

## **Chapitre IX**

### **Les systèmes d'information dans les établissements publics de santé**

---

**PRESENTATION**

---

*Les systèmes d'information hospitaliers sont au cœur de la réforme de l'hôpital : vecteur d'amélioration de la qualité des soins, ils sont également essentiels au perfectionnement de la gestion hospitalière. Depuis la tarification à l'activité (T2A), les systèmes d'information ne sont plus seulement un outil au service du progrès technique. Ils sont devenus un véritable outil de gestion et de management.*

*La Cour et les chambres régionales des comptes<sup>337</sup> ont réalisé en 2007 une enquête sur les systèmes d'information hospitaliers destinée à faire le point sur la situation observée dans les établissements publics de santé, sur le pilotage exercé par la tutelle nationale et régionale, ainsi que sur l'appui financier et méthodologique apporté par la tutelle aux établissements de santé.*

*L'objectif de cette enquête était d'évaluer la capacité des établissements de santé à répondre aux enjeux organisationnels et financiers induits par la tarification à l'activité (T2A) et la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance hospitalière. Dans le contexte du plan Hôpital 2012, cette enquête invite également à réfléchir sur les conditions du bon emploi des aides à l'investissement promises aux établissements de santé pour moderniser leurs systèmes d'information (1,5 Md€).*

---

Outre les tâches administratives (budget, comptabilité, ressources humaines, tableaux de bord...), un système d'information hospitalier (SIH) doit gérer :

- la T2A, avec notamment le référentiel national des bénéficiaires de l'assurance maladie, les tarifs et les procédures de facturation, les prestations hospitalières (admissions, mouvements, recueil automatique ou codage ad hoc des données médicales, contrôles d'exhaustivité et de qualité) ;
- l'optimisation de l'usage des moyens techniques : prises de rendez-vous, brancardage, calendrier des actes, lits, blocs opératoires, imagerie, circuit des médicaments ;
- le dossier médical (actes, analyses biologiques et radiologiques, traitements, comptes rendus, résumés de sortie standardisés), et son éventuelle interopérabilité avec les réseaux extra-hospitaliers (par

---

<sup>337</sup>. Ont participé à l'enquête les chambres d'Alsace, Aquitaine, Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Ile-de-France, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes.

exemple pour les dossiers communicants cancer), la médecine libérale et les officines pharmaceutiques de ville ;

- la confidentialité à tous les stades, avec des annuaires internes, des habilitations et, rendue obligatoire par un décret du 15 mai 2007 dans un délai de trois ans, l'authentification des professionnels de santé avec la carte CPS évoquée par ailleurs dans ce rapport ;
- à terme, des aides à la prescription médicale.

La situation concrète du SIH des établissements de santé reste mal connue de la tutelle, qu'il s'agisse des ARH ou surtout de la tutelle nationale. Les seules enquêtes existantes au niveau national (celles du groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier) présentent l'inconvénient de ne rassembler que des données déclaratives fournies par les établissements de santé<sup>338</sup>.

Les observations qui suivent, issues des contrôles réalisés en 2007 par les chambres régionales sur les comptes de 30 établissements de santé<sup>339</sup>, de tailles et de vocations diversifiées, permettent de dresser un bilan décevant de l'usage des outils informatiques au sein des établissements, ce qui conduit à s'interroger ensuite sur les conditions du pilotage national des SIH.

## **I - Les constats faits au niveau des établissements**

### **A – Le pilotage**

Les contrôles des chambres régionales ont permis de mesurer la mobilisation des directions des établissements sur le sujet des systèmes d'information hospitaliers (SIH) à partir de plusieurs éléments : existence d'un schéma directeur des systèmes d'information, d'un comité de pilotage stratégique présidé par le directeur et associant les médecins, d'un comité de pilotage opérationnel et de groupes projet...

---

338. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007, p. 322 et suivantes.

339. Ces établissements sont les suivants : les CHU de Tours, Reims, Nantes, Nice et Toulouse ; le CHR de Metz-Thionville ; les CHS d'Alsace Nord, Henri Ey et le Centre psychothérapique de Nancy ; les CH d'Agen, Auxerre, Châteauroux, Charleville-Mézières, Pontoise, Épinal, Pont-à-Mousson, Remiremont, Cahors, Castres-Mazamet, Villefranche-de-Rouergue, Auch, Albi, Béthune, La Roche-sur-Yon-Luçon-Montaigu, Nord-Mayenne, Beauvais, Toulon, Grasse, et Annecy.

## **1 – Le projet d'établissement**

Aux termes de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique, chaque établissement de santé doit définir, dans le cadre de son projet d'établissement, son système d'information.

Or, sur 23 établissements contrôlés sur ce point par les CRC, quatre ne disposaient pas d'un projet d'établissement actualisé en 2007 (CH d'Auxerre, Pont-à-Mousson, Epinal).

## **2 – Le schéma directeur du système d'information**

Le schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) doit décliner et préciser les projets prioritaires définis dans le projet d'établissement<sup>340</sup>.

Parmi les établissements contrôlés, seuls 14 disposaient d'un SDSI pour la période en cours. Dans deux établissements, le SDSI était en cours d'actualisation (CH d'Auxerre, CHR de Metz-Thionville), et six établissements n'en disposaient pas (CH de Charleville-Mézières, Remiremont, Pont-à-Mousson, Epinal, Béthune, Pontoise). Au CH d'Auxerre, le dernier SDSI disponible avait été établi dans le cadre du projet d'établissement relatif aux années 2001 à 2005, et n'avait pas été actualisé. Au CH de Remiremont, le projet d'établissement actuel comprend bien un volet relatif à la planification informatique, avec un plan pluriannuel d'investissement, mais il n'existe pas de SDSI déclinant et précisant les projets prioritaires qui y sont définis.

Parmi les établissements disposant d'un SDSI, peu disposent d'une programmation précise des projets faisant suite à une analyse de besoins. Les seules exceptions concernent le CH d'Auxerre, dont le SDSI 2001-2005 avait été élaboré au terme d'une véritable réflexion stratégique au sein de l'établissement, et le centre psychothérapique de Nancy, pour lequel le choix des axes stratégiques du volet « système d'information » du projet d'établissement 2007-2011 s'est fait à partir d'un bilan de

---

340. Selon la circulaire du ministère de la santé n° 275 du 6 janvier 1989, relative à l'informatisation des hôpitaux publics, « à partir de l'analyse de son système d'information, l'établissement définit globalement ses besoins d'informatisation et établit un programme pluriannuel à moyen terme, périodiquement actualisé, de sa mise en œuvre. Ces éléments sont consignés dans un schéma directeur qui en présente les aspects organisationnels, techniques, économiques et financiers, document de référence assurant la cohérence et la continuité de l'exécution des différentes phases de cette informatisation. Sa mise en œuvre est spécifiée dans les plans d'actions annuels ».

l'existant, de l'identification et de la hiérarchisation des besoins, de la définition d'une architecture cible et de la détermination d'un plan d'action. Les différents acteurs de l'établissement ont été associés à cette phase d'élaboration. Cette organisation, mise en place sans recours à une assistance extérieure, traduit une maturité certaine de l'établissement dans l'approche du pilotage et de la conduite du système d'information.

Enfin, le suivi de la mise en œuvre du SDSI est généralement insuffisant. Au CHR de Metz-Thionville, bien que l'élaboration d'un rapport annuel et le passage devant les instances aient été prévus afin d'informer sur l'état d'avancement des projets du schéma directeur de l'informatique hospitalière 2002-2006 et de permettre le contrôle des engagements budgétaires, aucun rapport n'a été produit. Très peu de bilans d'étape sur l'avancement du SDIH ont été réalisés. Le bilan présenté à la commission informatique du CHR lors d'une réunion en novembre 2005 montre par ailleurs des retards dans certains projets<sup>341</sup>. A contrario, le centre psychothérapique de Nancy s'est efforcé d'assurer un suivi de la mise en œuvre de son SDSI. Ainsi, un bilan d'étape de la mise en œuvre du SDIH 2002-2006 a été réalisé en octobre 2005. L'état d'avancement s'avère globalement en conformité avec les objectifs fixés, à l'exception du volet relatif à la construction d'outils d'évaluation et d'aide à la gestion, ainsi que de l'outil de gestion du temps. Le coût du SDSI a aussi fait l'objet d'un bilan, duquel il ressort que l'enveloppe initiale a été respectée. Une mise en perspective par rapport à la base de données des coûts par activité, dite « base d'Angers », a également été effectuée.

### 3 – Le comité de pilotage

Afin d'assurer la mise en œuvre et le suivi du SDSI, les établissements doivent se doter d'un comité de pilotage stratégique et d'un comité de pilotage opérationnel.

Sur 23 établissements contrôlés par les CRC, seuls huit ont constitué un comité de pilotage stratégique SIH qui s'est effectivement réuni. Ceux dépourvus de comité de pilotage SIH sont essentiellement des CHS et des CH, et quelques CHR. L'absence de comité de pilotage est parfois justifiée par l'existence d'un collège de l'information médicale. Or, ces deux instances ont des objets différents.

Au CHR de Metz-Thionville, où le comité de pilotage SIH ne s'est pas réuni, les questions informatiques, jusqu'à l'année 2006, n'étaient de

---

341. La direction prévoyait, d'ici le dernier trimestre 2007, de mettre en place un comité chargé du suivi de la mise en œuvre du SDIH 2007-2010.

plus évoquées que de façon ponctuelle au travers de points inscrits à l'ordre du jour de séminaires de management, ou encore lors de points hebdomadaires en réunion de direction. L'insuffisance du pilotage stratégique a eu pour conséquence l'annulation, le report ou le retard de certains projets ainsi qu'une absence de connaissance précise du coût final global du schéma directeur de l'information hospitalière 2002-2006.

Au CH de Pont-à-Mousson, en l'absence de comité de pilotage stratégique du système d'information, seuls des groupes de pilotage spécifiques sont constitués pour la gestion et la conduite de certains projets. Quant au CH d'Epinal, qui ne dispose ni d'un projet d'établissement actualisé ni d'un SDSI, aucun comité de pilotage n'a été mis en place, alors même que le projet d'établissement 2001 à 2006 prévoyait la constitution d'un comité de pilotage pluridisciplinaire.

Enfin, même dans les établissements s'étant dotés d'un comité de pilotage SIH, la composition de ce dernier n'est pas toujours satisfaisante. Si le président de la commission médicale d'établissement (CME) et le département d'information médicale (DIM) sont presque toujours membres du comité de pilotage SIH, la composition de ce comité est très variable puisqu'elle va de 7 membres (CHU de Reims) à 21 membres (CH de Charleville-Mézières), ce dernier chiffre apparaissant trop important pour permettre au comité d'avoir un véritable rôle de pilotage.

## **B – L'informatisation des établissements**

### **1 – Le système d'information gestion**

Les établissements de santé contrôlés par les CRC disposent tous d'outils informatiques pour la gestion économique et financière et la gestion des ressources humaines.

Toutefois, la gestion du temps et des plannings, fonction importante dans les établissements, reste non informatisée dans certains établissements. Au centre psychothérapeutique de Nancy, la mise en place d'un outil de gestion du temps doté d'une interface avec le logiciel de gestion des ressources humaines prévue initialement dans le SDIH 2002-2006, n'a pas été réalisée et a dû être reportée.

### **2 – Le système d'information patient**

Les données recueillies dans le cadre des contrôles des CRC montrent que la gestion administrative du patient est un secteur très largement informatisé. En revanche, les besoins restent importants en ce qui concerne le dossier médical du patient.

Les établissements contrôlés disposent rarement d'un dossier médical informatisé et commun à tous les services. Le CHS Henri Ey dispose d'un dossier papier unique pour l'ensemble de l'établissement et les CH de Beauvais et de Charleville-Mézières d'un dossier papier par service seulement. Au CHU de Nice, il existe un dossier médical informatique partagé, mais celui-ci coexiste avec un dossier papier par service. Il en est de même au CH d'Agen.

#### **Le contenu du dossier patient au CHU de Nice**

La CRC a fait expertiser un échantillon de dossiers patient par un médecin expert. L'examen des dossiers papier a fait apparaître que l'identification des intervenants, médecins ou soignants, est défectueuse ; l'information parfois tardive du médecin traitant peut pénaliser le patient pour la continuité des soins ; et des informations utiles restent au dossier papier et ne sont pas mutualisées.

En ce qui concerne le dossier patient informatisé, l'examen de l'échantillon a fait apparaître des doublons d'identité chez les patients, une confidentialité des données insuffisamment garantie, la non prise en compte des prescriptions pharmaceutiques, l'absence de validation formelle des examens biologiques et radiologiques et d'ouverture du dossier à la médecine de ville, la non utilisation des fonctionnalités permettant la saisie des consultations privées.

#### **Le contenu du dossier patient au CH d'Agen**

En théorie, le dossier patient informatisé comprend les lettres et comptes rendus de médecins dans les unités d'hospitalisation ou en consultation externe ; les descriptions synthétiques des actes pratiqués ; les résultats de laboratoire ; les comptes rendus de radiologie ; les actes et comptes rendus de passages au service des urgences. Ces données ne sont toutefois pas systématiquement intégrées dans le dossier patient informatisé.

Il peut arriver, en outre, que des comptes rendus opératoires ne soient pas saisis au niveau du bloc opératoire, mais dans les services, ce qui peut présenter des risques soit de doublons de saisie, soit de défaut d'exhaustivité. Les médecins n'intègrent pas systématiquement dans le dossier patient informatisé leurs observations quotidiennes lors de leurs visites de malades, ce qui diminue l'intérêt de « l'informatisation au pied du lit du malade », les observations figurant alors, pour l'essentiel, dans la lettre de sortie du malade. Par ailleurs, l'intégration des prescriptions médicamenteuses, du dossier de soins infirmiers et des images de radiologie dans le dossier patient informatisé n'est pas encore réalisée.

L'absence d'exhaustivité du dossier patient a nécessité le maintien d'un dossier papier, qui n'avait pas non plus été jugé exhaustif par les experts de la HAS lors d'une première visite d'accréditation.

Au final, pour ces deux exemples, le dossier médical informatisé est utilisé en deçà de ses possibilités, ce qui rend nécessaire le maintien d'un dossier papier sans assurance que les deux supports soient systématiquement et exhaustivement consultés par les soignants.

Au CH d'Epinal, le dossier patient informatique rassemble les seules données rattachées à la filière administrative. Les autres données (comptes-rendus opératoires et d'imagerie, gestion de rendez-vous en cardiologie, consultations de chirurgie et imagerie, données médicales en médecine de jour) sont rassemblées dans un autre dossier patient informatisé, développé depuis 1993 mais non interfacé avec le logiciel de gestion administrative du patient.

Au CHR de Metz-Thionville, 75 % seulement des unités disposent d'un outil de gestion des données médicales. A ce stade, l'information médicale entre services cliniques n'est cependant transmise sous forme numérique que dans cinq services. Des dossiers patients papier coexistent donc avec les dossiers informatisés.

Au CH de Cahors, le logiciel permettant la gestion du dossier patient n'est pas encore totalement déployé. Seuls sont informatisés les comptes rendus médicaux, ainsi que les comptes rendus de la radiologie, depuis 2004, et le planning des patients, dans 80 % des services. La récupération des résultats de biologie, sous forme numérisée, est opérationnelle depuis avril 2007. L'informatisation du circuit du médicament et du bloc opératoire reste à mettre en place. S'agissant du circuit des médicaments, il sera nécessaire de généraliser la dispensation nominative informatisée qui n'est actuellement organisée que dans le service du long séjour. Enfin, il convient de souligner que le dossier médical n'est pas coordonné avec la prescription électronique du médicament et n'alimente pas le dossier de soins infirmiers.

Aucun des établissements contrôlés par les CRC ne possède un dossier de soins infirmiers. Quelques uns ont un projet en ce sens. Au CHU de Nice, le progiciel de gestion intégrée utilisé pour le dossier patient permet la tenue d'un dossier de soins informatisé mais cette fonctionnalité n'est utilisée qu'aux urgences.

En ce qui concerne le circuit du médicament, qui comprend la commande et la gestion des stocks, la prescription par le médecin, la dispensation par le pharmacien et l'administration par l'infirmier, si la gestion des stocks est très largement automatisée, en revanche la fonction de prescription ne l'est quasiment jamais. Cette situation n'est pas satisfaisante compte tenu des risques de iatrogénie médicamenteuse et du coût des prescriptions hospitalières (4 Md€, en forte augmentation depuis dix ans)

S'agissant des activités médico-techniques, l'informatisation des laboratoires est généralisée, mais celle de la radiologie/imagerie et des blocs opératoires reste peu développée, ce qui conduit notamment à refaire plusieurs fois les mêmes examens.



Enfin, en ce qui concerne les urgences, tous les établissements contrôlés, à l'exception des CHS, ont informatisé leurs services. Mais les logiciels de gestion des urgences sont rarement communicants avec les autres logiciels de l'établissement. Ainsi au CH d'Agen, seul le résumé de passage du patient aux urgences avec les actes pratiqués est à l'heure actuelle intégré dans le dossier médical d'ensemble.

## **C – Les moyens des établissements**

### **1 – Les équipes**

Dans les établissements contrôlés en 2007, les équipes en charge des systèmes d'information sont d'une taille très variable. Dans les CHU et les CHR, le nombre de personnels des directions des systèmes d'information (DSI) varie entre 66 ETP (CHU Nantes) et 25,5 ETP (CHR Metz-Thionville), en passant par 30 ETP (CHU de Reims) et 44,6 TP (CHU Nice).

Dans les 20 CH et CHS de l'échantillon, si les effectifs DSI varient entre 21,6 ETP (CH Pontoise) et 1 ETP (CH Pont-à-Mousson), les trois quarts de ces établissements comptent moins de dix ETP dans ce service, et un tiers moins de cinq ETP. Ainsi dans un de ces établissements, l'équipe de la direction des systèmes d'information et de l'organisation (DSIO) ne comprend que trois personnes, la fonction de DSIO étant assurée par le directeur chargé du suivi de l'activité des soins, de la clientèle et des affaires financières.

Ces établissements ne disposent pas en interne de compétences suffisantes pour gérer, sur le plan technique, le système d'information hospitalier. A fortiori, ils ne sont pas en mesure d'accompagner de nouveaux projets, faute de compétence dans le domaine de la conduite de projet, plus particulièrement sur les aspects d'encadrement et de relation avec les prestataires extérieurs et les fournisseurs.

Seule une mutualisation des compétences nécessaires permettrait de pallier ces insuffisances.

### **2 – La formation dans le domaine SIH**

Dans la plupart des établissements contrôlés, moins de 5 % du total des heures de formation sont consacrées au SIH et moins de 2 % du total des heures de formation sont consacrées au SIH hors bureautique.

Ainsi, à de rares exceptions près (comme le centre psychothérapique de Nancy), la faiblesse de la formation SIH constatée

dans les établissements ne contribue pas à placer ces derniers dans des conditions favorables pour promouvoir, faciliter et accompagner le changement lié à la mise en œuvre des nouveaux outils informatiques.

Une formation régulière à l'outil informatique, tant sur le plan du matériel que des logiciels, permettrait par ailleurs de limiter les erreurs dans la saisie des données administratives, de gestion ou médicales, avec des conséquences potentiellement importantes. Cette problématique se retrouve également dans le domaine de la saisie des données du PMSI.

### **3 – Le budget consacré au système d'information**

En 2006, les dépenses d'exploitation consacrées au SIH représentaient généralement moins de 1 % du total des dépenses d'exploitation des établissements. Quant aux dépenses d'investissement consacrées au SIH, si elles variaient de 1,6 % (CH Pont-à-Mousson) à près de 20 % (CH de Grasse), elles étaient en moyenne, d'environ 6 % dans l'échantillon. Ces chiffres doivent néanmoins être pris avec précaution, en raison des difficultés mentionnées infra de connaître avec précision le périmètre des dépenses retenu par les établissements.

### **4 – Les outils de gestion du parc informatique**

Par ailleurs, les établissements contrôlés ne disposent pas d'outils suffisants pour gérer leur parc informatique et leurs logiciels. En l'absence d'inventaire physique et d'outil performant permettant de suivre les logiciels, leurs mouvements, leur date d'installation et leur version sur les différents postes de travail, les établissements ne sont pas en mesure de connaître avec précision l'ensemble des programmes installés sur les micro-ordinateurs. Il en résulte une incertitude quant au respect de la réglementation concernant l'usage des licences, ainsi que des risques sur le plan de la sécurité interne du réseau.

## **D – Le recueil des données relatives à l'activité médicale**

### **1 – La place du département de l'information médicale (DIM)**

Le DIM, créé par la loi du 31 juillet 1991 sur la réforme hospitalière, est chargé d'organiser le recueil, la circulation et le traitement des données médicales. Avec la T2A, la mission exercée par le DIM doit s'enrichir dans la partie amont du recueil d'activité (organisation du recueil et accompagnement des services pour améliorer la production de données) et dans la partie aval de l'exploitation des

données dans le cadre du pilotage médico-économique des pôles et de l'établissement.

Les contrôles réalisés par les CRC laissent apparaître une grande diversité dans le positionnement du médecin responsable du DIM par rapport à l'équipe de direction : la plupart du temps (12 cas sur 20), celui-ci n'est pas membre du conseil exécutif de l'établissement même s'il y est parfois invité (CH Pont-à-Mousson).

Le pôle ou le service de rattachement du DIM traduit également des stratégies différentes selon les établissements. Certains ont fait le choix de ne rattacher le DIM à aucun pôle ou de le rattacher à la commission médicale d'établissement. Dans plusieurs établissements, le DIM est rattaché au pôle médico-technique

Cette diversité traduit la difficulté à définir le rôle du DIM. Au-delà de sa traditionnelle mission de codage, ses nouvelles missions, notamment dans le cadre de la T2A, n'ont pas toujours été redéfinies.

Par ailleurs, les établissements sont souvent confrontés à des difficultés de recrutement de médecins DIM. Ainsi, le CHR de Metz-Thionville a des difficultés pour pourvoir à la vacance d'un poste de praticien hospitalier au sein du département d'information médicale. De même, au CHS d'Alsace Nord, les deux postes de médecins DIM sont restés vacants plusieurs mois au cours de l'année 2007.

Plus généralement, les équipes des DIM sont, à de rares exceptions près (CHU, CHR, quelques CH), très réduites, comprenant moins de deux ETP techniciens de l'information médicale, voire simplement secrétaires médicales. Ce sont d'ailleurs les établissements déjà bien dotés du point de vue de l'information médicale (CHU Nice, par exemple), qui ont recruté des techniciens de l'information médicale destinés à seconder les DIM et les médecins cliniques dans le domaine du codage.

Enfin, les médecins responsables du DIM bénéficient rarement d'une formation suffisante en matière d'information médicale.

## **2 – Les modalités de recueil**

Alors que le codage de l'activité médicale doit être réalisé dans les services sous la responsabilité des médecins<sup>342</sup>, les contrôles réalisés par les CRC montrent que dans certains établissements ou certains services, le codage est assuré par le DIM, pour diverses raisons. Cette centralisation peut permettre de pallier le refus des médecins de pratiquer

---

342. Article L. 6113-7 et articles R. 6113-1 et suivants du code de la santé publique.

le codage dans les services ou de combler le retard de certains d'entre eux. A Auxerre, le codage par le DIM de certaines activités permet notamment de réaliser des contrôles de cohérence sur les séances de dialyse et de chimiothérapie.

Dans le cadre de la T2A de nombreux établissements s'orientent vers une plus grande professionnalisation du codage. Le CH départemental de La Roche-sur-Yon-Luçon-Montaigu procède ainsi à des reprises de codage des actes et des diagnostics en ciblant les séjours qui paraissent peu valorisés. Le codage centralisé des diagnostics (celui des actes restant aux services techniques) pourrait y être prochainement instauré, sur le modèle de ce qui se fait au CH d'Epinal.

La réalisation du codage par le DIM risque cependant de l'empêcher de se consacrer à ce qui constitue le cœur de sa mission : le contrôle de la qualité des données et leur exploitation.

La plupart des établissements ne sont pas en mesure d'apprécier l'exhaustivité du codage et le temps nécessaire pour atteindre un taux de 100 %. Le retard dans la codification apparaît comme un sujet tabou. Très peu d'informations sont délivrées au sein des réunions de gestion associant les directeurs financiers et le DIM, voire les directeurs. Les établissements préfèrent se retrancher derrière un taux d'exhaustivité (des données) proche de 100 %, obtenu parfois quelque trois mois après l'acte ou le soin pratiqué. Le délai moyen nécessaire pour atteindre 100 % d'exhaustivité varie en effet entre un mois (CHU de Tours, CH de Charleville-Mézières, CHR Metz-Thionville, CH Pont-à-Mousson, CH Beauvais, CH Epinal, CHU Reims) et un trimestre (CH Béthune).

## **E – L'utilisation du système d'information comme outil de pilotage**

### **1 – Les tableaux de bord et leur utilisation**

Le système d'information hospitalier devrait permettre à la direction et aux responsables des services et des pôles d'avoir une connaissance fiable et régulière de l'évolution de l'activité et des ressources de l'établissement, par un rapprochement avec l'état des dépenses réalisées, afin de pouvoir rectifier les éventuelles dérives. Ces outils de pilotage sont rendus plus nécessaires encore par la tarification à l'activité.

Or, tous les établissements contrôlés par les CRC ne disposaient pas de tableaux de bord d'activité et financiers (CHR de Metz-Thionville, CHS d'Alsace Nord).

Par ailleurs, dans les établissements où ils existent, les tableaux de bord ne sont que rarement exploités à des fins de pilotage. Généralement, les établissements se contentent de les mettre à disposition des directions et services concernés via l'intranet. Ainsi, au CH d'Epinal, ni le tableau de bord contenant les indicateurs de production, ni les autres indicateurs présentés de façon éparse, par exemple dans les rapports d'activité administratif et médical des différents services, n'étaient, jusqu'à une période récente, analysés conjointement par la direction, les professionnels des pôles et services et les cadres. Au CHD de la Roche-sur-Yon, les tableaux de bord ne sont analysés en commun que dans les services volontairement engagés dans une démarche de contractualisation. De même, au CH de Cahors, les responsables disposent d'informations pour piloter leur activité, mais aucune procédure ne spécifie les modalités d'échange des données.

## **2 – La comptabilité analytique**

La plupart des établissements sont capables de valoriser les coûts directs. S'agissant de la valorisation des coûts indirects en revanche, seuls quatre établissements la réalisent dans des conditions satisfaisantes : le CH d'Auxerre, le CH de Beauvais, le CH de Pontoise et le CHU de Nice, même si, dans ce dernier cas, certaines charges ne sont ventilées qu'une fois par an.

Enfin, seuls quelques établissements ont établi des comptes de résultat analytique (CREA) par pôle : CHU de Nantes, CHU de Nice, CH d'Auxerre, CH de Beauvais. D'autres le prévoient seulement pour 2008 : c'est le cas du CHS Henri Ey et du CHU de Tours, qui devait mettre en place des comptes de résultat par pôle pour l'ensemble des pôles à compter du 1<sup>er</sup> trimestre 2008, sur les données comptables et d'activité de l'exercice 2007.

Mais aucun des établissements contrôlés n'a établi d'EPRD par pôle, et aucun n'est en mesure de connaître le coût par séjour (comptabilité analytique par GHM) en raison, notamment, de l'absence d'un circuit du médicament informatisé.

## **II - Le pilotage national des systèmes d'information hospitaliers**

### **A – Une multiplicité d'acteurs insuffisamment coordonnés**

Le pilotage des systèmes d'information hospitaliers fait intervenir un grand nombre d'organismes insuffisamment coordonnés.

La direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) a délégué le développement des systèmes d'information hospitalier à plusieurs structures, et notamment au groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH)<sup>343</sup>, à la mission d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Or, les missions de ces organismes ont été insuffisamment précisées par le ministère en charge de la santé. Le premier contrat d'objectifs et de moyens du GMSIH est en voie de finalisation. L'intégration de ce GIP dans une future « agence de l'efficacité » (avec la MAINH et la MEAH) devrait permettre d'amplifier l'appui aux ARH et aux établissements sur les choix techniques, fonctionnels et les bonnes pratiques de développement informatique et de déploiement des systèmes d'information médicaux.

Quant à la MAINH, initialement créée pour accompagner le programme de rénovation du patrimoine hospitalier prévu dans le plan Hôpital 2007, sa compétence a été étendue aux systèmes d'information hospitaliers en juillet 2005. Son champ d'intervention a toutefois été limité à l'accompagnement technique et méthodologique de programmes nationaux et à la constitution et l'animation d'un réseau de chargés de mission à compétence SI auprès des ARH. Ce n'est que dans un second temps, de manière informelle, que la MAINH s'est vu confier un rôle d'appui au pilotage des investissements SIH.

De son côté, la DHOS, au nom de l'autonomie des établissements et dans un contexte où le SIH n'était pas une priorité nationale, a considéré que la maîtrise d'ouvrage ne relevait pas de son ressort mais de celui des établissements. A la suite du lancement de plusieurs chantiers (DMP, T2A) et des critiques formulées par de nombreux rapports sur la faiblesse du pilotage exercé par la DHOS, celle-ci s'est progressivement réinvestie sur le sujet SIH. Au cours de l'année 2007, le bureau E3 (« Systèmes d'information hospitaliers et PMSI ») a ainsi récupéré la

---

343. Voir le rapport sur la sécurité sociale pour 2007, pp. 322 à 325.

mission « déploiement » (animation et suivi des programmes nationaux), qui incombait jusqu'alors au pôle SIH de la MAINH. Ce transfert s'est toutefois effectué avec des moyens limités : 5 ETP en 2008.

Surtout, le positionnement de ce bureau par rapport aux autres instances susceptibles de jouer un rôle de coordination, comme la mission d'informatisation des systèmes de santé (MISS), n'a pas été clairement défini. La MISS, désormais rattachée au secrétariat général du ministère de la santé, est en effet censée coordonner la démarche d'informatisation du système de santé afin notamment de garantir la cohérence des choix stratégiques et techniques, mais n'a pas disposé, jusqu'à maintenant, de l'autorité suffisante pour remplir sa mission<sup>344</sup>.

## **B – Une réforme nécessaire mais sans cesse reportée**

### **1 – La réorganisation des opérateurs**

La nécessité de réduire le nombre d'opérateurs des systèmes d'information en santé et de renforcer le pilotage par la tutelle a été soulignée par de nombreux rapports, notamment par la Cour dans le RALFSS 2007 (recommandation 35). Or, la réorganisation des opérateurs et la redéfinition du pilotage n'ont toujours pas été engagées.

Un projet de fusion de la MAINH, de la MEAH, du GMSIH, de la mission T2A et de l'ATIH, envisagé en 2007, n'a pas abouti. Le projet de fusion entre la MAINH et la MEAH, intégré dans le PLFSS 2008, n'a pas été conduit à terme. Le projet d'agence des systèmes d'information de santé a été évoqué page 228.

L'incertitude concernant l'avenir des différents opérateurs contribue à affaiblir encore davantage le pilotage du SIH. Ainsi, la MAINH, n'ayant aucune visibilité sur son avenir, a vu partir quatre de ses cinq agents du pôle SIH au cours de l'année 2007. Or, si ses missions dans le cadre du déploiement des programmes nationaux ont été reprises par la DHOS, elle reste en charge du programme Hôpital 2012 (1,5 Md€ sur le seul volet des SIH).

### **2 – La réforme du pilotage des systèmes d'information de santé**

Plusieurs acteurs ont été chargés de redéfinir le cadre du pilotage SIH, mais de manière non coordonnée et peu transparente. Un plan stratégique des systèmes d'information de santé (PSISS) a été élaboré par

---

344. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2007 p. 325 et suivantes. Cf. supra p. 253 et suivantes.

la MISS à l'été 2007. Ce projet, qui reste très général sur les questions relatives au SIH, est soumis à la concertation depuis février 2008.

Dans le même temps, la mission de relance du DMP évoquée plus haut au chapitre V a été constituée en décembre 2007 afin de traiter l'organisation et la gouvernance du projet DMP ; la stratégie générale du projet et l'architecture du DMP ; et l'organisation et la gouvernance des systèmes d'information de santé, ce dernier axe recoupant directement celui du PSISS.

## **C – Un accompagnement insuffisant des établissements publics de santé**

### **1 – Une source de retards et de dysfonctionnements**

Dans plusieurs établissements contrôlés par les CRC, des difficultés importantes sont apparues lors de la mise en œuvre de nouveaux systèmes d'information ou de leur maintenance.

Le CH de Remiremont a rencontré des difficultés lors de la mise en place de son nouveau système d'information, en cours de déploiement depuis 2004. Ces difficultés ont notamment induit d'importants problèmes de facturation. La qualité de l'assistance apportée par le fournisseur, notamment aux services financiers, est perçue comme étant nettement insuffisante.

De même, au CHU de Nice, le projet de système d'information prévu dans le SDSI 2002-2006 a connu un démarrage difficile, avec la défection du prestataire initialement retenu : bien que le CHU, pour établir son choix, ait eu recours au centre national d'expertise hospitalière (CNEH) et à un cabinet d'avocats, le déploiement du projet a rapidement mis en évidence l'incapacité du groupement prestataire à tenir ses engagements contractuels. L'établissement s'est alors décidé à acquérir un autre logiciel, déployé à partir de 2004. Toutefois, le module facturation de ce logiciel ne donne pas totalement satisfaction, du fait notamment de délais de mise à jour par le prestataire, dans un environnement réglementaire très évolutif.

Enfin, le CH d'Epinal n'a pas réussi à faire aboutir son projet de refonte de son système d'information de production de soins. Le règlement de consultation élaboré par une société de conseil comportait plusieurs anomalies, ce qui a conduit à déclarer l'appel d'offres infructueux en 2006. Aucune nouvelle procédure de consultation relative au même objet n'a été lancée à ce jour.

Ces exemples montrent que les établissements auraient besoin d'être davantage guidés dans le choix des éditeurs et des prestataires. De même, il conviendrait d'aider les établissements à renforcer leurs



compétences en matière d'achat afin qu'ils puissent mieux passer les marchés de prestations en système d'information. Une telle démarche devrait s'inscrire dans le cadre du développement de la mutualisation entre établissements de santé.

## **2 – L'insuffisance des aides pour choisir un éditeur et/ou un produit**

Les outils développés par la tutelle sont peu nombreux et insuffisants par rapport aux attentes des établissements.

Le GMSIH a réalisé une base prestataires/produits destinée à fournir aux établissements de santé un panorama des prestataires et des solutions adaptées à leurs besoins dans le domaine des SIH. Cette base, si elle a le mérite de fournir une information synthétique dans un secteur marqué par la prolifération des prestataires (408 éditeurs référencés), reste toutefois incomplète et difficilement exploitable. Les informations très réduites figurant dans la base sont communiquées par les éditeurs et ne sont pas certifiées.

Par ailleurs, le GMSIH a réalisé des analyses des offres du marché, mais ces travaux restent rares<sup>345</sup>, volumineux et prudents quant au jugement porté sur le produit et l'éditeur. La dimension du prix n'est pratiquement pas abordée. De son côté, la MAINH a réalisé, dans le cadre du programme urgences, un outil d'aide à la décision pour choisir un logiciel d'informatisation des urgences. Il s'agit cependant d'une intervention isolée. En outre, la programmation de cette étude n'est pas satisfaisante : elle a été réalisée à l'automne 2007, alors que le programme d'informatisation des urgences touchait à sa fin.

## **3 – L'insuffisance des référentiels et des cahiers des charges**

Les référentiels et les études du GMSIH sont dans l'ensemble très approfondis, souvent volumineux et d'un niveau technique élevé, ce qui les rend difficilement abordables pour certaines directions et équipes informatiques des établissements, notamment de petite taille. Il conviendrait par conséquent de faciliter l'appropriation de ces référentiels par tous les établissements de santé.

---

345. Analyse de l'offre du marché concernant les logiciels de gestion du temps (RTT) (décembre 2001), analyse comparative des offres du marché de SI destinées aux établissements de santé sous OQN (juin 2004), analyse du marché des logiciels de gestion intégrés (PGI) et modalités d'application dans les établissements de santé (janvier 2005), systèmes d'information décisionnels dans les établissements de santé : analyse de l'offre éditeur au 31/07/2007 (août 2007).

Par ailleurs, le nombre de référentiels réalisés par le GMSIH est relativement faible par rapport à ses autres travaux et ne couvre qu'un champ limité des besoins des établissements.

Surtout, ils ne sont pas opposables aux établissements de santé et aux éditeurs. De fait, les référentiels produits dans le domaine des SIH ne sont pas appliqués : les établissements de santé et les éditeurs ne les connaissent pas forcément et/ou ne sont pas en mesure de les décliner au niveau local.

A l'exception de l'informatisation des urgences, aucun cahier des charges national n'a été défini, ce qui pénalise les petits établissements, peu dotés en personnel qualifié, et constitue un risque en matière d'interopérabilité. Il conviendrait, chaque fois que cela est possible, de définir des cahiers des charges nationaux.

D'ailleurs, le projet de contrat d'objectif et de moyens du GMSIH, déjà évoqué, fixe au GIP différents objectifs notamment en matière d'analyse et d'évaluation de l'offre industrielle et d'adaptation des référentiels aux différentes catégories d'établissements.

#### **4 – Une coopération à développer au niveau local**

La mutualisation entre les établissements de santé doit être recherchée. Elle pourrait, au niveau de la maîtrise d'œuvre, être envisagée dans le cadre d'une meilleure utilisation des possibilités ouvertes par le code des marchés publics, notamment en ce qui concerne les groupements de commandes.

Quant aux structures régionales d'informatique hospitalière (SRIH), qui exercent aujourd'hui à la fois des activités de coopération et des activités commerciales (édition et diffusion de logiciels, conseil), il conviendrait que leur mission soit précisée et que les modalités d'exercice de leurs activités soient encadrées, de manière à garantir le respect du droit de la concurrence.

### **III - L'appui régional aux projets des établissements en matière de systèmes d'information hospitaliers**

#### **A – Une mobilisation inégale des agences régionales de l'hospitalisation**

Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) fournissent un appui financier et méthodologique aux projets de développement des systèmes d'information des établissements de santé. Les ARH disposent du réseau des chargés de mission régionaux SIH de la MAINH. Ces chargés de mission, placés auprès du directeur de l'ARH, doivent assurer le déploiement des plans nationaux (DMP, urgences, tarification à l'activité).

Les tableaux de bord de la MAINH relatifs au degré d'avancement des programmes nationaux montrent cependant que les régions sont inégalement mobilisées sur ces dossiers et que les chargés de mission ne sont pas tous enclins à assurer la remontée d'informations.

Dans certaines régions, les chargés de mission SIH, à la demande du directeur de l'ARH, se sont mobilisés sur le développement de projets régionaux, comme les plateformes régionales d'interopérabilité.

Il reste que les ARH disposent rarement d'une vision générale des systèmes d'information des établissements de leur région. Quelques ARH ont fait réaliser par un prestataire un état des lieux des systèmes d'information hospitaliers (ARH Pays de la Loire) ou réalisé elles-mêmes cet état des lieux (Rhône-Alpes sur le dossier patient). Ces initiatives demeurent toutefois ponctuelles et minoritaires.

#### **B – La mise en œuvre des plans nationaux : l'exemple de l'informatisation des urgences**

Le plan urgences comprenait deux volets relatifs à l'informatisation des services d'urgence.

La mesure 15 prévoyait la mise en place d'un dispositif national de veille et d'alerte sanitaire, sous la forme d'indicateurs d'activité disponibles à partir des services d'urgence. Les objectifs chiffrés associés étaient au nombre de trois : 85 % des passages aux urgences informatisés fin 2007 ; 100 % des passages aux urgences des CHU informatisés fin 2007; et 100 % des sièges de SAMU informatisés en 2008.

Ces objectifs n'ont pas été atteints. Un état des lieux réalisé par la MAINH en 2007 montrait que seuls 66 % des passages aux urgences étaient informatisés, ce taux atteignant 71 % dans les CHU. Au-delà de ce retard, la Cour note un manque de préparation de ce programme national : l'urgence du calendrier a conduit les établissements et les éditeurs, en l'absence d'un cahier des charges suffisamment normalisé, à déployer des applications non interopérables avec le reste du système d'information patient. Par ailleurs, ce n'est que tardivement que la MAINH a pu transmettre aux établissements une analyse de l'offre éditeurs.

La mesure 16 du plan Urgences visait à mettre progressivement en place un système d'information territorial complet sur les urgences articulant péri-hospitalier, pré-hospitalier et intra-hospitalier. L'objectif de cette mesure était d'assurer l'intégrité et la continuité de la chaîne d'information, et de faciliter le travail des acteurs de terrain.

Dans le cadre de cette mesure, un appel à projets doté d'une enveloppe reconductible de 1,5 M€ a été lancé en 2005 auprès des régions. Cette enveloppe a permis de financer 12 projets, qui ont fait l'objet d'un retour d'expérience dans le cadre d'une « étude sur les échanges entre structures d'urgence : nomenclatures et normes ». Cette étude souligne que les principales difficultés rencontrées sont l'absence de sémantique partagée (normes et nomenclatures) ainsi qu'un besoin d'appui national sur les chantiers techniques<sup>346</sup>. Aucun plan d'actions n'a toutefois été mis en œuvre pour faire suite à ces recommandations.

## **C – Le développement des plateformes régionales d'interopérabilité**

Afin de faciliter le partage d'informations médicales entre les acteurs de la santé, plusieurs ARH ont pris l'initiative de soutenir le développement de plateformes régionales d'interopérabilité.

Mais en l'absence d'un cadre de référence commun, il existe autant de projets que de régions. Les structures portant ces projets sont de nature très diverse : groupement de coopération sanitaire, groupement d'intérêt public, établissement public de santé... Dans certaines régions, les projets de plateformes régionales, lancés depuis plusieurs années, ont déjà conduit au développement de plateformes opérationnelles, tandis que

---

346. Plusieurs chantiers sont évoqués : cahier des charges du répertoire opérationnel des ressources (ROR), suivi des travaux sur les annuaires, réflexion sur la mise à disposition des SAMU d'une base cartographique, besoin de rationaliser et mutualiser les cahiers des charges de renouvellement des autocoms.

d'autres régions en sont au stade du lancement de projet. Aucun acteur ne dispose d'une vue d'ensemble sur ces projets.

Afin d'éviter le développement de solutions régionales incompatibles, il serait nécessaire de définir au niveau national l'urbanisation du système d'information de santé. Début janvier 2008, à la demande du comité de pilotage stratégique des systèmes d'information, la DHOS et la MISS ont confié au GMSIH et au GIP DMP la réalisation d'une étude commune devant apporter à l'Etat et à l'assurance maladie « des éléments leur permettant d'apprécier, dans un état des lieux, l'ampleur et la portée du développement de ces plates formes de service ; de connaître la typologie des services qu'elles assurent ainsi que les divers choix techniques retenus ; d'en mesurer les apports pour les professionnels de santé ; et d'apprécier la nécessité de faire définir un cadre de référence pour la mise en œuvre et le développement de ces plateformes ». Cette étude devait être remise pour fin mars 2008.

Si cette initiative va dans le bon sens, en dépit de son caractère très tardif, il convient de souligner que, dans l'intervalle, les ARH, dans le cadre d'Hôpital 2012, font remonter des demandes de financement relatives à des projets de plateforme régionale. Ces projets vont donc continuer à se développer avant qu'un cadre de référence soit défini. Il conviendrait par conséquent de reporter l'attribution des financements Hôpital 2012 pour ces projets, dans l'attente de ces travaux nationaux.

## **D – Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens**

Institués par les ordonnances d'avril 1996, les contrats d'objectifs et de moyens (COM) signés entre les établissements et les ARH, auxquels ont succédé en 2007 les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), constituent un instrument de pilotage essentiel pour les établissements hospitaliers.

Pourtant, le volet SIH n'était que rarement intégré dans les COM « ancienne génération ». Lorsque le SIH était mentionné, c'était principalement sous forme d'avenants se limitant à énoncer les moyens financiers accordés par l'ARH pour financer un projet, dont les modalités de mise en œuvre n'étaient pas détaillées. Par ailleurs, certains établissements ne disposaient même pas de COM.

A la différence des précédents COM, les CPOM mentionnent désormais systématiquement le SIH. Toutefois, les objectifs assignés aux établissements dans ces contrats sont généralement peu précis et les moyens financiers correspondants ne sont pas précisés. En particulier, il n'existe pas d'articulation systématique entre le CPOM et Hôpital 2012 ni

entre le CPOM et le schéma directeur des systèmes d'information de l'établissement.

## **IV - Le financement du système d'information hospitalier**

### **A – Un financement mal connu**

#### **1 – Le budget consacré au système d'information dans les établissements**

La part du budget des établissements de santé consacrée au système d'information est souvent estimée à 1,5 %. Le plan Hôpital 2012 devait permettre de doubler ce chiffre.

En réalité, faute d'outil de suivi et de pilotage dans ce domaine, il n'existe pas de source d'information fiable s'agissant du budget SIH des établissements de santé. Les données des enquêtes disponibles (GMSIH, collège des DSIO...), sont partielles et/ou ne portent que sur un échantillon restreint d'établissements. Les quelques outils de suivi disponibles au niveau national ont été élaborés selon des méthodologies différentes et ne donnent pas nécessairement des résultats comparables. Ainsi, le retraitement comptable et la base d'Angers ne reposent-ils pas sur les mêmes règles de répartition des charges.

Outre l'absence de remontée d'information sur ce sujet, une difficulté supplémentaire provient du fait que les affectations des dépenses sur les comptes budgétaires diffèrent d'un établissement à l'autre. Par exemple, certains établissements ne dissocient pas les amortissements matériels et logiciels. Les dépenses de télécommunications et de ressources humaines (services informatiques) ne sont pas traitées de la même façon par tous les établissements.

Depuis fin 2006, la DHOS a engagé une réflexion sur les règles d'imputation budgétaire des dépenses du système d'information. Il est nécessaire que ce travail aboutisse rapidement, dans le contexte d'un important soutien financier apporté au titre du plan Hôpital 2012<sup>347</sup>.

---

347. Des modifications du plan comptable permettant de mieux tracer les dépenses afférentes à ces activités devraient être mises en œuvre à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009.

## **2 – Les financements affectés au développement des systèmes d'information**

Plusieurs sources de financement ont eu pour objet d'aider les établissements de santé à financer des projets dans le domaine SIH : des financements versés par les ARH dans le cadre d'Hôpital 2007, le plan urgences, une enveloppe ONDAM spécifique en 2006, enfin Hôpital 2012.

Ni la tutelle nationale, ni les ARH ne disposent d'une vision synthétique des financements accordés à l'ensemble des établissements de santé pour les systèmes d'information. A fortiori, nul n'est en mesure de connaître le montant global des aides dont a pu bénéficier chaque établissement, ni quels sont les éditeurs et les applicatifs qui ont bénéficié de ces financements.

## **3 – Les financements ciblés par projet**

Plusieurs aides ciblées ont été octroyées aux établissements de santé afin de les aider à développer leur système d'information dans le cadre des projets DMP, urgences et tarification à l'activité. Mais l'utilisation de ces aides n'a pas non plus fait l'objet d'un suivi rigoureux.

En 2006, une dotation d'environ 30 M€ a été allouée aux ARH afin de leur permettre de soutenir l'investissement nécessaire à l'adaptation des systèmes d'information des hôpitaux pour la mise en œuvre de la tarification à l'activité et du dossier médical personnel<sup>348</sup>. Au final, 922 projets ont été financés pour un montant total de 25,36 M€. En réalité, les crédits n'ont pas été toujours employés conformément à leur objet. Par ailleurs, le ministère, la CNAMTS et le GIP DMP ne tiennent aucun tableau de bord pour recenser ces financements ONDAM, et ne rassemblent aucune évaluation de leur usage effectif.

Plus marginalement, le GIP DMP a affecté des crédits dans le domaine des SIH (ses interventions sont évoquées au chapitre VII).

Enfin, dans le cadre du plan Urgences, un budget spécifique et reconductible de 4,2 M€ en 2004 a été affecté à l'informatisation des urgences. Une partie de ces crédits (2,7 M€) a été attribuée aux régions sur la base d'une répartition forfaitaire, en fonction de l'activité régionale des urgences. La DHOS, la MAINH et les ARH ne disposent pas, là encore, d'un suivi de l'utilisation de ces financements.

---

348 . Circulaire DHOS/F2/DSS/1A n° 2006-81 du 24 février 2006 relative à la campagne tarifaire 2006 des établissements de santé.

## **B – Les enveloppes généralistes**

### **1 – Hôpital 2007**

Initialement destiné à financer des opérations immobilières, le plan Hôpital 2007, doté de 6 Md€, a finalement été étendu au SIH, mais de manière marginale : l'enveloppe consacrée aux projets SIH pouvait représenter 3 à 5 % de l'enveloppe régionale, mais il n'existait pas d'enveloppe dédiée au SIH.

Aucun cadre de référence n'a été défini pour préciser les critères de choix des projets, les priorités fonctionnelles, la stratégie de financement, la place « réservée » aux logiques de coopération. Dans ces conditions, les crédits ont été octroyés sur la base du « premier arrivé premier servi » et dans une logique de saupoudrage amplifié par la procédure choisie d'appel à projets. Au total, 503 opérations ont obtenu un financement dans le cadre d'Hôpital 2007.

Le total des aides accordées entre 2003 et 2007 pour financer ces opérations a représenté 155,76 M€ (44,90 M€ sous forme de subventions en capital versées par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et 110,86 M€ sous formes d'aide au fonctionnement versées dans le cadre l'ONDAM). A cette somme, il faut ajouter le reliquat des crédits initialement dédiés à l'investissement immobilier mais non utilisés en 2005 et 2006 et qui a été reporté en 2007 sur les opérations relatives au système d'information. Le montant prévisionnel de ce reliquat était estimé à 8,5 M€ (4,9 M€ FEMSPP, 3,6 M€ ONDAM). La MAINH ne dispose pas du bilan de ce qui a été effectivement versé par les ARH.

Par ailleurs, les crédits d'Hôpital 2007 ont été alloués entre 2003 et 2006 sans que le suivi des projets ne soit organisé au niveau des régions ni qu'aucun bilan financier de l'utilisation de ces crédits soit réalisé. Un premier bilan a été dressé ex post en 2006, mais il est resté très incomplet. Toutefois, le bilan global de plan Hôpital 2007, inscrit au programme 2008 de la MAINH, est en cours de réalisation.

### **2 – Hôpital 2012**

Le plan Hôpital 2012, doté d'un budget de 10 Md€ d'investissements, doit permettre de financer la recomposition hospitalière dans le cadre des territoires de santé ; de mettre à niveau des SIH ; et d'assurer une mise aux normes exceptionnelle de sécurité. La part des crédits consacrés au SIH représente 15 % de l'enveloppe globale,



soit 1,5 Md€. Une première tranche (0,5 Md€) doit être attribuée en 2008, la seconde (1 Md€) en 2009.

Par rapport à Hôpital 2007, des progrès ont été réalisés : des enveloppes régionales ont été dédiées au SIH, des priorités fonctionnelles et des critères d'éligibilité des projets ont été définis, un dossier type a été fourni aux ARH, des modalités d'instruction ont été précisées.

Pour autant, compte-tenu du montant considérable de l'enveloppe SIH d'Hôpital 2012, ces améliorations restent insuffisantes : les outils d'aide à la décision ont été fournis aux établissements et aux ARH trop tardivement pour permettre le respect du calendrier prévu dans de bonnes conditions. De même, les modalités d'instruction et de validation des dossiers au niveau national n'ont été fixées que début 2008<sup>349</sup>.

Au total, le calendrier défini pour l'octroi des crédits apparaît beaucoup trop resserré compte-tenu de la volonté légitime exprimée par les acteurs de ne pas reproduire les erreurs d'Hôpital 2007. Il serait par conséquent opportun de revenir sur la décision qui a été prise de dépenser un tiers de l'enveloppe SIH lors de la première tranche, soit 500 M€ pour 2008.

Ce report permettrait d'améliorer l'accompagnement des établissements de santé dans le montage de leurs projets et de limiter les risques d'une mauvaise utilisation des crédits. En effet, les établissements, qui n'ont que rarement les moyens humains nécessaires pour accompagner les projets, n'ont pas toujours été en mesure de présenter des projets aboutis. Par ailleurs, le montant important des aides susceptibles d'être accordées risque d'inciter les éditeurs et les prestataires à gonfler leur prix. Or, la connaissance par la tutelle régionale et nationale des prix du marché est pour le moment très limitée. Enfin, les éditeurs risquent de ne pas être en mesure de répondre à l'afflux des commandes générées par Hôpital 2012.

---

349. Trois fenêtres de dépôt de dossiers ont été ouvertes pour la première tranche du programme en 2008 et la phase de validation nationale des premiers dossiers a débuté en mars 2008.

---

**SYNTHESE**

---

*Les contrôles réalisés dans les établissements de santé en 2007 soulignent l'inégale mobilisation des équipes de direction dans le pilotage et le suivi de la politique de développement du système d'information hospitalier. La couverture fonctionnelle des établissements reste très insatisfaisante en ce qui concerne le dossier du patient, en raison notamment de l'absence de dossier médical informatisé unique, et de l'absence d'articulation entre ce dossier médical, le dossier de soins infirmiers et la prescription informatisée du médicament.*

*Les lacunes du système d'information hospitalier sont en grande partie dues à la faiblesse du pilotage exercé par la tutelle. La volonté de préserver l'autonomie des établissements et l'éclatement des responsabilités entre plusieurs structures et opérateurs ont empêché de développer une véritable politique d'accompagnement des établissements de santé. Or, ces derniers disposent rarement des compétences et des moyens suffisants pour pouvoir conduire isolément leurs projets de développement SIH. Quant à l'appui apporté par les ARH, il est très inégal selon les régions.*

*Dans ce contexte, l'appui financier apporté par la tutelle, notamment dans le cadre d'Hôpital 2012, risque d'être mal employé. Le calendrier, trop resserré, risque de conduire à ce que soient retenus des projets insuffisamment préparés.*

---

**RECOMMANDATIONS**

---

*41. Redéfinir le rôle respectif des structures responsables du pilotage des systèmes d'information hospitaliers.*

*42. Assurer un suivi des dépenses réalisées par les établissements dans le domaine des systèmes d'information.*

*43. Elaborer un cadre de référence pour le développement des plateformes régionales d'interopérabilité.*

*44. Redéfinir un calendrier de financement du plan Hôpital 2012 compatible avec les délais d'élaboration de dossiers pertinents.*

---