentielle, et imposera cette obligation de confidentialité à ses collaborateurs, sous-traitants, et toute personne ayant accès à cette information. Seules des données agrégées ou anonymisées pourront être publiées par le GMSIH ou communiquées hors du GMSIH.</p> <p>5 Gestion des documents et données</p> <p>5.1 Utilisation des documents et des informations recueillies Les documents suivants sont considérés comme confidentiels, accessibles à l'équipe permanente du GMSIH, dans le respect de l'engagement de confidentialité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schéma directeur du système d'information de l'établissement • Projet d'établissement, projet du système d'information <p>Les documents suivants sont considérés comme strictement confidentiels, accessibles aux seuls évaluateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comptes rendus des réunions de lancement et de clôture, comptes rendus d'interviews • Rapport provisoire • Documents collectés lors de l'évaluation <p>Les documents confidentiels comportant des informations à caractère personnel seront détruits ou anonymisés dans le mois suivant l'évaluation.</p> <p>5.2 Utilisation des données de l'évaluation Le GMSIH s'autorisera à publier, sous forme de rapport de campagne ou de rapport annuel, des données d'évaluation, agrégées et anonymisées, de façon à ce qu'il ne soit pas possible d'en identifier l'origine de quelque façon que ce soit, dans le respect de la clause de confidentialité.</p> <p>5.3 Utilisation des résultats de l'évaluation Le GMSIH s'autorisera à publier, sous forme de rapport de campagne, de rapport annuel, ou sous toute autre forme, des extraits du rapport d'évaluation. Ces publications respecteront la clause de confidentialité du présent contrat.</p> <p>5.4 Utilisation du rapport d'évaluation Le rapport d'évaluation demeure la propriété intellectuelle du GMSIH. L'établissement ayant participé à un B.R.E.C. est autorisé à communiquer ou publier tout ou partie du rapport, à la condition expresse de respecter la licence D-GMSIH.</p> <p>5.5 Délivrance de certificat ou de label Le GMSIH ne délivrera aucun certificat ou label à la suite de cette évaluation.</p> <p>Signature,</p> <p>Pour l'établissement Pour le GMSIH</p>
---	--