

# LE PARTAGE D'INFORMATION AU CHEVET DE L'HÔPITAL

Livre Blanc

**Etat de l'offre en matière de  
Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH)  
disponibles en France et  
Préconisations par les industriels privés**

## Contacts

---

### **SNIIS**

Défense 1 - 20 place de Seine  
92086 Paris la Défense cedex  
Tel 01 49 00 30 20 – Fax 01 49 00 30 35  
[www.sniis.fr](http://www.sniis.fr)

### **LESISS**

120, avenue Charles de Gaulle  
92100 Neuilly sur Seine  
Tel 01 72 92 06 38  
Fax 01 72 92 05 99  
[www.le6.org](http://www.le6.org)

## Préambule

---

Créé en 1996 par les prestataires spécialisés du marché, le Syndicat National des Industries d'Information de Santé (SNIIS) se compose aujourd'hui des principaux acteurs des systèmes d'information de la sphère hospitalière.

Afin de répondre aux demandes appuyées des représentants de la puissance publique, soucieux de disposer d'un interlocuteur institutionnel pour représenter les principaux prestataires dans le domaine sanitaire, le SNIIS co-fondait à la fin de l'année 2004 une fédération professionnelle : Les Entreprises des Systèmes d'Information Sanitaires et Sociaux (LESISS). Composé de plus de 60 membres, – (liste en annexe) cette fédération est aujourd'hui le représentant clairement identifié des industries d'information de santé, tous secteurs confondus.

Ce livre blanc, élaboré sous la responsabilité d'Eddie Anoufa, membre du Conseil d'administration du SNIIS et Président de LESISS, a été réalisé par Bernard Thibault du cabinet **Infine-conseil** ([www.infine.org](http://www.infine.org)), spécialisé dans les systèmes d'information de santé.

Le SNIIS tient à remercier les personnalités qui ont bien voulu apporter leur concours à la réalisation de cette étude, contributeurs d'horizons divers mais tous proches de l'informatique hospitalière et experts dans leurs domaines respectifs.

Les adhérents du SNIIS ont également apporté un concours précieux par les informations, pour certaines confidentielles, qu'ils ont bien voulu communiquer au groupe de travail, mais également par leurs apports sur le plan des propositions et préconisations.

**SOMMAIRE**

<b><u>PRÉAMBULE .....</u></b>	<b><u>1</u></b>
<b><u>PROLÉGOMÈNES.....</u></b>	<b><u>5</u></b>
<b><u>1. INTRODUCTION .....</u></b>	<b><u>7</u></b>
1.1 Les systèmes d'information au cœur des enjeux auxquels sont confrontés les établissements de santé .....	7
1.2 Un retard important des établissements de santé, dont les causes majeures sont identifiées.....	8
1.3 Pourquoi ce Livre Blanc ?.....	9
1.4 Démarche et méthode.....	9
<b><u>2. HISTORIQUE DES SYSTÈMES D'INFORMATION HOSPITALIERS (SIH).....</u></b>	<b><u>11</u></b>
2.1 Introduction.....	11
2.2 De la circulaire de 1970 à celle de 1999 .....	12
2.3 Des rapports plus récents qui constatent la situation des systèmes d'informations des établissements de santé .....	15
2.4 En conclusion.....	15
<b><u>3. EVOLUTION RÉCENTE DES STRUCTURES RÉGIONALES D'INFORMATIQUE HOSPITALIÈRE (SRIH)</u></b>	<b><u>17</u></b>
3.1 Evolution des SRIH.....	17
3.2 La situation actuelle des SRIH .....	18
<b><u>4. CAS PARTICULIER DU GIE SYMPHONIE.....</u></b>	<b><u>21</u></b>
4.1 Contexte et historique .....	21
4.2 Les modalités de la privatisation.....	22
4.3 L'après privatisation.....	23
4.4 Quels enseignements tirer de cette opération ?.....	23
<b><u>5. LA SITUATION D'ENSEMBLE DU MARCHÉ.....</u></b>	<b><u>26</u></b>
5.1 Quelques données de base du marché .....	26
5.2 Les budgets consacrés par les établissements publics de santé à leur informatisation .....	27
5.3 Le niveau d'équipement des établissements en matière de systèmes d'information.....	28
5.3.1 <i>Segmentation fonctionnelle</i> .....	28
5.3.2 <i>Taux d'équipement</i> .....	28
<b><u>6. COMPARAISON AVEC NOS VOISINS EUROPÉENS .....</u></b>	<b><u>33</u></b>

<b>7. ETAT ACTUEL DE L'OFFRE ADMINISTRATIVE SUR LE MARCHÉ FRANÇAIS .....</b>	<b>34</b>
7.1 Introduction.....	34
7.2 Les résultats de l'étude .....	36
7.2.1 Répartition globale des parts de marché par type de progiciel.....	36
7.2.2 Répartition globale des parts de marché par catégorie d'établissement .....	39
7.2.3 Répartition des parts de marché par éditeurs privés.....	43
<b>8. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>45</b>
8.1 Une situation alarmante tant sur le plan de la demande que de l'offre .....	45
8.2 Une situation qui nécessite de créer les conditions d'un véritable marché..	46
8.3 Par une politique claire permettant de disposer d'une vision à long terme .	46
8.4 Par la mobilisation, au niveau des EPS, des moyens nécessaires pour la mise en œuvre de véritables SIH communicants.....	46
8.5 Par une évolution progressive des activités des SRIH.....	47
8.6 Dans un cadre de concertation qui englobe l'ensemble des acteurs.....	50
<b>9. ANNEXES.....</b>	<b>51</b>
9.1 Annexe 1 : Rappels sur les circulaires et rapports.....	51
9.1.1 Circulaires .....	51
9.1.2 Les rapports majeurs des dix dernières années mentionnant l'informatique hospitalière.....	58
9.2 Annexe 2 : Détail des résultats de l'étude .....	69
9.2.1 Données de Base.....	69
9.2.2 Parts de marché des éditeurs privés .....	70
9.3 Annexe 3 : Liste des membres de la fédération LESISS .....	72
9.4 Annexe 4 : Acronymes .....	74

*« A travers toutes les pistes explorées jusqu'ici pour réformer l'hôpital public, le partage de l'information est la clé de voûte de cette évolution »*

*L'hôpital public en France : bilan et perspectives  
Conseil Économique et Social - juin 2005*

## Prolégomènes

Dans le concert des nations industrialisées la France se trouve aujourd'hui dans une situation paradoxale : salué par les études de l'OMS qui placent sa qualité dans le peloton de tête, son système de santé est aujourd'hui – le phénomène s'aggrave à mesure que passent les années – en but à de réelles difficultés. Plaçant la France au cinquième rang des pays de l'OCDE avec 10,5 % de la richesse nationale qui leur ont été consacrées en 2004, les dépenses de santé sont sur une pente inflationniste alarmante qui pose question pour l'avenir, tant des acteurs que des bénéficiaires de la sphère sanitaire. A cet égard et pour mémoire le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie prévoyait récemment qu'à trajectoire constante le déficit annuel déjà abyssal de l'assurance maladie culminera en 2020 à plus de 66 milliards d'euro (hors charge de la dette). Or, si la santé n'a pas de prix elle a toutefois un coût, que notre pays semble pour la circonstance avoir des difficultés croissantes à mettre en adéquation avec ses possibilités. Cette situation est d'autant plus préoccupante que comparé à la plupart de nos partenaires de l'Union européenne dont la gestion aboutit à de moindres déséquilibres financiers, notre système de couverture sanitaire conduit, en dépit des ressources engagées, à des résultats moins satisfaisants s'agissant de l'espérance de vie à la naissance, de la mortalité infantile ou du taux de mortalité lié au cancer.

Ce constat dressé, **une question reste entière : quelles raisons ont pu conduire à ce bilan en demi-teinte** dans un pays dont le potentiel – humain et technologique – en font un leader mondial dans bien d'autres domaines ?

Deux postes de dépenses, dont l'optimisation relève de l'absolue nécessité, sont principalement à l'origine de nos piètres performances ; la médecine ambulatoire et les

établissements hospitaliers. A cet égard et bien que les remarques formulées dans ce document s'appliquent dans une très large mesure aux acteurs de la médecine de ville, la présente étude ne traite de la situation que de la seule sphère hospitalière, qui mobilise plus de la moitié des ressources engagées. L'analyse réalisée se focalise sur l'outil fondamental d'amélioration des pratiques de la sphère hospitalière, évoqué dans une récente étude du Conseil Économique et Social : « A travers toutes les pistes explorées jusqu'ici pour réformer l'hôpital public, *le partage de l'information* est la clé de voûte de cette évolution ». Le système d'information hospitalier, et au-delà le partage d'information généralisé en santé constituent en effet le moyen grâce auquel, par l'amélioration des usages, par le renforcement de l'égalité des chances pour l'ensemble des assurés, et accessoirement par la meilleure affectation des ressources de la collectivité, nos systèmes sanitaire et social s'adapteront aux évolutions amples et inévitables.

Détaillées avec précision dans le corps de ce Livre blanc, **7 points sont évoqués pour expliciter les raisons qui font de la France la lanterne rouge de nos partenaires de l'Union en matière de systèmes d'information, entre autres hospitaliers** : l'absence d'une politique claire et continue des pouvoirs publics, la faiblesse chronique des budgets consacrés au système d'information, la difficulté à percevoir ces systèmes comme stratégiques, la faiblesse des maîtrises d'ouvrage, l'absence d'une véritable démarche d'accompagnement du changement, la dispersion des travaux en matière d'interopérabilité, et la faible taille du marché, dont la distorsion de concurrence de prestataires publics aggrave l'embolie.

Ce document, qui résulte de l'expertise des promoteurs de solutions spécialisées du marché et de personnalités expertes

du marché, ne vise pas à dresser un simple constat d'échec ou un réquisitoire à l'encontre des responsables d'une situation qui nécessite une reconfiguration ample et urgente. Tous les acteurs – Etat, institutions, responsables d'établissements et leurs personnels, organismes payeurs, industries spécialisées – sont en effet collectivement impactés par les réformes en cours, et doivent unir leurs efforts dans une approche concertée des solutions à mettre en oeuvre.

C'est ce à quoi tend ce Livre blanc, qui dans cette optique brosse un tableau factuel mais sans concession de 20 années d'une informatisation des établissements publics de santé à vocation essentiellement administrative. Il formule en outre des propositions réalistes et constructives qui, sans bouleverser les intérêts fondamentaux des acteurs impliqués, sont de nature à leur donner les moyens de relever les défis auxquels ils doivent, et devront davantage faire face.

Si ces propositions sont entendues - comment pourraient-elles ne pas l'être ? - et si les décisions rapides qui en découlent sont prises, il sera alors possible d'impulser une réponse appropriée aux nouveaux défis que doivent relever les hôpitaux français. Subsidièrement, et ce ne sera pas la moindre des conséquences positives, la mise en oeuvre de ces recommandations permettra de replacer la France, qui en matière de systèmes d'information accroît chaque année son retard et dont les industries spécialisées végètent, au rang d'excellence que mérite notre pays dans le concert des nations.

## 1. Introduction

---

### **1.1 Les systèmes d'information au cœur des enjeux auxquels sont confrontés les établissements de santé**

Au-delà de la recherche permanente d'un équilibre entre la maîtrise des dépenses de santé et la qualité des soins apportés aux patients, les établissements de santé sont confrontés à un certain nombre d'enjeux majeurs concrets pour lesquels la performance et la qualité des systèmes d'information constituent aujourd'hui, et de plus en plus, une nécessité incontournable.

Ces enjeux sont liés à des évolutions de natures diverses : évolutions réglementaires, exigence de sécurité et de qualité, nécessité de disposer d'un accès aisé à l'information, évolution des organisations... Sans prétendre à une exhaustivité, il n'est pas inutile de rappeler certaines de ces exigences fortes qui s'imposent de façon croissante aux établissements de santé :

- ✓ L'accès du patient à son dossier, au travers notamment des dispositions de la loi du 4 Mars 2002,
- ✓ Le développement des réseaux de santé associés à la prise en charge du patient dans le cadre de réseaux coordonnés, auxquels sont nécessairement associés les établissements de santé, lorsqu'ils n'en sont pas eux-mêmes les initiateurs,
- ✓ Des exigences croissantes en matière de qualité, tant par le biais des nouveaux référentiels de l'ex-ANAES, aujourd'hui rattachée à la Haute Autorité de Santé, que par les exigences posées par les textes réglementaires,
- ✓ La généralisation d'une politique de prévention, d'identification et de suivi des risques à tous les niveaux de l'activité des EPS et bien évidemment en relation directe avec la prise en charge des patients
- ✓ Les orientations de la loi du 13 Août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, qui incite à une meilleure coordination des soins par la mise en place du Dossier Médical Personnel (DMP), du médecin traitant, et par une incitation à une prescription mieux maîtrisée des actes et des médicaments,
- ✓ Les évolutions liées au mode de financement des établissements de santé, par la mise en place de la T2A et de la CCAM qui induisent, au-delà des aspects purement techniques, une démarche rigoureuse sur le plan de l'organisation, et la mise en place de modalités de saisie de l'information, garantissant qualité et exhaustivité de l'information
- ✓ Dans le prolongement de ces réformes, impulsées par le plan Hôpital 2007, ce sont les modalités de financement des établissements qui évoluent de façon drastique, ainsi que les modes de gestion, qui nécessitent la mise en place d'outils de contrôle de gestion performants permettant de mesurer de façon précise l'activité des établissements, de définir et de suivre des indicateurs de performance tant quantitatifs que qualitatifs.
- ✓ Les événements récents liés à la canicule, qui ont incité les pouvoirs publics à la définition et la mise en place d'un plan spécifique lié aux urgences, et induisent la nécessaire disponibilité ainsi qu'une exploitation rapide et performante d'informations de santé publique à partir de données provenant des structures hospitalières notamment,

- ✓ La mise en œuvre du Plan Cancer visant à optimiser la prise en charge des patients concernés et à assurer une meilleure qualité des soins par une coordination renforcée des acteurs de santé,
- ✓ Les évolutions liées à la nouvelle organisation du temps de travail, couplées avec la raréfaction croissante de certaines ressources, nécessitent d'optimiser de façon continue les ressources disponibles tout en garantissant la meilleure qualité des soins,
- ✓ ...

Il est évident que ces évolutions majeures et concomitantes auxquelles sont confrontés les établissements de santé ne peuvent être mises en œuvre qu'au travers d'un système d'information performant et communicant, dans le cadre d'un schéma directeur rigoureux du système d'information.

Face à ces évolutions majeures, la très grande majorité des acteurs concernés s'accorde à considérer aujourd'hui que **les systèmes d'information des établissements de santé ne sont pas à la hauteur des enjeux actuels et à venir.**

La mise en œuvre du DMP prévue à l'échéance 2007 par les pouvoirs publics se heurtera très probablement à un blocage compte tenu du niveau très faible d'informatisation actuel des établissements de santé pour ce qui relève du dossier du patient, alors même que ces établissements doivent mettre en œuvre la CCAM et la T2A, dans un contexte pour le moins difficile, qui absorbe une grande partie des budgets informatiques et des ressources et qui induisent des changements organisationnels lourds.

Les raisons invoquées pour expliquer ce retard de l'informatique hospitalière sont multiples et des visions quelque peu divergentes se font jour entre les experts du domaine. Pour autant il apparaît qu'un consensus s'établit sur quelques axes majeurs qu'il nous apparaît important de rappeler.

## **1.2 Un retard important des établissements de santé, dont les causes majeures sont identifiées**

De l'étude des rapports, analyses, exposés, articles, ... consacrés à l'informatique hospitalière ces dernières années il ressort certains thèmes qui reviennent de façon récurrente et sur lesquels les acteurs paraissent aujourd'hui d'accord, mais pour lesquels on peut constater que peu de progrès ont été réalisés.

- ✓ **L'absence d'une politique claire et continue des pouvoirs publics** : le chapitre ci-après sur l'historique des systèmes d'information hospitalier est éloquent. Cette situation est naturellement préjudiciable au marché par les risques permanents liés à des changements potentiels d'orientations.
- ✓ **La faiblesse chronique des budgets consacrés au système d'information** par les établissements publics de santé (1,5 à 1,7% du budget d'exploitation), au regard de ce qui se pratique dans le secteur privé (hors santé), dans les collectivités locales ou dans le secteur hospitalier chez nos voisins européens (2 à 3%), et américains (3 à 4%)
- ✓ **L'incapacité persistante à considérer les projets de systèmes d'information comme des projets stratégiques** dans lesquels non seulement une implication des directions est nécessaire, mais une dynamique forte doit être impulsée par celles-ci,
- ✓ Le décalage permanent entre la complexité des projets liés aux systèmes d'information et la **faiblesse constatée au sein des établissements en matière de gestion de projets** : à contrario, une maîtrise d'ouvrage forte, s'appuyant sur des ressources "métier" disponibles, compétentes et en nombre suffisant constituent des facteurs de succès majeurs,

- ✓ **L'absence d'une véritable démarche d'accompagnement du changement**, de façon concomitante au déploiement des systèmes d'information : l'introduction de nouvelles modalités de gestion de l'information induisant nécessairement des changements organisationnels parfois lourds,
- ✓ **La dispersion des travaux en matière d'interopérabilité** des systèmes d'information, condition incontournable pour assurer une communication performante au sein des établissements de santé, mais également à l'extérieur,
- ✓ **La faible taille du marché, accentuée par la présence des éditeurs publics** (Structures Régionales d'Informatique Hospitalière - SRIH)
- ✓ ...

En sus de ces raisons majeures, sont également invoquées l'inadaptation des systèmes d'information hospitaliers et des solutions proposées sur le marché aux besoins des établissements de santé, notamment pour ce qui concerne les systèmes de production de soins et la gestion du dossier médical.

Mais cet état de fait est plutôt la conséquence des raisons majeures évoquées en amont qu'une explication en soi à ce retard. Il trouve sa source dans trois causes essentielles qui rendent les industriels réticents à entrer ou à investir sur ce marché : (i) l'absence d'une politique claire, stable et pérenne en matière de systèmes d'information des EPS, (ii) la faiblesse chronique des budgets consacrés au système d'information par les hôpitaux et (iii) la persistance d'une double offre publique / privée qui, *in fine*, ne laisse aux industriels qu'une part de marché étroite et des perspectives de développement extrêmement limitées.

### **1.3 Pourquoi ce Livre Blanc ?**

De fait, il est apparu nécessaire aux industriels du marché de l'informatique hospitalière, et pour ce qui les concerne, d'analyser la situation qui prévaut sur ce marché et d'essayer d'identifier des voies de progrès qui permettraient de faire évoluer favorablement et rapidement la situation.

L'objet de ce Livre Blanc n'est donc pas d'effectuer une étude approfondie et exhaustive des causes des dysfonctionnements de l'informatique hospitalière.

Centré sur l'analyse de la situation de l'offre du marché en matière de systèmes d'information hospitaliers, il vise (i) à disposer d'une compréhension des origines de la situation actuelle, (ii) à clarifier de façon très factuelle la situation du marché pour les industriels, et notamment sur l'organisation de l'offre publique / privée, (iii) à identifier des évolutions possibles afin de permettre un développement significatif de l'offre au regard des enjeux auxquels sont confrontés les établissements de santé.

Au-delà de ces raisons, ce Livre Blanc trouve également sa source dans le souhait de fournir à certains acteurs (qui considèrent que la situation prévalant sur le marché de l'informatique hospitalière est le fait des industriels, incapables à leurs yeux de comprendre les besoins du marché et refusant d'effectuer tout investissement) des informations factuelles sur la situation effective du marché afin de leur faire comprendre en quoi cette situation, si elle perdure, mettra les établissements de santé dans une situation critique par l'absence d'une offre pertinente.

### **1.4 Démarche et méthode**

Sans prétendre constituer une étude exhaustive de la situation de l'informatique hospitalière ou de l'offre dans sa globalité, cette étude vise donc, au travers d'un travail réalisé en grande partie auprès des adhérents, mais également auprès d'un certain nombre d'acteurs du marché, à donner un éclairage très précis d'un sous-ensemble du secteur qui illustre de façon claire la situation de l'offre au regard de ce marché.

Après un rappel historique de l'évolution des systèmes d'information dans les établissements de santé, au travers des circulaires et rapports majeurs qui ont marqué cette histoire, et cela afin de permettre au lecteur de disposer de certaines clefs pour la compréhension de la situation de ce marché, une attention particulière est apportée sur l'évolution et sur la situation actuelle des Structures Régionales d'Informatique Hospitalière (SRIH).

Un chapitre est ensuite consacré à une opération relativement récente et portant sur la privatisation des activités liées à la filière *Symphonie* à la fin des années 90 : ce chapitre vise, après un rappel du contexte, des modalités et des conséquences, à faire ressortir certains enseignements qu'il convient de tirer de cette opération.

Il est apparu également nécessaire de tenter de fournir quelques indicateurs majeurs sur ce marché de l'informatique hospitalière dans les établissements publics de santé. Comme nous le verrons, ces indicateurs restent imprécis et traduisent une absence de référentiels qui permettent de disposer d'une vision précise de la situation du marché.

Il est apparu intéressant également, au travers d'informations disponibles sur le marché, de préciser le positionnement de l'informatique hospitalière française au regard de la situation qui prévaut chez nos principaux voisins européens.

Le chapitre suivant présente les résultats d'une étude menée auprès des adhérents du SNIIS, sur un sous-ensemble du système d'information hospitalier, permettant de disposer d'éléments précis sur les parts de marché des éditeurs privés sur ce sous-ensemble, et ceci par catégorie d'établissements. Cette étude permet également par contre-coup d'identifier de façon claire et précise la répartition du marché entre éditeurs publics et éditeurs privés.

Enfin, un dernier chapitre, propose des pistes de réflexion et d'évolution, au regard de la problématique qu'aborde cette étude.

## 2. Historique des Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH)

---

### 2.1 Introduction

La situation actuelle de l'offre en matière de Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH) a été naturellement en grande partie façonnée par son passé. Il apparaît donc naturel de consacrer un chapitre qui retrace rapidement les grandes étapes de la construction de l'offre en matière de SIH.

Compte tenu des caractéristiques de l'informatique hospitalière française, notamment du poids majeur des pouvoirs publics et de l'Etat dans la construction de l'offre, cette histoire a été jalonnée et fortement marquée par plusieurs circulaires ministérielles et par plusieurs rapports émanant de diverses instances : c'est donc au travers de ces circulaires et rapports que nous dresserons un rapide panorama de ces trente dernières années.

Les principales circulaires qui ont façonné l'informatique hospitalière sont les suivantes :

- ✓ circulaire **d'Octobre 1970** visant notamment à la constitution d'"ateliers inter hospitaliers"
- ✓ circulaire de **Novembre 1982** qui visait à médicaliser davantage le système d'information et à permettre un accès à chacun à l'information, par l'organisation de l'offre en "filiales" informatiques publiques
- ✓ circulaire de **Novembre 1989**, constatant les limites et les dérives de la circulaire de 1982, qui ouvrait alors le marché aux industriels de droit privé
- ✓ circulaire **d'Avril 1991** qui complétait la circulaire de 1989 et précisait les rôles des acteurs et les modalités de coordination
- ✓ circulaire **d'Avril 1999** qui visait à préciser et clarifier les modalités d'intervention des SRIH (Structures Régionales d'Informatique Hospitalières)

Par ailleurs de nombreux rapports ont été publiés ces dix dernières années, en lien avec le sujet qui nous intéresse, et sur lesquels nous nous sommes appuyés :

- ✓ **Rapport de l'IGAS de 1995** ("Mission d'audit de l'informatique hospitalière et d'évaluation de la politique publique en ce domaine") qui met en exergue les raisons de l'échec des circulaires de 89 et 91 ; ce document essentiel pour la compréhension des éléments qui ont mené à l'actuelle impasse, est annexé au présent Livre blanc
- ✓ **Rapport De Kervasdoué** (« La puce et le stéthoscope ») en 1997
- ✓ **Rapport du CSSIS de 1998** (Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé), sur le rôle de l'Etat et le cadre de développement de l'offre publique
- ✓ **Rapport Beuscart de Mars 2000** ("Les enjeux de la société de l'information dans le domaine de la santé")
- ✓ **Rapport Fieschi de Janvier 2003** ("Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins") qui faisait suite à une mission exploratoire afin d'élaborer des propositions sur le développement des dossiers médicaux partagés.

## **2.2 De la circulaire de 1970 à celle de 1999**

*(Ce chapitre s'est en partie appuyé sur l'ouvrage de Claude Gallet et Jean-Marc Tourrelles : "Histoire illustrée de 20 ans d'Informatique Hospitalière")*

Après une approche très centralisatrice de l'informatique hospitalière dans les années 60, qui a vu le développement d'applications dites "nationales" dans le domaine de la paie, de la facturation ou de la comptabilité notamment, les années 70 ont coïncidé avec une période d'émergence des "ateliers inter hospitaliers" et leur transformation progressive en CRIH (Centre Régional d'Informatique Hospitalière), favorisée par la **circulaire d'Octobre 1970**. Cette situation, qui renforçait le poids des tutelles régionales (les CHR), a favorisé la réécriture des anciennes applications et a progressivement cristallisé certaines tensions (mécontentement des directeurs vis à vis des CHR, disparité, hétérogénéité,...).

De fait, la **circulaire de Novembre 1982**, constatait en introduction une "absence de définition claire aux différents niveaux de responsabilités des objectifs assignés à l'informatisation des établissements". Cette circulaire visait à médicaliser davantage le Système d'Information Hospitalier, à permettre un accès à chacun aux informations nécessaires pour accomplir sa mission, enfin à permettre une meilleure organisation du travail. Pour cela, elle organisait l'offre autour de "filiales" (solutions considérées comme satisfaisantes pour des groupes d'établissements semblables) développées par certains CRIH.

Mais, constatant que l'informatique restait figée, classique dans son approche, centrée sur les fonctions administratives, constatant par ailleurs une évolution sensible des technologies informatiques (systèmes ouverts), constatant enfin une balkanisation des applications médicales, la **circulaire de Novembre 89** visait à assurer une plus grande cohérence au niveau national, tout en permettant aux établissements l'adoption de solutions de leur choix avec comme objectif de conduire les applications informatiques à servir véritablement la politique des établissements.

Cette circulaire, tout à fait majeure dans l'évolution de l'informatique hospitalière, cassait en quelque sorte le monopole d'Etat en la matière et ouvrait ce marché aux industriels du secteur privé, lesquels étaient auparavant quasiment absents, à l'exception notable de quelques grands constructeurs informatiques (BULL, IBM en tant que fournisseurs de matériel), de deux éditeurs en charge de filiales pour les hôpitaux locaux (Kalamazoo et HODIS) et d'éditeurs pour les solutions des plateaux médico-techniques (notamment dans le secteur du laboratoire).

Immédiatement après la circulaire de 89, l'Etat décidait de la dévolution au secteur privé de la DII (Direction de l'Ingénierie Informatique) du CNEH (Centre National de l'Équipement Hospitalier), notamment chargée du développement et de la maintenance de plusieurs applications nationales. Cette opération lourde (trois années auront été nécessaires pour la mener à son terme) puis critiquée à l'époque (Rapport 1992 de la Cour des Comptes) aboutissait à la cession de la DII à Cap Sesa Tertiaire devenant par la suite CSIH (Cap Sesa Informatique Hospitalière).

La **circulaire d'Avril 1991** viendra compléter la circulaire de 89 afin de préciser les procédures de concertation et de coordination entre les acteurs du système hospitalier, de préciser le rôle de l'Etat, de confirmer les principes d'autonomie des établissements. Cette circulaire instaure la création du CIHS (Centre de l'Informatique Hospitalière et de Santé), instance de concertation dont le secrétariat est assuré par le CNEH et instaure le FAR (Fonds d'Aide à la Réalisation de logiciels)

A la suite des circulaires de 89 et 91, il est rapidement apparu des difficultés et le constat que les objectifs fondamentaux fixés par cette circulaire n'étaient pas atteints : d'une part remédier au blocage de l'offre par un accroissement de la couverture fonctionnelle, d'autre part maintenir la cohérence du SIH.

Une étude demandée par le Ministère faisait alors l'objet d'un **rapport publié par l'IGAS en 1995** ("Mission d'audit de l'informatique hospitalière et d'évaluation de la politique publique en ce domaine") qui met en exergue les raisons de cet échec. Le rapport pointe notamment l'existence de facteurs non identifiés initialement et qui ont pesé lourdement (facteur d'évolution technologique, renouvellement de l'équipement des établissements, actions de l'Etat non mises en œuvre, ...). Il pointe également la couverture fonctionnelle de l'offre qui n'a pas progressé, même si elle s'est diversifiée dans le champ administratif : le renouvellement a porté essentiellement sur le plan technique. Peu d'offres privées ont émergé : succès mitigé des offres étrangères, peu de développements nouveaux de la part d'industriels français en dehors de certains développements dans le cadre de projets liés à des CHR.

Le rapport de l'IGAS constatait en outre la nécessité d'une politique publique de régulation plus forte : il considérait alors que la pérennité de l'offre publique était à terme remise en cause et qu'il convenait d'assainir les relations public/privé.

Ce rapport concluait par une série de propositions, regroupées en 13 thèmes, dont on retiendra ici les thèmes majeurs suivants :

"...

3. Définir le système d'information du Ministère (administration centrale et Services déconcentrés) et les obligations de fourniture d'information des EPS

...

4. Fixer aux EPS des niveaux minimums de service rendu par l'informatique dans certains domaines

...

8. Accompagner l'amélioration de la maîtrise d'ouvrage

...

9. Inciter les EPS à avoir une démarche progiciel et à ne pas se lancer dans des projets innovants au plan technologique sans avoir couvert au préalable les besoins primordiaux de l'hôpital

10. Engager une réflexion sur l'évolution de l'offre publique et prendre dès maintenant des mesures d'accompagnement de l'évolution de l'offre

10.1. Consulter le CIHS sur l'évolution de l'offre publique

10.2. Séparer clairement au plan juridique le service informatique du CHU des centres producteurs

10.3. Rendre obligatoire la fourniture par chaque centre producteur d'un plan stratégique

10.4. Analyser la cohérence de ces plans et rendre cette analyse publique

11. Assainir les relations public/privé

11.1. Organiser les structures hospitalières de maîtrise d'ouvrage selon un statut public

11.2. Prévoir les possibilités de contrôle des structures de production hospitalière ayant un statut de GIE ou de GIP.

11.3. Demander à la Cour des Comptes de faire examiner par les chambres régionales les marchés informatiques des EPS pendant les trois prochaines années

11.4. Faire réaliser par l'IGAS un contrôle d'un échantillon de marchés les plus importants dans le cadre d'une mission générale sur les marchés publics des EPS

"..."

En **Octobre 1998, le Rapport Bacquet** sur l'informatisation du système de santé (rapport réalisé dans le cadre de la MISS (Mission pour l'Informatisation du Système de Santé), met en exergue "la difficulté pour le secteur privé de l'informatique hospitalière de se développer, en raison de la concurrence que l'Etat fait à ce secteur en mettant sur le marché les logiciels développés avec l'aide de fonds publics."

**Le CSSIS (Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé), dans son rapport de 1998**, est assez critique sur le rôle passé de l'Etat et approuve les nouvelles orientations envisagées sur son rôle. Il s'inquiète fortement du cadre de développement de l'offre publique et soulève les risques de distorsion de concurrence. Il prend très clairement position sur la nécessité d'une approche résolument industrielle du marché de l'informatique hospitalière, "n'excluant pas une privatisation de ces structures" (NB : les SRIH- Structures Régionales d'Informatique Hospitalière).

De fait la **circulaire d'Avril 1999** vise, dans la continuité des rapports de l'IGAS et du CSSIS, à préciser et clarifier les modalités d'intervention des SRIH (Structures Régionales d'Informatique Hospitalières) en rappelant le cadre juridique applicable aux activités de coopération, et en précisant les limites au déploiement, par les SRIH, de prestations commerciales au titre des "activités subsidiaires". Cette circulaire préconise clairement la constitution de conventions de coopération s'appuyant sur une personnalité morale (GIP, SIH, GIE). Elle rappelle les limites à respecter pour ce qui concerne les activités subsidiaires au regard des activités de coopération des SRIH et précise les règles qui s'imposent à elles.

Dans la continuité de la circulaire, le GMSIH créé en 2000 est chargé de concourir, dans le cadre général de la construction du système d'information de santé, à la mise en cohérence, à l'interopérabilité, à l'ouverture et à la sécurité des systèmes d'information utilisés par les établissements de santé

L'externalisation d'un certain nombre de CRIH va s'effectuer de façon progressive depuis la seconde moitié des années 90 jusqu'au début des années 2000. C'est le cas notamment du SIB (Syndicat Inter hospitalier de Bretagne), du SIL (Syndicat Inter hospitalier du Limousin), du GIP MIPIH (Midi Pyrénées Informatique Hospitalier), du SIHPIC (Syndicat Inter hospitalier de Picardie), du GIP C-Page (en Bourgogne), du GIE Symphonie. D'autres SRIH conservent le statut de CRIH et continuent à assurer des activités de développement et d'édition de produit, notamment le CRIH des Alpes à Grenoble.

A la fin des années 90, le GIE Symphonie sera privatisé, suite au lancement d'un appel d'offre : les activités seront acquises par la société Kalamazoo, l'ensemble devenant par la suite la société Symphonie On Line.

De façon parallèle l'offre privée s'est développée et s'est structurée autour d'un syndicat, le SNIIS, qui regroupe notamment l'essentiel des éditeurs privés de solutions pour l'informatique hospitalière et qui est par ailleurs membre fondateur, à la fin de l'année 2004 et avec le GIPSIM, de la fédération LESISS (Les Entreprises des Systèmes d'Information Sanitaires et Sociaux), composée de plus de 60 entreprises du secteur.

L'offre privée pour les établissements publics de santé est issue :

- ✓ soit de sociétés qui étaient originellement implantées dans le paysage de l'informatique hospitalière : filières pour les petits hôpitaux, fournisseurs de solutions médico-techniques, ces sociétés ayant étendu le périmètre de leur offre et souvent le périmètre de leur marché cible,
- ✓ soit de sociétés qui intervenaient sur le secteur des cliniques privées et qui ont adapté ou développé leurs applications pour les rendre conformes aux exigences des établissements publics,
- ✓ soit encore de la création de sociétés nouvelles, les entrepreneurs provenant d'anciennes structures publiques de développement, ou d'établissements hospitaliers,
- ✓ soit enfin de l'implantation d'acteurs industriels internationaux qui se sont intéressés de façon croissante au marché français et s'y positionnent progressivement par une implantation directe et l'acquisition de sociétés françaises (SMS, Siemens, McKesson, GWI, Agfa, Cerner,...), mais de façon tardive par rapport aux autres pays européens, du fait du contexte particulier lié au positionnement des offreurs publics (SRIH) et du faible développement reconnu du marché français.

L'approche de plus en plus globale du système d'information de santé, et l'intégration de l'informatique hospitalière dans ce système, introduit de façon récente de nouveaux paramètres, que nous serons amenés à analyser par ailleurs : nous nous contenterons à ce stade de constater d'une part l'arrivée de nouveaux entrants industriels sur ce marché, d'autre part le positionnement croissant, direct ou indirect, des SRIH comme acteurs clef des structures régionales visant à la mise en place du DMP (Dossier Médical Personnel), prévu par la loi du 13 Août 2004.

### **2.3 Des rapports plus récents qui constatent la situation des systèmes d'informations des établissements de santé**

Plusieurs études prospectives récentes, effectuées à la demande des pouvoirs publics, et liées au système d'information de santé, ont amené par ailleurs à des constats portant plus spécifiquement sur l'informatique hospitalière.

On notera notamment les remarques faites sur ce sujet dans le **Rapport Beuscart de Mars 2000** ("Les enjeux de la société de l'information dans le domaine de la santé") qui précise que *"les SIH dignes de ce nom sont encore l'exception...Cet état des lieux est catastrophique."* Cette situation est expliquée (i) par les problèmes de gouvernance de l'informatique médicale, (ii) par le peu d'engouement des médecins hospitaliers à une informatisation cohérente et (iii) par la pauvreté de l'offre française en matière de SI Médicaux. Le rapport précise *"si les filières ont permis une informatisation administrative, elles n'ont pu être à l'origine d'une informatisation médicale digne de ce nom. Chaque hôpital a donc eu son propre projet, coûteux, parfois pharaonique, souvent avorté"*. Il constate que seuls les éditeurs américains présents sur le marché français apparaissent comme *"les futurs vainqueurs d'un terrain dévasté."*

Il propose quelques recommandations pour les EPS et notamment la *"mise en œuvre d'un SI médical communicant... dont le coût d'investissement et de fonctionnement doit correspondre à une ligne budgétaire supérieure à 2% (au mieux 4%) de leur budget."*

Plus récemment encore, dans le prolongement du projet Hôpital 2007 et inspirateur du DMP dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie, le **Rapport Fieschi de Janvier 2003** ("Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins") fait suite à une mission exploratoire afin d'élaborer des propositions sur le développement des dossiers médicaux partagés.

Dans une première partie consacrée à l'état des lieux et au degré d'informatisation des professionnels de santé, un chapitre est consacré à l'informatisation des EPS. Ses constats principaux sont les suivants : (i) Les systèmes d'information hospitaliers sont aujourd'hui largement inadaptés aux besoins (ii) La dimension stratégique des systèmes d'information est généralement mal perçue par les responsables hospitaliers (iii) Une mutation rapide des systèmes d'information hospitaliers est nécessaire (iv) Cette mutation ne peut se faire sans une amélioration du professionnalisme des acteurs hospitaliers en matière de systèmes d'information.

### **2.4 En conclusion**

De ce rapide survol de l'histoire de l'informatique hospitalière, il ressort quelques caractéristiques majeures qui ont marqué et qui marquent encore ce marché :

- ✓ Une forte emprise des pouvoirs publics sur la constitution de l'offre,
- ✓ Une ambiguïté persistante sur le positionnement des acteurs (offreurs publics, offreurs privés) : ambiguïté constamment évoquée par les différentes instances, théoriquement clarifiée par la circulaire de 1999, mais qui, dans la pratique, reste entière, voire s'accroît,

- ✓ La perception d'une inadaptation continue des systèmes d'information des hôpitaux aux enjeux auxquels ils doivent faire face pour les années à venir, inadaptation qui trouve sa source dans l'histoire même de l'informatique hospitalière française.

On se reportera utilement à l'annexe 1 qui rappelle de façon plus détaillée les orientations des différentes circulaires qui ont jalonné l'histoire de l'informatique hospitalière, et qui fournit quelques extraits intéressants des rapports dont il est fait mention ci-dessus.

### 3. Evolution récente des Structures Régionales d'Informatique Hospitalière (SRIH)

#### 3.1 Evolution des SRIH

Comme le rappelle le chapitre précédent, l'origine des SRIH (Structures régionales d'Informatique Hospitalière) remonte à la circulaire de 1966 qui instaurait la création des "ateliers inter hospitaliers". C'est dire si ces structures sont profondément ancrées dans le paysage de l'informatique hospitalière.

Au début des années 80, il était noté que *"La mission originelle et unique des CRIH ... consistait à traiter des données....ces structures ont connu deux dérives au niveau de leur mission : la première consiste en un soutien technique et en une mission de conseil et d'assistance auprès des adhérents, la seconde tourna certains CRIH vers la production de logiciels"*.

Les filières, nées au début des années 80, et officialisées par la circulaire de 82, avaient pour vocation à répondre aux besoins d'autonomie des établissements et à être diffusées au niveau de la région de conception. Mais les statuts des CRIH étant inadaptés à la diffusion de solutions en dehors des régions d'origine, des accords sont rapidement intervenus entre les CRIH concepteurs et des acteurs privés afin de diffuser ces solutions sur l'ensemble du territoire.

C'est entre autres pour cette raison que la circulaire de 82 prévoyait de faire évoluer le statut des CRIH vers le statut de SIR (Syndicat Inter hospitalier Régional), sans d'ailleurs que ceci ne soit véritablement suivi d'effet sur le terrain.

Très rapidement (dans le milieu des années 80) les établissements hospitaliers vont manifester leur mécontentement vis à vis des CRIH ce qui incite ces derniers à publier un rapport dans la revue de l'ANDIH dans lequel ils tentent de justifier les dysfonctionnements et critiquent assez violemment la circulaire de 82. Ce rapport provoque une réaction immédiate du ministère, réponse qui laisse préfigurer les orientations de la circulaire de 89.

Dès la fin des années 80 certains CHR décident de chercher ou de construire des solutions en dehors des CRIH, par des accords avec des acteurs privés.

La circulaire de 89, qui précisait que les établissements pouvaient s'adresser au fournisseur de leur choix, constituera, de fait, une véritable révolution et induira des changements majeurs pour les CRIH : nécessité de s'adapter à la situation, de proposer des nouveaux services, de revoir leur base tarifaire, de s'intégrer dans un contexte de concurrence, alors même que le statut des CRIH n'était pas adapté et que ces activités de nature commerciale étaient en dehors de la mission même de ces structures.

De fait la circulaire de 91 insiste à nouveau sur les formes juridiques de la coopération : les conventions s'appuyant sur une personne morale sont précisées et préconisées (SIH, GIP, GIE). La circulaire de 92 relative au régime budgétaire des EPS confirme ces préconisations et précise que "à compter de l'exercice 93 les budgets annexes suivants sont supprimés : ... Centres Régionaux d'Informatique...".

La première partie des années 90 constituera de fait pour certaines filières et CRIH une période difficile : seules arriveront à émerger durant cette période les filières ayant bâti une offre sur des systèmes ouverts.

Mais progressivement, et alors que la situation de certaines filières paraissait extrêmement compromise, celle-ci, à compter de la seconde moitié des années 90 va progressivement s'améliorer. A cela plusieurs facteurs :

- (i) *L'offre privée n'a pas proliféré autant que les acteurs de l'époque pouvaient l'espérer durant la première moitié des années 90.*

Les efforts d'investissement considérables que nécessitait la constitution d'une nouvelle offre ont été clairement sous-estimés (voire totalement ignorés) par les pouvoirs publics, face à un marché assez peu dynamique, lent à évoluer et fortement "cannibalisé" par les SRIH. En conséquence, les seules offres véritablement nouvelles sur le marché ont été le fait

- ✓ de sociétés présentes sur le secteur des cliniques privées qui ont adapté leur offre au secteur public,
  - ✓ de solutions d'origine étrangère, et bien souvent américaine, dont certains projets ont été des échecs en raison de l'inadaptation des solutions au marché français, seuls quelques éditeurs parvenant à se maintenir,
  - ✓ de développements souvent pharaoniques dans le cadre de CHR pour de nouvelles solutions qui ont mis un temps considérable à fonctionner et ne se sont pas diffusés au-delà de leur lieu de conception.
- (ii) *L'incitation des pouvoirs publics, suite notamment au rapport de l'IGAS, à promouvoir un noyau national (Référence) conçu dans le cadre des structures d'une ancienne filière (STAF)*

Les années 90, et surtout la seconde moitié de la décennie, ont été très marquées par la volonté politique forte d'imposer le noyau Référence, diffusé par une société privée, mais dont la conception et les droits restaient attachés à une structure émanant d'une ancienne filière (STAF).

Ceci repositionnait de fait les SRIH sur le marché pour deux raisons majeures :

- ✓ Les SRIH et filières retrouvaient pour certains un nouveau concept auquel raccrocher leurs anciennes applications
  - ✓ Les acteurs privés, concurrents de la structure privée chargée de la diffusion du noyau Référence, n'avaient naturellement de cesse de combattre ce qui apparaissait pour certains comme une situation de monopole à venir.
- (iii) *Le rapprochement de certaines filières autour du concept du noyau Référence*

S'appuyant sur le concept de Référence, plusieurs SRIH développent alors le concept de noyau "Convergence", s'associent autour de ce concept et mettent au point une offre, dans le cadre de structures autonomes (SIH, GIP), redonnant ainsi une nouvelle dynamique à des applications souvent anciennes, et progressivement re-développées ou re-packagées dans des environnements technologiques au goût du jour.

Par ailleurs, durant cette période, deux structures publiques (ou d'origine publique) ont fait l'objet d'une dévolution au secteur privé, au travers de démarches d'appel d'offre : la DII du CNEH au début des années 90 vers Cap Sesa Tertiaire puis le GIE Symphonie vers Kalamazoo à la fin de la décennie. Un chapitre est dédié à cette dernière opération afin de préciser le contexte et, rétrospectivement, disposer d'une analyse des acteurs qui y ont participé.

### **3.2 La situation actuelle des SRIH**

En conséquence coexistent aujourd'hui sur le marché une offre privée, dont les principaux acteurs sont adhérents du SNIIS, et une offre publique provenant pour l'essentiel des développements réalisés dans le cadre des anciens CRIH, aujourd'hui diffusée dans le cadre de structures juridiques autonomes (SIH ou GIP), à l'exception notable du CRIH des Alpes.

Il est intéressant de noter que plusieurs CRIH, Syndicats Hospitaliers ou GIE qui disposaient d'activités d'édition et de diffusion de logiciels ont disparu du marché ces dernières

années. On notera notamment les cas du CRIH de Bordeaux, de Marseille, du GIE Iris à Nantes, du SIRIF en Ile de France,...

### A. Les structures existantes

Le tableau ci-après récapitule les principales SRIH existantes aujourd'hui qui développent, diffusent des solutions logicielles et proposent des prestations de service sur le marché des établissements de santé (sources documents publics, sites web) :

Structure	Forme Juridique	Date Création	Origine	Localisation	Etablissements (clients, adhérents,...)	Budget annuel (M€)	Effectifs	Prestations réalisées
SIB	SIH		ex CRIH de Rennes	Rennes	145 en région 60 hors région		133	Diffusion de 35 logiciels Traitement à façon Développement de logiciels Conseil en SIH
MIPIH	GIP	1994	ex CRIH Toulouse	Toulouse	159	13	120	Editeur de progiciels hospitaliers Diffuseur de progiciels hospitaliers Centre de production informatique Prestations de service
SIHPIC	SIH	2001	ex CRIH Picardie	Amiens	116		73	Développe, intègre et commercialise des solutions informatiques adaptées aux EPS Prestations de service informatiques : conseil, assistance
Convergence	GIE		Structure de coopération SIB, MIPIH, SIHPIC		205	30	326	Structure de coopération SIB, MIPIH, SIHPIC. Les chiffres associés constituent la somme des trois entités ci-dessus.
C-Page	GIP	2003	ex CRIH Bourgogne	Dijon	250			Editeur de logiciel Diffuseur de solutions informatiques centre de production informatique
PH7	GIP	1999	CRIH Bordeaux, Grenoble, SIRIF		550			Production et diffusion du logiciel de paie PH7. Source site SIHPIC
CRIH des Alpes	CRIH	1970	Grenoble	Grenoble	130		85	Diffusion de logiciels issus de filière Infogérance Diffusion de logiciels centrés sur le patient et l'unité de soins issus des développements réalisés pour le CHU de Grenoble

D'autres SRIH continuent à exister sur le marché (par exemple SIR Poitou-Charentes, SIL dans le Limousin) dont les activités sont centrées sur la diffusion de logiciels et l'assistance auprès d'établissements adhérents de leur région.

### B. La démarche commerciale des SRIH

Les activités liées à la réalisation et la mise à disposition de progiciels par les SRIH ne peuvent rentrer légalement que dans le cadre des activités de coopération ou des activités dites "subsidiaries".

Comme cela est précisé dans le Code de la Santé Publique, "Dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération".

C'est initialement dans ce cadre réglementaire général que se sont développées les SRIH dont les missions ont été précisées par ailleurs dans la circulaire de 1989 ("les établissements publics de santé (EPS) ont organisé des cadres de coopération pour assurer, notamment, le développement, la maintenance ou l'exploitation de leurs systèmes d'informations. Les moyens nécessaires à ces actions de coopération sont rassemblés dans des structures, désignées ci-après «structures régionales d'informatique hospitalière» ou «SRIH». Il peut s'agir de services sans

*personnalité juridique rattachés à un CHR, de syndicats inter hospitaliers, de groupements d'intérêt public ou de groupements d'intérêt économique").*

Par ailleurs, les établissements publics de santé ont également la possibilité d'exercer un certain nombre d'activités (précisées à l'article L.6145-7 du CSP). Le CSP qui précise par ailleurs : « *dans le respect de leur missions, les établissements publics de santé peuvent, à titre subsidiaire, assurer des prestations de services et exploiter des brevets et des licences* ». Cette possibilité a été clairement limitée par la circulaire du 14 Avril 1999 ("*Toutefois, cette possibilité de conduire des activités subsidiaires n'est explicitement prévue que pour les seuls EPS et SIH. En l'absence de disposition analogue, une structure de coopération en la forme d'un GIP ou d'un GIH ne doit pas mener d'activités subsidiaires, autrement que de manière exceptionnelle ou occasionnelle*").

En toute hypothèse, il ressort clairement qu'il ne peut exister aucune confusion entre les activités de coopération et les activités dites « subsidiaires ».

De fait, les SRIH ne peuvent logiquement commercialiser les progiciels qu'elles ont élaborés et financés dans le cadre de leur mission de coopération auprès d'établissements qui n'en étaient pas membres à la création ou qui ont adhéré après la conception des progiciels.

Il est intéressant de noter que, au-delà de leur mission de coopération, de nombreuses SRIH, parmi celles évoquées en amont, ont développé une véritable stratégie commerciale visant à pénétrer le marché des établissements publics de santé pour leur vendre des progiciels élaborés en commun : les sites web de ces structures et les documents commerciaux produits ne laissent planer aucune ambiguïté sur le type de démarche adopté.

De fait des interrogations se font jour quant à l'acceptabilité de ces démarches commerciales, et à l'existence effective d'une concurrence loyale entre les éditeurs privés et publics alors même que les produits commercialisés ont souvent été financés par des fonds publics dans le cadre des budgets des anciens CRIHs.

Ceci n'a d'ailleurs pas échappé au Conseil d'Etat qui indique : « *Pour que soient respectées tant les exigences de l'égal accès aux marchés publics que le principe de liberté de la concurrence qui découle notamment de l'ordonnance du 1er décembre 1986, l'attribution d'un marché public ou d'une délégation de service public à un établissement administratif suppose, d'une part, que le prix proposé par cet établissement public administratif soit déterminé en prenant en compte l'ensemble des coûts directs et indirects concourant à la formation du prix de la prestation objet du contrat, d'autre part, que cet établissement public n'ait pas bénéficié, pour déterminer le prix qu'il a proposé, d'un avantage découlant des ressources ou des moyens qui lui sont attribués au titre de sa mission de service public et enfin qu'il puisse, si nécessaire, en justifier par ses documents comptables ou tout autre moyen d'information approprié* » (CE. avis du 8 novembre 2000).

## 4. Cas particulier du GIE Symphonie

---

Deux cas particuliers, dans l'évolution des SRIH, ont marqué les années 90 et le début des années 2000 : il s'agit de la dévolution au marché privé

- ✓ d'une part de la DII (Direction de l'Ingénierie Informatique) du CNEH (Centre National de l'Équipement Hospitalier), qui était notamment chargée du développement et de la maintenance de plusieurs applications nationales,
- ✓ d'autre part du GIE Symphonie, concepteur et diffuseur de la filière Symphonie de l'époque.

Il est apparu intéressant de revenir sur la seconde opération, qui a vu son aboutissement en 1999, en rappelant le contexte et les objectifs de cette opération ainsi que les modalités mises en œuvre, afin de tenter d'en tirer quelques enseignements.

Les éléments précisés ci-après ont été recueillis auprès d'un certain nombre d'acteurs qui ont participé d'assez près à la démarche de privatisation du GIE Symphonie.

### 4.1 Contexte et historique

La cession des activités du GIE Symphonie, conclue en 1999, a été précédée d'une période préparatoire de près d'une dizaine d'années, dans le droit fil des orientations de la circulaire de 89.

Les développements de la filière Symphonie, entamés dans le courant des années 80, étaient assurés par les CRIH de Tours, Metz et par le SIR Poitou-Charentes. La circulaire de 89, qui ouvrait le marché aux sociétés privées, et poussait à l'évolution des CRIH, fut à l'origine de la volonté de développer un projet de type privé autour de la filière Symphonie.

Mais des visions très sensiblement différentes sur les évolutions à envisager amenèrent rapidement à une scission de cette filière : d'un côté Tours et Poitiers avec la création en 1990 du GIE GLGH, de l'autre le maintien des activités du CRIH de Metz, travaillant en collaboration avec une SSI (CdFI).

De façon schématique, et probablement réductrice, l'ensemble Tours-Poitiers considérait de son côté que, puisque le marché s'ouvrait, les SRIH devaient s'adapter vis à vis des sociétés privées et tendre vers un mode de fonctionnement de type privé. Le CRIH de Metz de son côté considérait plutôt que l'informatique hospitalière, de par ses fortes spécificités, était essentiellement l'affaire des hospitaliers et devait évoluer dans un contexte spécifique, quitte à disposer d'assistances externes sur le plan des services et de la commercialisation.

Le GIE GLGH de son côté s'était mis en position de s'aligner sur le mode de fonctionnement des éditeurs privés du marché, notamment sur le plan des contrats de travail des nouveaux collaborateurs (contrats de type Syntec), mais également pour ce qui relevait de la prise en compte de la TVA dans les marchés signés avec les établissements.

Rapidement conscients de l'impasse dans laquelle s'étaient mises les deux entités, les responsables opérationnels respectifs ont convaincu en 1994 les Directeurs Généraux du CHR de Metz-Thionville, du CHRU de Tours et du SIR Poitou-Charentes d'engager un processus de fusion des deux entités, fusion qui se concrétisera en Novembre 1995.

Ce travail de préparation et de réalisation de la fusion eu comme impact principal de geler les développements logiciels par la nécessité d'effectuer une harmonisation de l'offre des deux entités.

Le GIE Symphonie était donc officiellement créé en Novembre 1995, avec son siège à Tours et une équipe de management assez hétéroclite, composée de façon équitable des responsables opérationnels des différentes entités. Le conseil d'administration de son côté était composé des Directeurs Généraux du CHRU de Tours, du CHR de Metz-Thionville et du SIR Poitou-Charentes.

Il apparaît alors que certaines déconvenues se firent jour assez rapidement, concernant principalement le CHR de Metz-Thionville : notamment d'une part les résultats constatés apparurent en deçà des chiffres annoncés, d'autre part, et alors qu'il avait été convenu que chaque entité devait préalablement aligner les contrats de travail sur ceux du privé, le statut d'une partie importante du personnel de Metz était resté avec des clauses très spécifiques. Par ailleurs des charges importantes et non identifiées initialement pesaient sur le GIE (en particulier la prise en charge de certaines charges du CRIH, des charges de fonctionnement élevées,...). Ces éléments amenèrent à une certaine montée des tensions entre certains acteurs associés au GIE et le GIE lui-même.

Cet ensemble de faits, combiné d'une part avec le gel des produits évoqué en amont et donc la non-évolution de la gamme, d'autre part avec le principe adopté par le GIE d'un autofinancement des investissements, amenait dès la fin 1996 à un déficit de plus de 4MF.

Face à cette situation les options suivantes se présentaient au GIE : (i) le financement des développements par les parties prenantes du GIE (CHRU Tours et CHR Metz-Thionville, SIR Poitou-Charente), (ii) l'arrêt à terme pur et simple de l'activité, (iii) la vente de l'activité et enfin (iv) l'adhésion des établissements au GIE et la création, de facto, d'une structure SRIH de type public.

Après plusieurs réunions, à la fin de l'année 1997, le Conseil d'Administration décidait d'engager le processus de vente de l'activité, alors même qu'un excédent de 4MF était constaté et que le GIE retrouvait une situation financière qui le mettait en capacité d'autofinancement de ses investissements.

Cette situation de crise, dès après la constitution du GIE Symphonie, démontra très rapidement que la structure mise en œuvre mais également que la nature des acteurs membres du CA n'étaient pas adaptées au contexte commercial de développement du GIE : lenteur des décisions, lourdeur des processus décisionnels (nécessité d'obtenir les accords des CA respectifs des 3 instances participant au CA du GIE), fuite d'informations par la multiplicité de fait des acteurs impactés, contradiction entre une logique de droit privé, le GIE, et les logiques des entités membres du CA (établissements publics de santé), ...

Sur le plan opérationnel, diverses actions étaient menées en parallèle afin d'amener progressivement le GIE vers un fonctionnement de type privé et notamment la mise en place d'outils de reporting, le lancement d'une démarche qualité visant à refondre les procédures internes, la mise en place d'un "call center" centralisé, etc...

## **4.2 Les modalités de la privatisation**

Une réflexion avait été menée sur les modalités de vente du GIE Symphonie. Une première approche avait été envisagée qui visait à mener une opération négociée avec certains acteurs identifiés. A la demande de la DHOS, il fut décidé de procéder à un appel d'offre en bonne et due forme, afin d'éviter toute contestation ultérieure sur les modalités mises en place.

Si cette procédure apportait alors toutes les garanties de transparence et de publicité, ce n'était probablement pas le contexte le plus favorable à une négociation avec les industriels intéressés. Des modalités associant à la fois la transparence d'un appel d'offre sur le plan de la démarche et la capacité à mener une vraie négociation auraient sans doute constitué une approche plus pertinente.

Le GIE Symphonie se fit accompagner dans cette opération par un cabinet spécialisé dans les acquisitions/ventes d'entreprises qui prépara un dossier très complet et détaillé permettant aux candidats de disposer d'une vision très précise de la situation.

La société Kalamazoo fut alors choisie et la transaction réalisée pour un montant de 30 MF.

### **4.3 L'après privatisation**

Les acteurs industriels en "short list" étaient des acteurs de l'informatique hospitalière, qui connaissaient bien ce marché, et proposaient donc, au travers de cette acquisition, des projets industriels tout à fait cohérents et en bonne complémentarité avec leurs propres activités.

Deux engagements majeurs étaient pris par Kalamazoo : l'un portait sur la reprise de l'intégralité du personnel (ce point constituant la préoccupation majeure du GIE Symphonie) le second portait sur un engagement de maintenance des produits de la filière Symphonie pendant cinq ans à minima, produits qui, s'ils étaient reconnus fonctionnellement comme étant de bon niveau, étaient vieillissants sur le plan de la technologie et de l'interface utilisateur.

Cette opération permettait à Kalamazoo, qui avait récemment investi dans le développement d'une nouvelle offre logicielle,

- ✓ de disposer de perspectives de développement de sa base installée, de surcroît vers des établissements de plus grande taille que ses clients habituels
- ✓ de s'appuyer sur les compétences reconnues sur le marché du personnel qui composait le GIE afin de développer et de compléter son offre sur le domaine médical.

De façon très rapide la décision fut prise d'une part d'assurer la fusion des entités Kalamazoo Informatique Santé et Symphonie Informatique Santé (cette dernière étant créée pour accueillir les actifs du GIE), d'autre part de capitaliser sur le nom "Symphonie", cet ensemble prenant désormais le nom de Symphonie On Line.

Cette phase de fusion fut précédée d'un travail immédiat et important visant à créer, entre les équipes des synergies fortes qui apparurent de façon naturelle du fait des expertises proches développées de part et d'autre. Une étude menée par un cabinet extérieur permit très rapidement de formaliser un choix unique sur les technologies de développement des produits de la société. Une organisation en "business units" avec des responsabilités réparties de façon équitable entre les deux équipes favorisa également les échanges et l'intégration réciproque. De fait, très peu de départs furent à déplorer suite à cette opération et un état d'esprit positif de l'ensemble du personnel permit d'avancer rapidement dans cette intégration.

Un travail important fut réalisé auprès de la base installée, qui voyait son environnement évoluer de façon majeure, afin d'expliquer ce nouvel environnement et la stratégie. Ceci constitua un travail important car cela induisait un changement de type de relation entre les établissements de santé et leur fournisseur. Même si le GIE Symphonie avait des clients et non des adhérents à l'instar des SRIH, l'histoire de la filière avait façonné un mode relationnel différent de la relation client / fournisseur traditionnelle que connaissent les industriels privés.

### **4.4 Quels enseignements tirer de cette opération ?**

Rétrospectivement, certains constats sont effectués par les acteurs de l'époque. Une convergence de vue ressort sur un certain nombre de thèmes :

- i Sur le plan du fonctionnement du GIE lui-même

L'une des difficultés majeure a porté sur la confrontation entre une logique privée, celle du GIE, avec une instance de pilotage constituée d'acteurs publics, dans une logique totalement différente. Comme cela est précisé en amont les processus de décisions étaient inadaptés à une nécessaire réactivité. Ceci a eu diverses conséquences évoquées en amont, mais également vis à vis du personnel qui vivait assez mal une situation d'incertitude qu'il voyait perdurer au-delà de l'acceptable : ceci provoqua un nombre important de départ (plus d'une vingtaine en près de deux ans), de surcroît de collaborateurs souvent expérimentés.

Cette structure paraissait également inadaptée pour faire face aux nécessaires investissements qu'impose l'édition de logiciel : l'obtention de financements externes, notamment auprès d'établissements bancaires spécialisés, au regard de la structure et de la composition du CA, relève d'une mission très complexe.

De surcroît, vis à vis des acteurs du marché (les industriels et les hospitaliers), le GIE était toujours perçu comme une instance de type publique de par la composition de son CA, alors même qu'elle était une structure privée, ceci constituant de façon continue une source de conflits et d'incompréhensions.

Enfin le mode de fonctionnement interne, lié à l'histoire même du GIE, émanation de structures publiques, restait très fortement marqué par l'esprit du public : l'évolution des organisations, des procédures, des mentalités constituent un enjeu majeur et des efforts considérables sont alors nécessaires pour faire évoluer une structure de ce type.

#### *ii Sur le plan du personnel*

La démarche engagée très tôt sur l'évolution des statuts du personnel et sur les conditions appliquées a constitué un élément tout à fait essentiel dans le cadre du processus de dévolution : le travail préparatoire sur l'évolution des statuts des personnels, malgré les difficultés évoquées en amont, d'une part a constitué un élément de préparation du personnel aux nécessaires évolutions de leur environnement de travail, d'autre part à grandement facilité l'intégration du personnel dans la nouvelle structure.

Il convient en conséquence, dans une opération de ce type, d'apporter le plus grand soin à la préparation du personnel, à l'évolution des statuts, aux modalités de communication continue de telle sorte qu'une telle opération soit vécue non comme un risque, mais comme une opportunité. Il convient également que des assurances claires soient apportées au personnel quant au maintien des activités.

Il apparaît que la problématique du personnel constitue le point central d'une telle opération, dans un contexte d'une structure d'émanation publique, et nécessite la mise en place d'une véritable démarche de conduite du changement afin de faciliter notamment les évolutions des statuts et des méthodes de travail.

Il est important de souligner que, du point de vue de l'acquéreur privé, le savoir-faire et les compétences développées par le personnel, constituent probablement la valeur ajoutée la plus importante d'une telle opération.

L'avis du personnel, au travers des instances représentatives, constitue par ailleurs un élément très important sur le choix définitif de l'acquéreur.

#### *iii Sur le plan de l'accompagnement*

Une opération de ce type est naturellement une opération d'une grande complexité sur une multiplicité de domaines : l'accompagnement par des experts spécialisés dans ce type d'opération, notamment pour ce qui relève des structures publiques, constitue une condition essentielle de réussite.

#### *iv Sur le plan de la base installée et des clients*

L'opération d'acquisition du GIE Symphonie ne s'est pas traduite par des problèmes particuliers avec la clientèle existante, d'autant que des engagements clairs avaient été

pris portant sur une maintenance sur une période minimum de 5 ans des produits de la filière Symphonie.

Il est évident qu'une opération de ce type constitue, pour la clientèle, une évolution importante et parfois vécue difficilement, d'autant que les fournisseurs de systèmes d'information apparaissent de plus en plus comme des partenaires importants des établissements de santé du fait des aspects stratégiques du système d'information.

Pour autant ce type d'opération constitue, non pas le quotidien des établissements de santé, mais une situation relativement fréquente vis à vis de leurs fournisseurs privés : opérations d'acquisition, de fusion sont aujourd'hui monnaie courante.

Il convient de tenir compte du mode de relation assez particulier établi entre les structures publiques (le GIE en était l'émanation) et les établissements de santé : ce n'est pas réellement une relation de type client/fournisseur traditionnelle. De fait, les modalités de fonctionnement antérieures doivent être préalablement appréhendées par l'acquéreur afin de préparer les évolutions nécessaires liées à l'acquisition. La politique commerciale doit nécessairement tenir compte de cette réalité.

#### v *Conclusions d'ensemble*

Le constat d'ensemble fait par les différents acteurs interrogés, sur la période d'existence du GIE Symphonie, est que ce type de structure, comme cela est vrai par ailleurs avec les autres structures qui existent aujourd'hui (GIE, GIP, SIH, ... ), est mal adapté et peu à l'aise dans une démarche de vente et de commercialisation de logiciels et de services associés, même si les acteurs qui gèrent aujourd'hui ces structures refusent de l'admettre.

Si la nature même de ces structures leur a jusqu'à présent apporté une relative protection, leur inadaptation à l'évolution inévitable vers le champ concurrentiel, outre qu'elle suscite des contentieux juridiques qui hypothèquent leur devenir, empêche leurs collaborateurs d'exprimer pleinement leur savoir-faire.

Il apparaît donc qu'une évolution est inéluctable vers une privatisation de ces structures, sur la base de méthodes et de modalités adaptées au contexte d'aujourd'hui et aux statuts existants.

Cette évolution doit s'appuyer sur une action publique claire et ferme. Elle doit prendre en compte le volet social qui doit être traité de façon minutieuse en associant notamment les pouvoirs publics, les Directeurs Généraux des établissements et les industriels.

Au final et comme le démontre cet exemple, dans le domaine des systèmes d'information hospitalier **le changement de statut des filières publiques vers le privé est bénéfique pour l'ensemble des acteurs.**

## 5. La situation d'ensemble du marché

Il apparaît intéressant de préciser certains éléments factuels concernant le marché des Systèmes d'Information Hospitaliers dans le secteur public.

### 5.1 Quelques données de base du marché

Ce chapitre rappelle quelques données de base du segment de marché étudié, à savoir les établissements publics de santé (EPS) exclusivement. Sont concernés les établissements suivants :

- ✓ Les établissements de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP), des Hospices Civils de Lyon (HCL), de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM), cet ensemble étant regroupé ci-après sous le sigle PLM (Paris, Lyon, Marseille)
- ✓ Les CHU et CHR (hors ceux du groupe PLM) regroupés sous l'acronyme CHR
- ✓ Les Centres Hospitaliers (CH) regroupent les centres hospitaliers, centres hospitaliers généraux, centres hospitaliers intercommunaux
- ✓ Les Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) et Etablissements Publics de Santé Mentale (EPSM) regroupés sous le sigle CHS
- ✓ Les hôpitaux Locaux (sigle HL)

(Source : extraction de l'Annuaire Politi 2004).

#### A. Nombre d'établissements

	PLM	CHR	CH	CHS	HL	Total
<b>Nombre</b>	56	28	480	92	349	1 005
<b>Répartition</b>	5,6%	2,8%	47,8%	9,2%	34,7%	100,0%

#### B. Lits et Places total

	PLM	CHR	CH	CHS	HL	Total
<b>Nombre</b>	34 738	58 241	241 627	54 948	62 664	452 218
<b>Répartition</b>	7,7%	12,9%	53,4%	12,2%	13,9%	100,0%

#### C. Lits et places de Court Séjour (MCO)

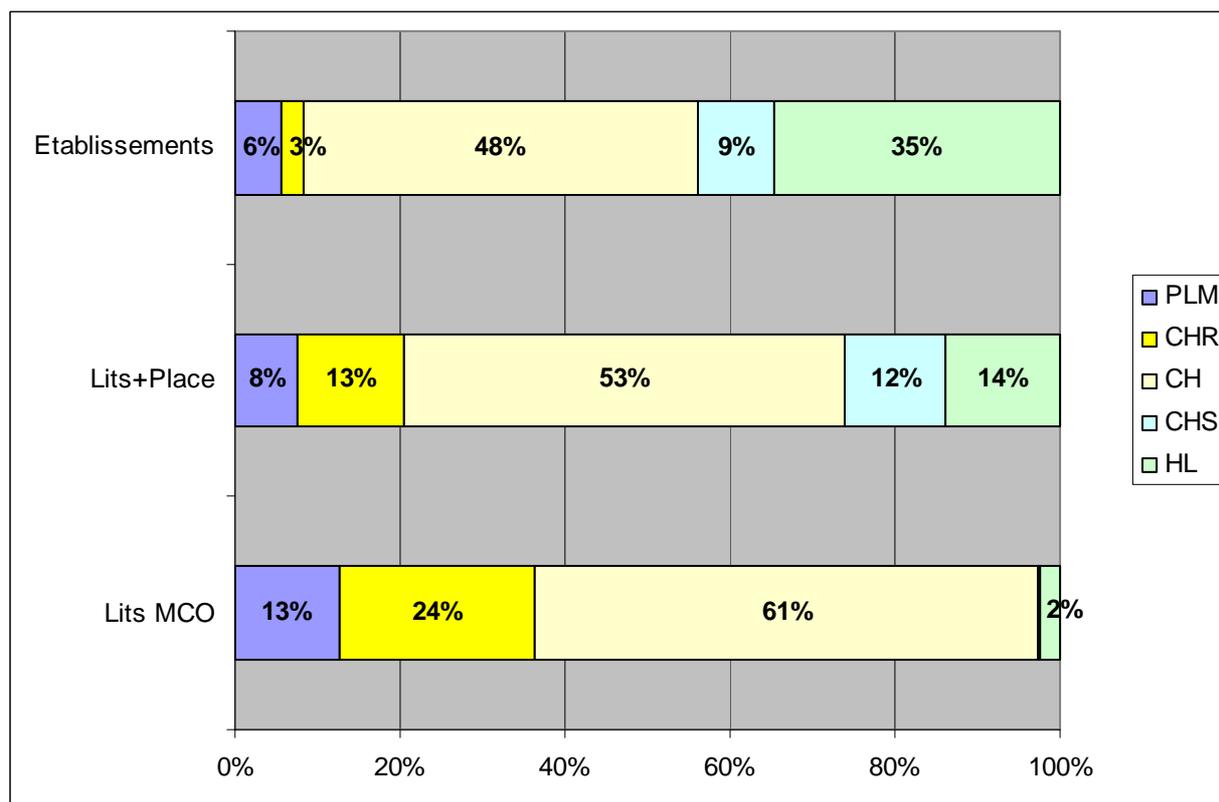
	PLM	CHR	CH	CHS	HL	Total
<b>Nombre</b>	21 828	40 557	104 232	438	4 104	171 159
<b>Répartition</b>	12,8%	23,7%	60,9%	0,3%	2,4%	100,0%

#### D. Lits et places de Psychiatrie

	PLM	CHR	CH	CHS	HL	Total
<b>Nombre</b>	1 367	3 929	13 896	48 503	272	67 967
<b>Répartition</b>	2,0%	5,8%	20,4%	71,4%	0,4%	100,0%

#### E. Commentaires

Les tableaux ci-dessus et le graphique ci-dessous appellent quelques commentaires :



- ✓ Les établissements PLM et les CHR, qui représentent globalement 8,4% (respectivement 5,6% et 2,8%) des établissements, regroupent à eux seuls 36,5% (respectivement 12,8% et 23,7%) des lits de court séjour.
- ✓ A contrario, les hôpitaux locaux qui représentent près de 35% des établissements ne regroupent que 2,4% des lits de court séjour
- ✓ La situation des centres hospitaliers généraux est un peu plus homogène puisqu'ils représentent près de 48% des établissements, mais plus de 60% des lits de court séjour.
- ✓ Enfin, pour ce qui relève de la psychiatrie, et de façon logique, plus de 70% des lits sont associés aux CHS, ceux-ci représentant 9% des établissements. Mais il est intéressant de noter plus de 25% des lits de psychiatrie sont répartis sur les CH et les CHR.

## **5.2 Les budgets consacrés par les établissements publics de santé à leur informatisation**

Les informations recueillies tant auprès des fournisseurs du marché que des acteurs institutionnels convergent pour considérer que la part du budget informatique, au regard du budget de fonctionnement des établissements, se situe en moyenne aux alentours de 1,5%. Des disparités assez fortes apparaissent suivant les catégories d'établissements, certains établissements importants consacrant plus de 2% à leur informatique. Toutefois, guère plus de 15% des établissements de santé dépassent ce seuil et près de 25% sont en deçà du seuil de 1% (source Health Information Network Europe (HINE) 2004 - Deloitte).

Le montant des dépenses liées à l'informatique hospitalière est évalué, suivant les sources, entre 2,5 et 3 milliards d'euros, ceci incluant les établissements privés et PSPH.

Une remarque importante s'impose quant à l'absence de source parfaitement fiable d'informations permettant de disposer d'indicateurs précis sur ce marché. De surcroît, une imprécision certaine reste quant aux éléments qui participent à l'élaboration de ces indicateurs.

Dans le courant des années 90, le CNEH publiait de façon annuelle des tableaux de bord relatifs à l'informatique dans les EPS. Force est de constater qu'il n'existe plus aujourd'hui de source fiable d'information qui permette de disposer d'une visibilité claire du marché.

Pour autant, à l'évidence **la mise en oeuvre du partage de l'information médicale en France nécessite des financements sans commune mesure avec les budgets actuellement consacrés.**

Ainsi, à titre d'illustration et alors même que les budgets qui seront consacrés au DMP et le modèle économique envisagé ne sont pas encore connus, il est intéressant de noter que le programme anglais NPfIT est abondé à hauteur de 8,7 milliards d'euro, et l'investissement initial nécessaire à un dispositif équivalent aux Etats-Unis a été évalué, dans une étude en août 2005, à 156 milliards de dollars.

### **5.3 Le niveau d'équipement des établissements en matière de systèmes d'information**

#### **5.3.1 Segmentation fonctionnelle**

Le découpage traditionnel des systèmes d'information hospitaliers couramment utilisé aujourd'hui est le suivant :

- ✓ Le domaine administratif (gestion des ressources humaines, de la paie, gestion économique et financière, gestion administrative des patients, facturation, PMSI)
- ✓ Le domaine lié à la production de soins (équipement des unités de soin au sens large et des urgences) et à la gestion du dossier patient
- ✓ Le domaine lié aux services médico-techniques (services prestataires des unités de soins dans le cadre de la prise en charge des patients) : laboratoire, pharmacie, radiologie, exploration fonctionnelle, blocs opératoires, ...
- ✓ Les applications décisionnelles ou de pilotage
- ✓ Les applications logistiques (services techniques, cuisines,...)

Ce découpage traditionnel a aujourd'hui tendance à évoluer au regard des évolutions réglementaires récentes. Notamment une tendance de plus en plus marquée vise à considérer une approche globale des patients, incluant la gestion administrative et la gestion clinique du dossier, et intégrant naturellement les éléments liés à la gestion de l'activité avec la facturation comme sous-produit de cet ensemble.

#### **5.3.2 Taux d'équipement**

Sur le niveau d'équipement des établissements publics de santé dans ces grands domaines, il n'existe malheureusement pas non plus de sources fiables d'information.

Pour autant, il apparaît que le niveau d'équipement des établissements (sur le segment de marché précisé en amont), au regard de ces différents domaines, est très hétérogène.

##### **A. Administratif**

Le niveau d'équipement des établissements concernant le domaine administratif est proche de 100%. Le marché n'est aujourd'hui qu'un marché de renouvellement. (Source éditeurs)

##### **B. Médico-technique**

Les services médico-techniques ont un niveau d'équipement très hétérogène (source éditeurs) :

- ✓ Taux élevé pour les laboratoires (taux supérieur à 80%).

- ✓ Taux faible pour la pharmacie (20%) : ce taux porte sur l'équipement des pharmacies hospitalières par un logiciel dédié permettant de gérer les fonctions courantes d'une pharmacie hospitalière. Ce taux est plus élevé (voisin de 70%) si l'on considère uniquement la composante gestion des stocks (fréquemment traitée au travers des modules associés au logiciel de gestion économique et financière de l'établissement). Par contre sous l'angle de la problématique globale du circuit du médicament ce taux est très faible et nettement inférieur à 10%.
- ✓ Taux également faible pour la radiologie (30%), ce taux concernant l'équipement des services de radiologie par une solution dédiée de type RIS (Radiology Information System). Il ne prend pas en compte l'équipement de certains services de radiologie par les fonctions basiques transversales des Systèmes d'information Clinique (production de comptes-rendus, saisie des actes). Dans le domaine des réseaux d'image (PACS - Picture Archiving and Communication Systems) le taux d'équipement est extrêmement faible (inférieur à 5%).

### C. Production de soins et dossier patient

Pour ce qui relève du domaine de la production de soins et du dossier patient (unités de soins) les chiffres sont aujourd'hui peu fiables car d'une part le domaine est vaste, d'autre part il conviendrait de s'appuyer sur un référentiel simple mais clair de modélisation du système d'information clinique. On se référera donc, sur ce thème, à plusieurs sources, qui fournissent des informations parfois contradictoires :

i Une étude récente du GMSIH ("Système d'information de production de soins : Analyse des expériences des établissements de santé - 2003") d'où est extrait le graphique suivant

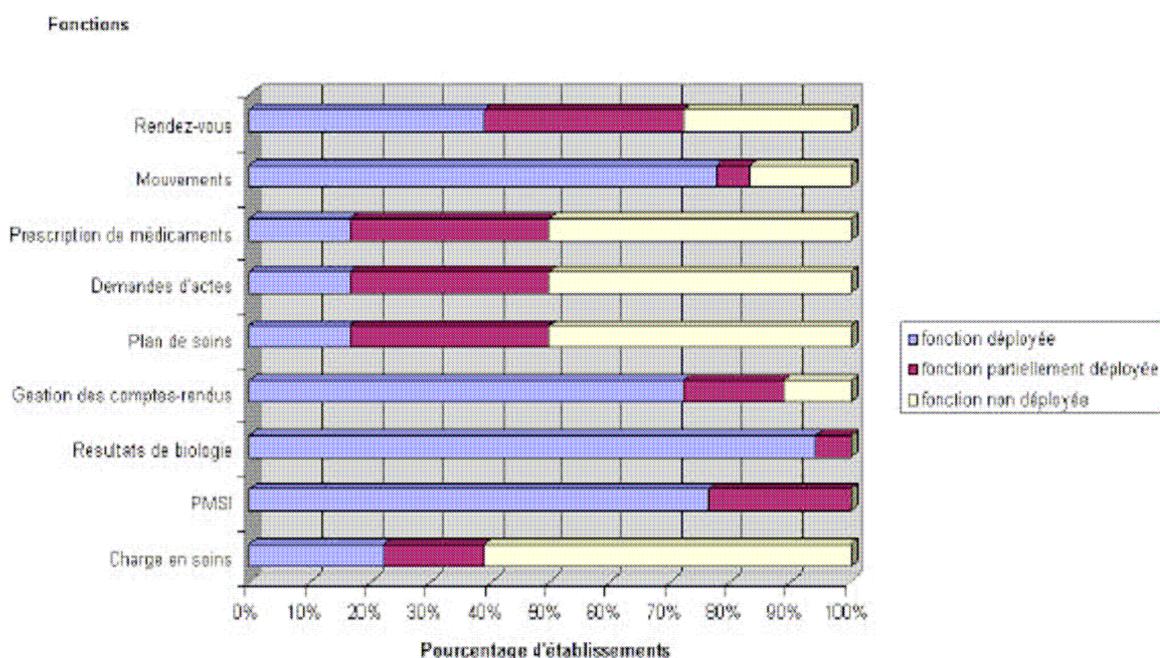


Figure 1: Couverture fonctionnelle constatée sur les 18 établissements étudiés en 2002

Extraits du document du GMSIH :

"La figure 1 présente la couverture fonctionnelle constatée sur les établissements étudiés. Elle met en évidence que la visualisation des résultats d'analyses biologiques, la production des informations utiles au PMSI, la gestion des comptes-rendus médicaux (et dans certains cas médico-techniques) et enfin la gestion des mouvements sont les fonctions les plus largement déployées et utilisées au sein des unités de soins. Dans une moindre mesure apparaît la gestion des rendez-vous (dans la majorité des cas elle consiste en une « gestion par service », c'est à dire non transversale à l'ensemble de l'établissement). Enfin, les fonctions liées à la prescription de médicaments, la demande d'actes (de laboratoire, d'imagerie...), le plan de soins (au sens large, comprenant les observations infirmières, le plan de prélèvement et le plan d'administration de médicament) ont un déploiement marginal ou en cours. L'évaluation de la charge en soins (SIIPS, PRN...) est particulière : on constate sur trois établissements un abandon du codage, du fait de la lourdeur de saisie et de la non-exploitation des informations."

Il convient de prendre ces résultats avec une extrême prudence compte tenu de la taille de l'échantillon (1,8% du marché des EPS) et des différents types d'approche possibles en matière de systèmes d'information centré patient. En effet, à titre d'exemple, deux chiffres interpellent les acteurs spécialisés présents sur le marché : plus de 90% des établissements disposeraient d'un serveur de résultats de laboratoire et de 70 à 90% disposeraient d'une gestion des comptes-rendus. De quoi parle-t-on exactement ? Ceci concerne-t-il par exemple, pour les comptes-rendus, la possibilité de disposer des différents types de comptes-rendus associés à un patient identifié de façon unique et fiable dans l'établissement ? Pour l'ensemble de ses séjours ? Dans le cadre d'un dossier patient structuré à minima ou, à l'opposé, s'agit-il de la production de comptes-rendus sur un PC pour un service, déconnecté du reste du système d'information ?

ii *Etude réalisée en 2001 pour Prorec France par J.André, consultant,*

Cette étude effectuée auprès d'une cinquantaine d'établissements portait de façon générale sur les dossiers médicaux hospitaliers et certains projets d'informatisation. De l'avis de son auteur l'étude était à pondérer, les établissements ayant répondu comptant parmi ceux qui avaient effectivement atteint un certain stade d'informatisation. De cette étude, 40% des établissements précisaient disposer d'un "dossier médical informatisé unique dans l'établissement".

iii *Etude réalisée pour HINE (Health Information Network Europe <http://www.hineurope.com>) en 2004 sur une situation en 2003, par Deloitte*

Constitué depuis 2001, HINE vise à fournir des informations au niveau européen sur le marché des technologies de l'information dans le secteur de la santé. HINE est financé par l'Union Européenne et par des grands industriels. Selon cette étude, et concernant spécifiquement le marché français :

- ✓ 30% des établissements disposeraient d'un système de gestion des informations cliniques dans une approche départementale (*clinical system*)
- ✓ 15% d'un système de production de soins (*care support system*)
- ✓ 35% disposeraient d'un dossier médical (*electronic patient record*)
- ✓ Environ 15% disposeraient d'une gestion automatisée des documents médicaux dans une approche système d'information (*Hospital-wide system for medical management document*).
- ✓ La demande d'actes (labo, radio) et le retour de résultats dans le dossier du patient (*computer based clinical service order placement and receipt of result*) représentent un taux d'environ 30%, à rapprocher des 90% évoqués par l'étude du GMSIH pour ce qui concerne le serveur de résultats.
- ✓ Moins de 10% sont équipés d'une prescription connectée des médicaments (sans aller naturellement vers le circuit complet du médicament...).

## **Conclusions**

Dans le fond, selon qu'il s'agit de sources institutionnelles françaises ou de données indépendantes, il existe une grande disparité dans les chiffres avancés. En raison du panel d'établissements utilisé par l'étude HINE et de la rigueur de la méthode, il convient de prendre les chiffres de cette étude comme référence certainement la plus proche de la réalité.

Ces chiffres accablants ne peuvent qu'inquiéter les acteurs du marché eu égard aux échéances qui se présentent à très court terme. On citera à titre d'exemple :

- ✓ Le DMP pour 2007 alors qu'une faible part des établissements dispose d'une gestion des comptes-rendus dans le cadre d'un dossier patient d'établissement,
- ✓ La mise en place en cours de la T2A, nécessitant des informations nominatives et précises sur les prescriptions médicales de certains médicaments onéreux, alors que moins de 10% des établissements disposent d'une prescription électronique.

Sans excès de pessimisme, aucun financement particulier n'est prévu pour faire face à ces échéances. De plus, on peut légitimement s'interroger sur l'argument consistant à invoquer les budgets d'investissement prévus dans le projet Hôpital 2007 pour pallier le manque d'investissements, d'autant que ces sommes ont en partie été déjà distribuées, et que l'allocation des budgets consacrés aux systèmes d'information est extrêmement faible au regard des besoins réels et de la part consacrée aux travaux de rénovation des EPS.

### **D. Un exemple de retour sur investissement possible**

Alors que l'étude citée ci-dessus précise que moins de 10% des établissements de santé sont équipés d'une prescription connectée des médicaments il est apparu intéressant de rappeler les conclusions d'une étude menée en 2001 sous l'égide du Ministère de la Santé et portant sur l'informatisation du circuit du médicament dans les établissements de santé.

Dans un chapitre consacré à la typologie des enjeux économiques, le document fait ressortir " trois types de gains économiques :

- ✓ le gain de temps, ou **gain de productivité**, par l'efficacité dans le traitement et la manipulation de l'information,
- ✓ la **diminution des dépenses** de médicaments,
- ✓ les **conséquences économiques** liées à la meilleure qualité du soin apporté au patient, par l'évitement **des incidents et erreurs**.

De plus, des bénéfices sont apportés par la fonction de « **pilotage** » du circuit du médicament. Quelques rares enjeux économiques « **divers** » n'entrent pas strictement dans les trois premières grandes natures d'enjeux."

Cette étude rappelle par ailleurs qu'un rapport présenté à l'Agence du médicament en novembre 1997, indiquait que :

- ✓ 10% des patients présentent un effet médicamenteux indésirable
- ✓ 2% des patients présentent un tel effet chaque jour,
- ✓ 1/3 est considéré comme grave.

Il rappelle les gains de temps potentiels induits par l'informatisation du circuit du médicament :

- ✓ Dans un service classique, les infirmières peuvent passer jusqu'à 50% de leur temps en traitement et manipulation de l'information ( copies, échanges en tout genre...).
- ✓ Chaque prescripteur de l'hôpital passe environ 1 heure par jour à la prescription

- ✓ Dans une Unité de Soins de 20 lits, le temps de préparation des médicaments peut représenter jusqu'à 2 heures par jour.

Il précise par ailleurs les baisses potentielles de dépenses de médicaments : l'informatisation du circuit du médicament peut engendrer une baisse des dépenses de 10 à 20%.

Le rapport évoque par ailleurs les conséquences économiques des incidents (journées d'hospitalisation complémentaires, examens complémentaires, séjour en réanimation, prescriptions complémentaires,...). A ce titre le rapport s'appuie sur une étude américaine qui situe de 2000 \$ à 2500 \$ la moyenne économique d'un incident médicamenteux. Il fait également état d'une étude menée en France, dans une unité de soins intensif : on a estimé que les incidents iatrogènes (6,5% des malades de l'unité de soins !) coûtaient près de 10 000 € et nécessitaient 7 jours d'hospitalisation supplémentaires. Dans un service de gastro-entérologie sur 87 cas d'intoxication de patients de plus de 65 ans on obtient un surcoût de 3000 €. Dans 12,6% des cas l'incident iatrogène est du à une interaction médicamenteuse.

Cet exemple, tiré de travaux réalisés pour le compte du Ministère de la Santé voilà maintenant 4 ans, illustre clairement les apports potentiels, tant sur le plan de la qualité des soins que sur le plan économique, d'un sous-ensemble du système d'information de production de soins.

On pourra légitimement s'interroger sur l'absence d'initiatives concrètes de la part des pouvoirs publics visant à favoriser la mise en place d'une approche informatisée du circuit du médicament.

## 6. Comparaison avec nos voisins européens

---

Pour comprendre le retard considérable de la France vis-à-vis de ses partenaires de l'Union, il est intéressant de disposer de quelques indicateurs comparatifs.

La référence la plus fiable est sans doute l'étude HINE réalisée par Deloitte et évoquée ci-dessus. Sans fournir le détail des informations de cette étude extrêmement intéressante, à laquelle on ne saurait trop conseiller aux lecteurs intéressés de se reporter, on notera quelques conclusions majeures.

Sur la base d'une étude portant sur 13 pays européens, il apparaît que :

- ✓ En matière de dépenses informatiques rapportées au budget des établissements, **la France est à l'avant dernier rang de ses partenaires européens, 15% seulement des établissements français consacrent plus de 2% de leur budget à l'informatique** alors que la moyenne européenne est de 30% ; à l'autre extrême, cette part est de 95% aux Pays-Bas
- ✓ La France se caractérise donc, en matière de systèmes cliniques au sein des établissements de santé, **par le niveau d'équipement le plus faible en Europe** : sur 14 domaines applicatifs identifiés, la France se situe au plus bas niveau sur 8 d'entre eux
- ✓ Seulement près de 12% des établissements publics français disposent d'un dossier patient électronique relativement complet
- ✓ Moins de 30% des établissements impliqués dans un projet global de système d'information visant la prise en charge des processus autour des patients adoptent une véritable démarche d'accompagnement du changement (BPR - Business Process Reengineering)
- ✓ L'essentiel des solutions en place relève de développements hospitaliers internes
- ✓ Plus préoccupant encore, *l'accroissement prévisionnel* des dépenses informatiques des établissements de santé français se situe **à l'avant dernière position de l'échiquier européen** !

A l'heure où notre pays revendique une place d'acteur majeur dans le concert des nations européennes, et dans un contexte de réforme indispensable de son système de santé, la situation de précarité dans laquelle se trouve le système d'information hospitalier français est accablante.

## 7. Etat actuel de l'offre administrative sur le marché français

---

### 7.1 Introduction

#### A. Objectif

L'objectif de ce chapitre n'est pas d'effectuer un recensement exhaustif de l'offre du marché français ni de disposer d'une photographie de l'offre sur le périmètre d'ensemble du Système d'Information Hospitalier.

Il vise essentiellement, sur un sous-ensemble jugé significatif du système d'information hospitalier, à faire ressortir la répartition des parts de marché entre les offreurs privés et les offreurs publics de solutions.

#### B. Périmètre et méthode

##### *i Sur le périmètre étudié du SIH*

L'étude porte sur un sous-ensemble clair, bien identifié et à priori non contestable, du système d'information hospitalier, à savoir le périmètre suivant :

- ✓ Gestion des ressources humaines (GRH)
- ✓ Paie
- ✓ Gestion Economique et Financière (GEF)
- ✓ Gestion administrative des Malades et Facturation (GAP)
- ✓ Gestion du PMSI (hors saisie des RUMS et RHS)

Compte tenu d'une part de la multiplicité des approches en matière de conception de la composante clinique des systèmes d'information hospitaliers, d'autre part de l'absence d'une vision consensuelle non contestable du découpage de cette composante, enfin du niveau d'informatisation à ce jour relativement faible de la composante clinique, il est apparu pertinent, à ce stade, de limiter l'étude au périmètre précisé ci-dessus.

Par ailleurs le niveau d'informatisation des établissements publics de santé sur ce périmètre est quasiment de 100% ce qui permet de disposer d'une photographie réellement significative de la situation du marché.

##### *ii Sur le segment de marché étudié*

L'étude a porté sur les établissements publics de santé (EPS) exclusivement, à savoir les établissements suivants :

- ✓ Les établissements de l'Assistance Publique de Hôpitaux de Paris (APHP), des Hospices Civils de Lyon (HCL), de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM), cet ensemble étant regroupé ci-après sous le sigle PLM (Paris, Lyon, Marseille)
- ✓ Les CHU et CHR (hors ceux du groupe PLM) regroupés sous le sigle CHR
- ✓ Les Centres Hospitaliers (sigle CH) : ceci regroupe les centres hospitaliers, centres hospitaliers généraux, centres hospitaliers intercommunaux
- ✓ Les Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) et Etablissements Publics de Santé Mentale (EPSM) regroupés sous le sigle CHS
- ✓ Les hôpitaux Locaux (sigle HL)

Ont donc été exclus de l'étude

- ✓ Tous les établissements publics en dehors de ces catégories et notamment les maisons de retraites, les EHPAD, les Centres de Long et Moyen Séjour, les MAS, ...
- ✓ Les établissements privés, de type PSPH ou sous OQN. Ceci concerne en particulier les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC) qui rentrent dans la catégorie des PSPH.

### *iii Sur les données traitées*

Afin que l'étude soit significative et lisible il a été décidé d'utiliser comme données de référence les données suivantes :

- ✓ Le nombre d'établissements (de façon globale et par catégorie)
- ✓ Le nombre total de lits et places des établissements
- ✓ Le nombre de lits et places de court séjour (MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique)
- ✓ Le nombre de lits de psychiatrie.

### *iv Sur le référentiel utilisé*

Le référentiel utilisé est l'annuaire Politi (PG Promotion), édition 2004.

### *v Sur la méthode utilisée*

Sur la base du segment de marché et du périmètre du SIH évoqués ci-dessus, un questionnaire a été communiqué aux adhérents du SNIIS leur demandant de fournir les informations de leur base installée.

Cette option a été choisie car il est apparu que, notamment sur le périmètre du SIH étudié, la quasi-totalité des offreurs privés de solutions du marché était adhérente au SNIIS, rendant de fait l'étude certes plus simple mais également plus fiable, car s'appuyant sur un référentiel (établissements et périmètres du SIH) validé par les différents offreurs privés.

Les offreurs privés consultés, pour le périmètre concerné, sont les suivants (par ordre alphabétique) :

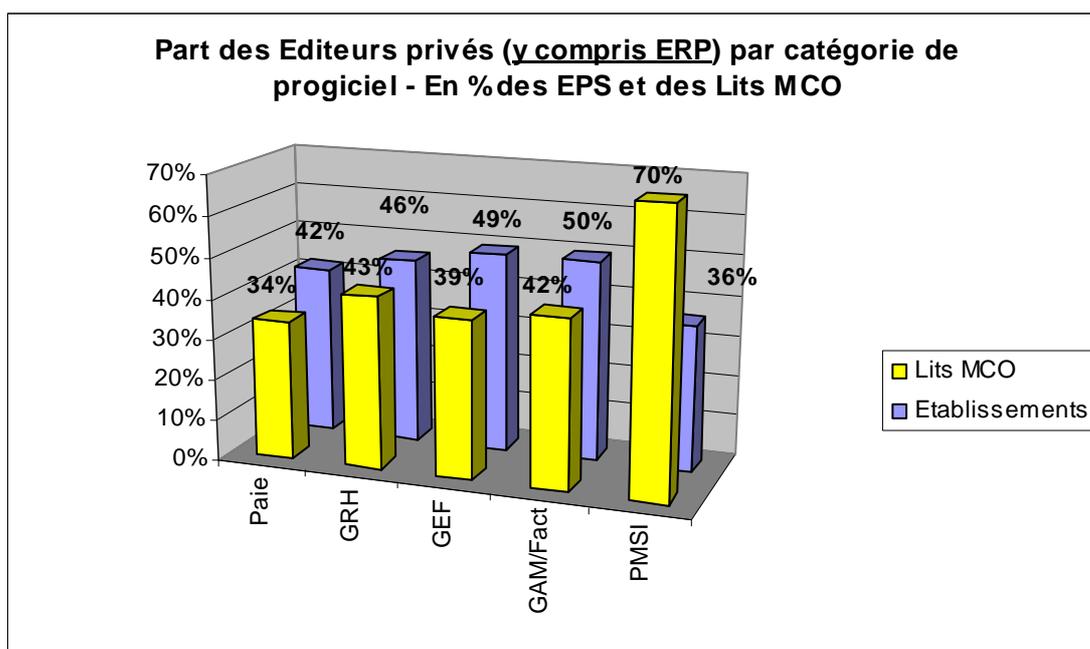
- ✓ DIS
- ✓ GRED
- ✓ INTELLITEC
- ✓ McKESSON
- ✓ MEDIANE-CALYSTENE
- ✓ MICRO6
- ✓ SIEMENS HEALTH SERVICES (SHS)
- ✓ SYMPHONIE ON LINE (SOL)

Par ailleurs des informations complémentaires ont été fournies par les éditeurs eux-mêmes pour quelques sites disposant de solutions spécialisées d'éditeurs privés autres que celles des éditeurs précisés ci-dessus, ainsi que pour les sites équipés de solutions de type ERP (Enterprise Resource Planning) (ou PGI - Progiciel de Gestion Intégré) non spécifiquement dédiés au marché hospitalier.

## 7.2 Les résultats de l'étude

Il est apparu intéressant de faire ressortir les statistiques de parts de marché des acteurs privés sous l'angle de deux indicateurs : parts de marché par rapport au nombre d'établissements et par rapport au nombre de lits de court séjour, ces deux indicateurs offrant des angles de vue sensiblement différents.

### 7.2.1 Répartition globale des parts de marché par type de progiciel



Ce premier graphique fait ressortir, tous types d'établissements confondus, les parts de marché des éditeurs privés sur les domaines fonctionnels de l'étude, en prenant comme référence le nombre de lits MCO d'une part et le nombre d'établissement par ailleurs. Il ressort de ce premier tableau quelques enseignements principaux :

*i* Hormis pour le PMSI, les parts de marché ramenées aux lits court séjour sont très sensiblement inférieures aux parts de marché ramenées au nombre d'établissements

Comme on le verra par ailleurs, l'explication provient principalement du fait que la présence des éditeurs privés est très faible dans les structures PLM (en dehors de la paie et de la GRH) et faible dans les CHR, cet ensemble représentant près de 37% des lits MCO mais seulement 8% des établissements.

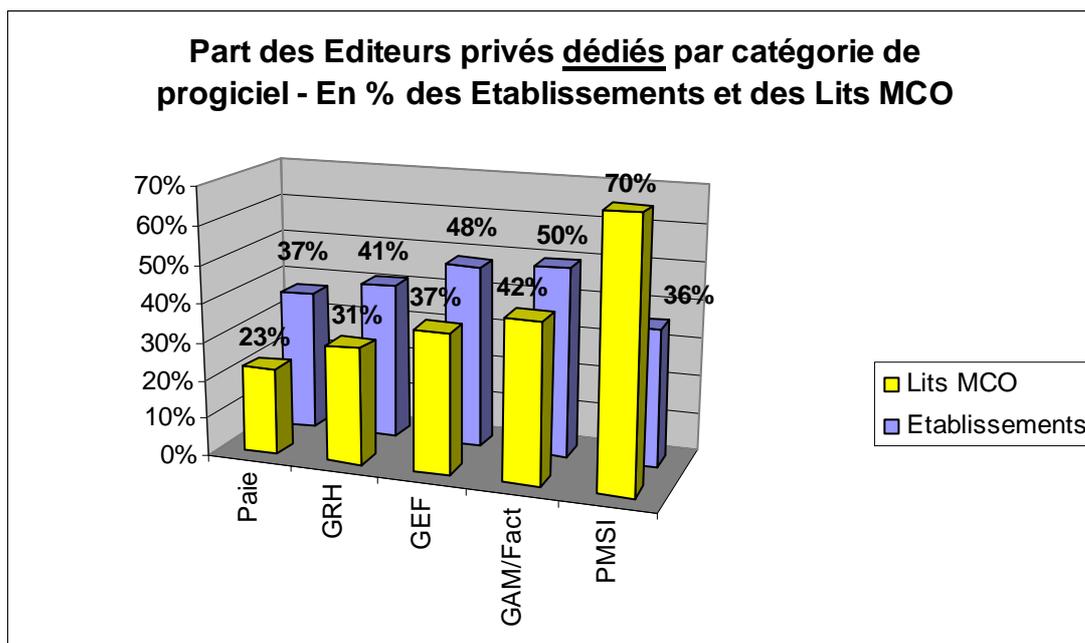
*ii* Concernant le domaine de la paie les parts de marché des acteurs privées sont les plus faibles.

Ces parts de marché sont de 34% au regard des lits MCO et de 42% au regard des établissements. La raison principale provient du fait que la production de la paie a de tout temps représenté une activité majeure des CRIH, par ailleurs fort lucrative au regard des prix pratiqués dans le privé. Ces activités se sont maintenues soit au sein des CRIH encore existants soit au sein des SRIH existantes actuellement, ces structures restant fortement attachées à ces activités, pour des raisons évidentes.

**En conséquence les parts de marchés des structures publiques concernant la paie se situent à près de 60% du nombre d'établissements et 66% du nombre de lits MCO.**

Il est intéressant par ailleurs de noter qu'un certain nombre de structures importantes (essentiellement APHP, HCL, et quelques CHR) ont mis en œuvre des solutions non spécifiquement dédiées au secteur hospitalier, sur la base de progiciels horizontaux du marché (HR Access par exemple)

Cet aspect est matérialisé par le graphique suivant, qui ne porte que sur les éditeurs privés dont les solutions sont spécifiquement dédiées au secteur hospitalier et qui fait ressortir, par rapport au graphique ci-dessus, une différence sensible en termes de parts de marché sur la paie et la GRH et mineure sur la GEF. L'analyse du chapitre suivant, par catégorie d'établissements, permet de disposer d'une bonne visibilité sur la répartition des offres de type ERP ou PGI non spécifiquement dédiés au marché hospitalier.



### iii Concernant le domaine de la GEF

Les parts de marché des acteurs privés sont respectivement de 39% (lits MCO) et 49% (établissements).

### iv Concernant le domaine de la gestion de patients et de la facturation

Les parts de marché des acteurs privés sont respectivement de 42% (lits MCO) et 50% (établissements).

Ces chiffres constituent d'excellents indicateurs : en effet,

- ✓ d'une part quasiment tous les établissements sont équipés d'un produit de gestion administrative des patients et de facturation
- ✓ d'autre part seuls les acteurs (privés ou publics) du secteur hospitalier proposent des solutions car on rentre là dans le cœur du métier de l'hôpital.

Ceci implique donc que **les parts de marché des SRIH, fournisseurs publics, sont respectivement de près de 60% (lits MCO) et de 50% (établissements)**. Cet ensemble (part de marché des SRIH) recoupe deux catégories de produits :

- ✓ ceux développés et diffusés par les SRIH évoquées en amont
- ✓ ceux développés en général par des structures importantes (Gilda à l'APHP, Gema V2 aux HCL, CHU de Rouen,...) produits généralement développés à partir de sources provenant de produits des SRIH (pour exemple les trois produits évoqués ci-dessus ont

été développés sur la base du produit C-Page diffusé par le GIP C-Page). Certains de ces produits ont par ailleurs fait l'objet de diffusions dans d'autres établissements (par exemple Gema V2).

v *Concernant le domaine du PMSI*

Ce domaine est cerné avec moins de précision que les domaines évoqués ci-dessus : il concerne fondamentalement les outils du DIM pour la production du PMSI, mais nullement la partie liée à la saisie des RUMs (activité MCO) ou des RHS (activité de moyen séjour).

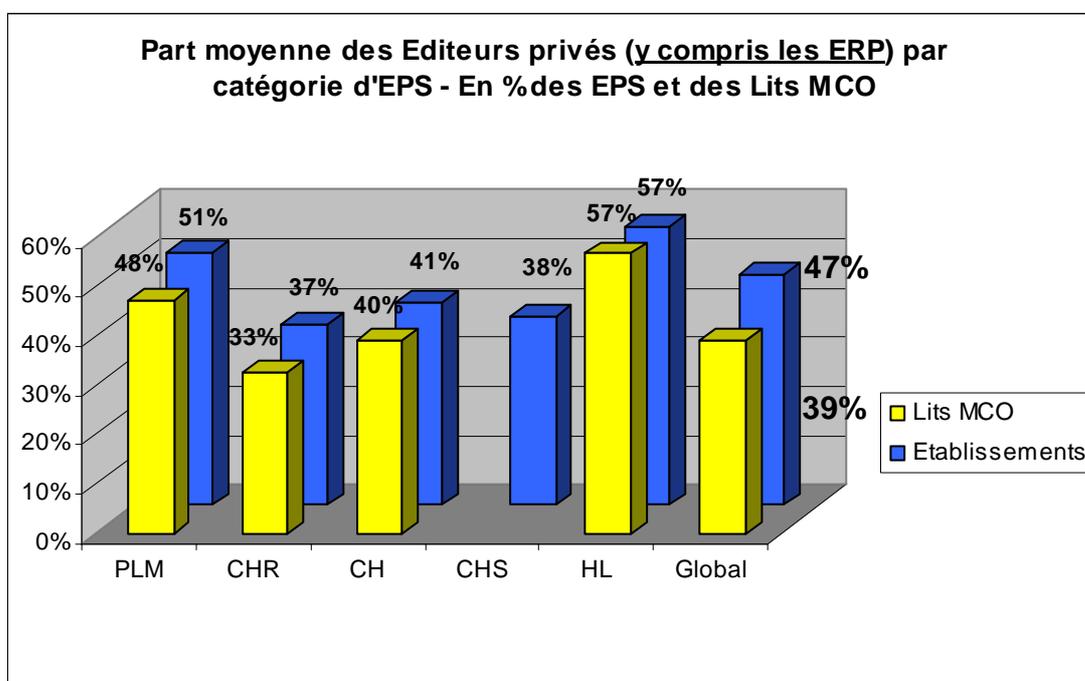
Par ailleurs la nature des outils mis à la disposition du DIM peut-être extrêmement variable, depuis un simple groupeur, jusqu'à des outils très sophistiqués de contrôle de qualité et d'exploitation des données.

Les chiffres portant sur ce secteur doivent donc être pris avec une extrême prudence : de fait les graphiques suivants n'intègrent pas la composante liée au PMSI. De l'étude réalisée, il ressort une part de marché pour les éditeurs privés respectivement de 71 % (MCO) et 36% (établissements).

Cette inversion de ces deux indicateurs provient essentiellement du fait que,

- ✓ contrairement aux produits évoqués en amont, les structures de type PLM et CHR sont fortement utilisatrices de solutions du privé, comme on le verra plus avant,
- ✓ beaucoup d'établissements de types hôpitaux locaux (qui représentent 35% des établissements) ont une activité court séjour extrêmement faible (2,4% des lits MCO), et ne disposent parfois d'aucun outil logiciel.

## 7.2.2 Répartition globale des parts de marché par catégorie d'établissement



Ce second graphique fait ressortir la part moyenne de marché des éditeurs privés du marché (y compris les ERP ou PGI non spécifiquement dédiés au secteur hospitalier), tous produits confondus (Paie, GRH, GEF, GAP/Facturation - le PMSI étant exclu car recouvrant des réalités très disparates tel que précisé en amont), par catégorie d'établissements. De même que pour le précédent graphique ceci d'un côté sur la base du nombre de lits MCO et par ailleurs sur la base du nombre d'établissements.

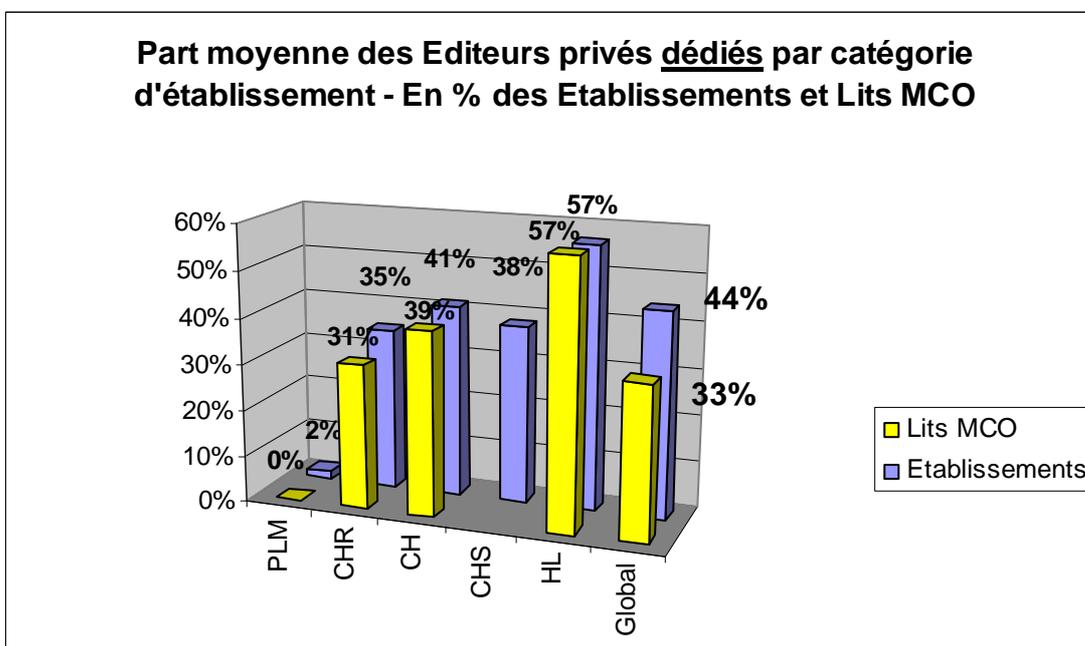
**Remarque :** On notera que les pourcentages par lits MCO sont rapportés au nombre de lits MCO de chaque catégorie d'EPS. De fait, pour les CHS, ces ratios n'étant nullement significatifs n'ont pas été intégrés (il existe extrêmement peu de lits MCO dans ces établissements, en effet selon le recensement de l'étude il existe 346 lits MCO sur un total de près de 55 000 lits et places, soit à peine 0,6%).

Il appelle un premier commentaire d'ensemble sur le chiffre global : sur les quatre produits (Paie, GRH, GEF, GAP/Facturation) et sur la globalité des établissements les parts de marché des éditeurs privés représentent 39% (lits MCO) et 47% (établissements).

Ce qui signifie que **la part des éditeurs publics s'élève à 61% du marché (lits MCO) et à 53% (établissements).**

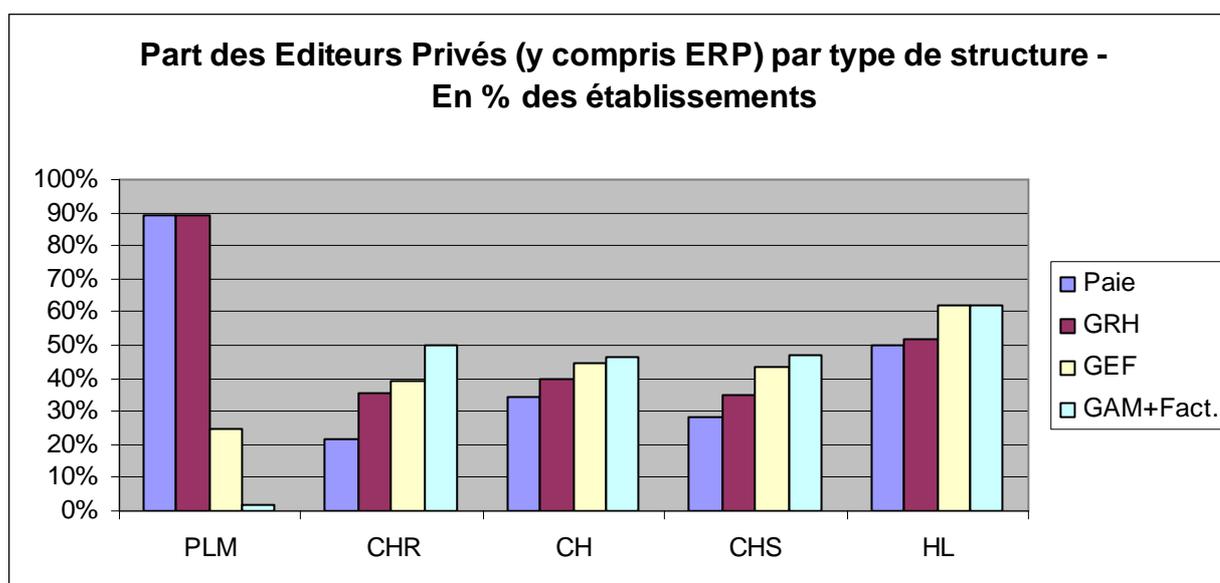
Il est à noter que, si l'on exclut les hôpitaux locaux, dont le nombre de lits MCO est très faible, le taux de part de marché des éditeurs privés (incluant les ERP) relativement au nombre d'établissements passe de 47 % à 42 %, **les éditeurs publics, sur cet indicateur, voyant ainsi leur part de marché passer de 53 % à 58 %**, sachant que les taux par rapport aux lits MCO restent stables naturellement.

Si l'on se focalise sur les éditeurs dont l'offre est spécifiquement dédiée au secteur hospitalier (c'est à dire hors ERP ou PGI) les chiffres varient de façon très sensible :

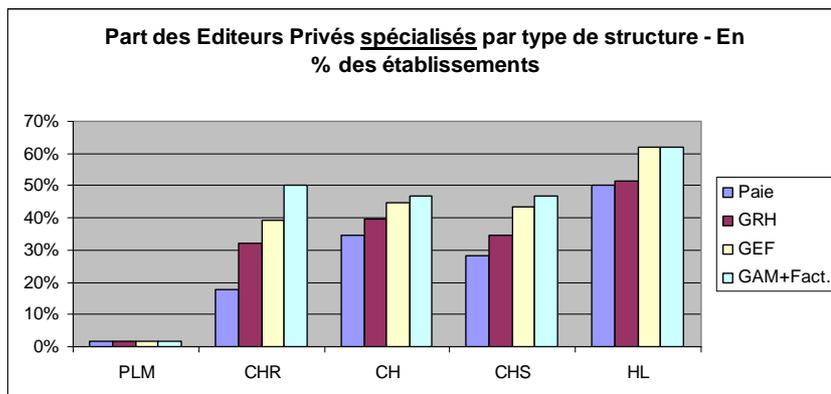


Les parts de marché par catégorie de produit sont les suivantes :

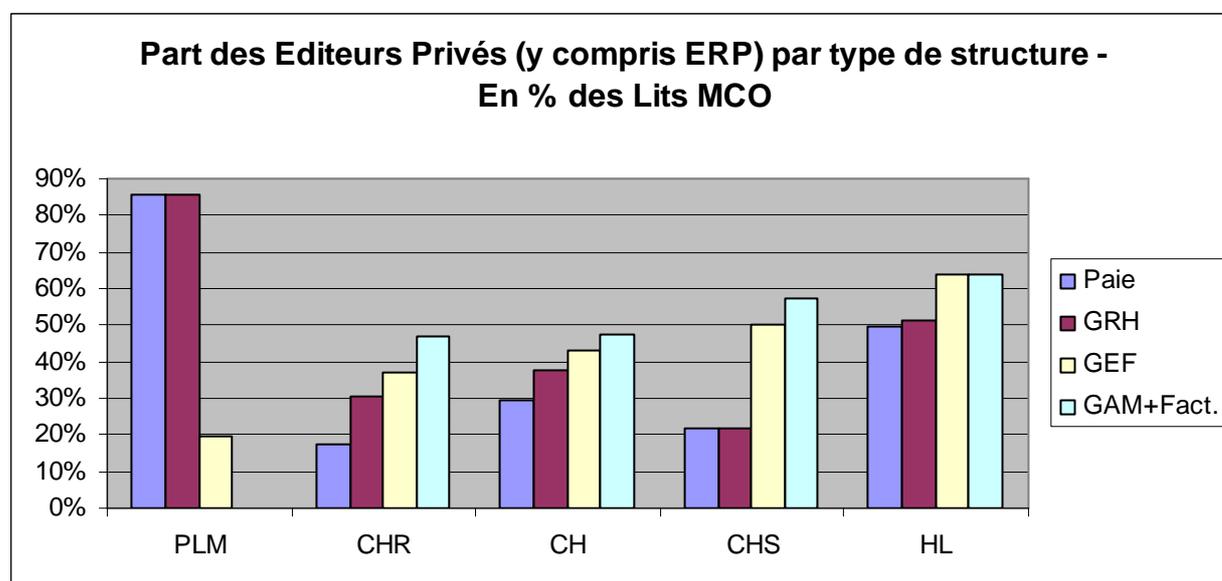
a. Par référence aux établissements



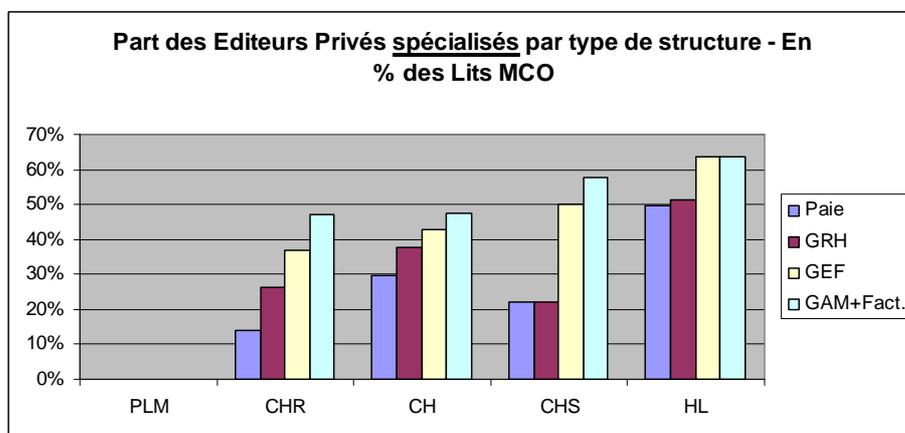
Pour précision les parts de marchés des éditeurs privés dont l'offre est spécifiquement dédiée au marché hospitalier sont les suivantes :



b. Par référence aux lits MCO



Pour précision les parts de marchés des éditeurs privés dont l'offre est spécifiquement dédiée au marché hospitalier sont les suivantes :



Ces différents graphiques permettent de faire ressortir quelques commentaires majeurs :

*i La présence des éditeurs privés sur le groupe PLM est quasi nulle sur le domaine de la gestion des patients et de la facturation, très faible sur le domaine de la GEF, importante sur les domaines GRH et paie*

**La faible présence des éditeurs privés sur la gestion des patients, de la facturation et de la GEF doit particulièrement attirer l'attention car il s'agit des structures hospitalières les plus en pointe.** Il conviendrait d'approfondir les raisons d'une telle situation par une étude plus poussée. A ce stade, il est difficile d'avancer des raisons précises.

Les trois structures concernées (APHP, APHM, HCL) sont des entités de taille tout à fait exceptionnelle qui s'appuient sur des structures informatiques internes (très) importantes et qui ont régulièrement justifié la nécessité de développements spécifiques par les spécificités de fonctionnement de ces structures, et par leur taille. De fait, des produits de conception ancienne sur le plan de l'architecture et fonctionnellement parfois en déphasage avec les évolutions des EPS, mais développés de façon spécifique sont maintenus par les équipes informatiques en place.

Il est par ailleurs intéressant de noter que les produits des éditeurs privés installés dans ces structures sont des offres de type ERP ou PGI non spécifiquement dédiées au marché hospitalier pour la paie et la GRH (HR Access à l'APHP et aux HCL) et pour la GEF (ERP Oracle aux HCL).

*ii La présence des éditeurs privés est faible au sein des CHR*

Elle se situe en moyenne à 33 % par rapport au nombre de lits MCO et à 37 % par référence au nombre d'établissement. De surcroît avec une approche très disparate suivant les domaines logiciels concernés.

Notamment, seuls 17% (en lits MCO) ont leur paie traitée par les éditeurs privés du secteur (en intégrant les ERP non spécifiquement dédiés au secteur hospitalier). Il convient de rappeler que plusieurs établissements de type CHR exploitent la paie au travers du produit PH7 financé par quelques CHR et dont la licence a été rétrocédée par la suite à d'autres établissements, notamment des CHR.

Si les éditeurs privés n'équipent la GEF des CHR qu'à hauteur de 37 % (lits MCO), ils équipent la GAP/Facturation à hauteur de 47 % (lits MCO). De fait 53% des CHR sont donc équipés de produits provenant de SRIH.

*iii La présence des éditeurs privés reste minoritaire au sein des CH*

Avec un taux de pénétration de 40% par rapport aux lits MCO, ce taux est également faible, car il représente la cible moyenne par excellence.

Avec des taux légèrement supérieurs à ceux des CHR, la pénétration suivant les domaines suit une courbe identique, allant de 30% pour la paie à 48% pour la GAP/Facturation.

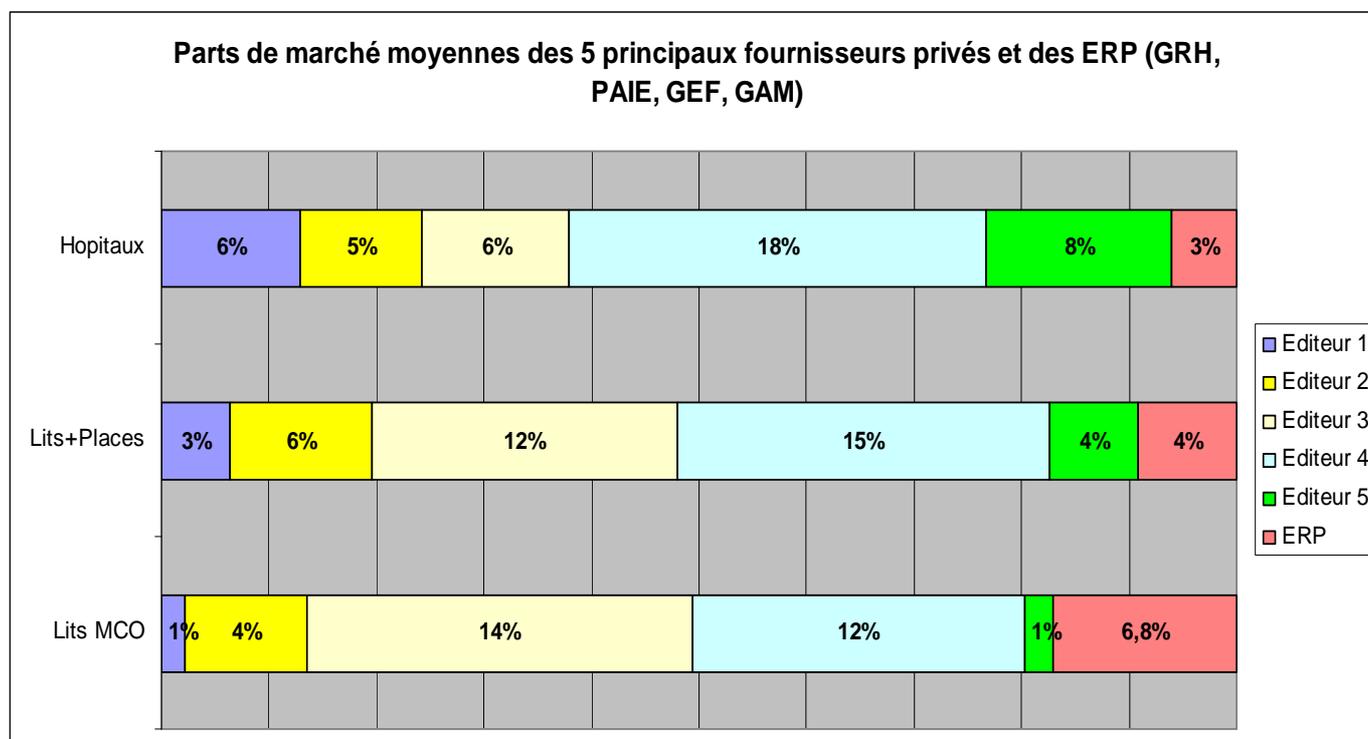
*iv Seuls les Hôpitaux locaux voient une présence significative des éditeurs privés*

Cette pénétration se situant à 57% au regard des établissements et des lits MCO. Il est intéressant de noter que la paie et la GRH représentent un taux de pénétration aux alentours de 50%, alors que la GEF et la GAP/Facturation se situent à 62% des établissements et 64% des lits MCO.

*v La présence au sein des CHS est également assez faible*

Se situant à un niveau moyen de 38% au regard des établissements, le taux de pénétration est très proche de celui des CHR, avec une répartition voisine de celle des CH pour ce qui relève de la GAP/Facturation et de la GEF.

### 7.2.3 Répartition des parts de marché par éditeurs privés



Ce graphique fournit les parts de marché moyennes, pour ce qui concerne les ensembles fonctionnels paie, GRH, GEF, GAP et facturation, des cinq premiers éditeurs privés du marché ainsi que des ERP non spécifiquement dédiés au marché hospitalier. Ceci sur la base du nombre de lits MCO, du nombre de lits et places, du nombre d'établissements. Il appelle quelques commentaires :

- ✓ deux éditeurs se détachent significativement du lot, l'un se positionnant en leader sur la base du nombre d'établissements et du nombre de lits et place, l'autre ayant le leadership en nombre de lits MCO. A eux deux ils disposent de 24% du marché en nombre d'hôpitaux et 27% du marché en nombre de lits MCO
- ✓ deux éditeurs disposent d'une place significative sur la base du nombre d'hôpitaux, mais d'une position faible sur la base du nombre de lits MCO
- ✓ un éditeur est en position intermédiaire avec une homogénéité de ses parts de marché sur la base de ces trois critères.

Ces variations de pourcentage de parts de marché s'expliquent naturellement par le positionnement sur des segments de marché bien définis. Globalement

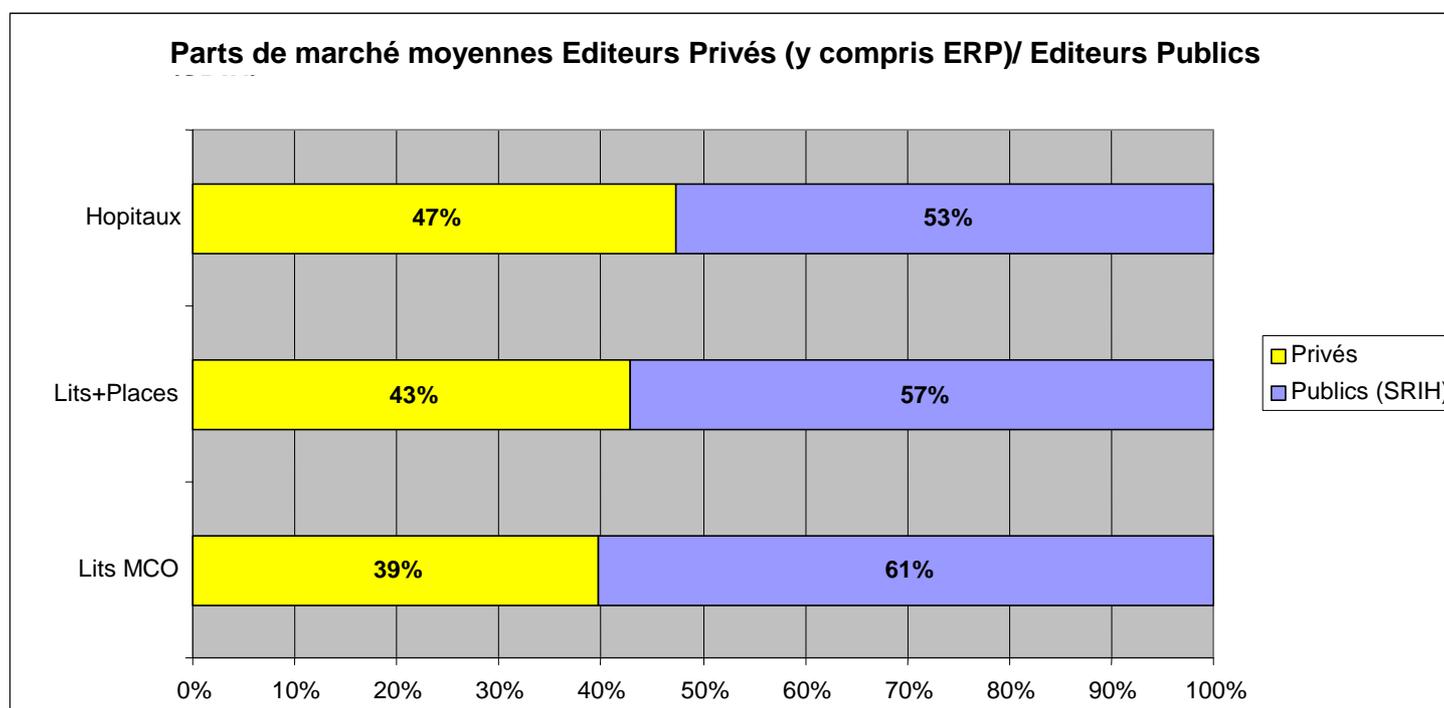
- ✓ deux à trois éditeurs se positionnent sur les segments de marché CHR et CH
- ✓ deux à trois éditeurs se positionnent sur le segment de marché des Hôpitaux locaux.
- ✓ et enfin les fournisseurs d'ERP non spécifiquement dédiés au marché hospitalier sont présents sur très peu d'établissements (3%) mais représentent près de 7% des lits MCO, ceci s'expliquant par un positionnement de ce type d'offre essentiellement sur le groupe PLM, dont l'activité MCO est importante.

De fait, l'offre privée est aujourd'hui concentrée sur très peu de sociétés pour chacun des sous-segments de marché et leurs parts respectives de marché restent faibles pour garantir un développement. Sauf à se diriger vers un unique fournisseur privé par sous segment de marché, s'agissant d'un marché clairement limité en volume, on ne voit pas très bien quels peuvent être les voies de développement de ces sociétés, d'autant que, comme on l'a vu précédemment, 60% du marché (sur la base des lits MCO) est dans les mains des SRIH.

On peut raisonnablement considérer que le marché se trouve donc, pour ce qui concerne les éditeurs privés, dans une situation dangereuse avec un risque de disparition progressive des éditeurs privés, faute de perspectives attrayantes de développement, et en l'absence d'un accès à la totalité du marché. De ce point de vue le rapport de l'IGAS (1995) sur les systèmes d'information hospitaliers, qui pointait déjà ces risques, illustre l'immobilisme qui a marqué les 10 années écoulées.

Alors même que les évolutions du système de santé, au travers notamment des récentes lois du 4 Mars 2002 et du 13 Août 2004, induisent un nécessaire développement des systèmes d'information hospitaliers, notamment pour les deux composantes clinique et médico-administrative, il paraît légitime de s'interroger sur le niveau d'investissement que pourront consentir les éditeurs privés au regard des perspectives limitées de développement.

Pour rappel et pour illustrer les chiffres donnés en amont, les parts de marchés respectives moyennes entre les éditeurs publics et les éditeurs privés, sur le sous-ensemble GRH/Paie/GEF/GAM sont les suivantes :



## 8. Conclusions et Recommandations

### **8.1 Une situation alarmante tant sur le plan de la demande que de l'offre**

Quelques constats majeurs ressortent donc de cette étude du marché des systèmes d'information hospitaliers, qui peuvent apparaître inquiétants et ne peuvent qu'interpeller l'ensemble des acteurs et notamment les pouvoirs publics.

En effet, et alors même que l'appui sur un système d'information performant constitue aujourd'hui une nécessité incontournable pour les établissements de santé, face aux enjeux majeurs auxquels ils sont confrontés et à la complexité croissante de leur environnement, le contexte d'ensemble paraît pour le moins alarmant :

- ✓ un niveau d'équipement des établissements hospitaliers pour la composante administrative du système d'information certes très élevé, et par contre extrêmement faible pour la composante clinique liée à la gestion du dossier du patient et la prise en compte des processus de soins : il apparaît comme l'un des plus faibles au niveau européen
- ✓ un niveau d'investissement consacré par les EPS à leur système d'information qui reste structurellement très faible au regard des besoins réels et comparativement à la situation des autres pays européens : de surcroît les perspectives d'évolution sont en deçà de celles de nos voisins de l'Union Européenne !
- ✓ une situation de réelle fragilité de l'offre sur le marché qui représente un risque important pour les établissements de santé, fragilité qui trouve sa source
  - (i) dans l'absence de perspectives de développement du marché pour les industriels (du fait des raisons évoquées ci-dessus),
  - (ii) dans la part très limitée de marché qui est consentie aux éditeurs privés du fait de la présence massive des éditeurs publics,
  - (iii) dans la position de faiblesse des éditeurs publics, fasse à un marché qui ne peut plus être abordé qu'à l'échelon national, et nécessite en conséquence, de la part des fournisseurs de solutions, des capacités d'investissement importantes imposées par une internationalisation de l'offre.

Alors que prévaut donc une situation pour le moins inquiétante sur le marché des systèmes d'information hospitaliers, apparaissent de façon parallèle des acteurs industriels de taille européenne voire mondiale, non spécifiquement spécialisés sur le secteur de la santé, et ceci dans la perspective de la mise en place du Dossier Médical Personnel (DMP) dans une approche globale du système d'information de santé.

Mais il convient de rester prudent sur les évolutions induites par le projet de DMP : certes, le DMP constitue une opportunité de développement majeure pour les établissements de santé qui devront être en mesure de s'y intégrer (encore faudra-t-il qu'ils en aient la capacité sur le plan financier et sur le plan des moyens humains). Mais, au stade actuel de la mise en place du DMP, les acteurs en sont réduits à des supputations : certes le marché de l'hébergement des dossiers patients peut constituer une opportunité intéressante, mais le business model n'est pas encore défini, ni le contenu du DMP ni encore le cadre des expérimentations.

Par ailleurs, et alors même que se constituent des consortiums importants avec des industriels majeurs (ceci traduisant de fait la nécessité d'une forte capacité d'investissement, d'une solidité financière importante, de disposer de compétences multiples de haut niveau), il est tout à fait intéressant de constater que, de façon

parallèle, des projets régionaux de DMP se développent au sein de certaines régions dont les éléments moteurs sont constitués par les SRIH qui voient ainsi, dans ces évolutions, la possibilité de repositionner ces structures régionales et de conforter un positionnement régional au sein des établissements de santé.

## **8.2 Une situation qui nécessite de créer les conditions d'un véritable marché**

Il convient en conséquence de créer les conditions d'un véritable marché avec

- ✓ d'un côté une clarification de la demande qui doit être en phase avec les capacités d'investissement, avec les moyens humains mobilisables par les établissements de santé et avec les enjeux auxquels ceux-ci sont confrontés,
- ✓ d'un autre côté une organisation de l'offre qui permette à celle-ci de se développer dans des conditions de saine concurrence et de proposer des solutions performantes en phase avec ces enjeux et avec les moyens dont disposent les établissements.

## **8.3 Par une politique claire permettant de disposer d'une vision à long terme**

Il convient que les **pouvoirs publics définissent une politique claire, pérenne** en termes de systèmes d'information hospitalier (et de santé également) en concertation avec les acteurs impactés, afin que cessent les attermolements de ces 30 dernières années, qui ont amené aux constats énoncés dans ce document. Il convient de ramener le rôle des pouvoirs publics à son rôle fondamental de définition des objectifs et de mise en œuvre de mesures incitatives pour l'atteinte de ces objectifs.

Par ailleurs, et comme cela est énoncé en introduction, la dispersion des travaux en matière **d'interopérabilité des systèmes d'information**, condition incontournable pour assurer une communication performante au sein des établissements de santé, mais également à l'extérieur, constitue un frein majeur au développement des systèmes d'information de santé. L'étude menée par le SNIIS en 2003 sur l'état des normes et standards dans le domaine de la Santé est tout à fait éloquent ("Normes et Standards en Informatique de Santé - Echange de données et communication" disponible sur le site du SNIIS) et reste d'actualité malgré quelques avancées. Des initiatives récentes et importantes prises par LESISS, et visant à fédérer les actions des différents organismes qui œuvrent dans le domaine des normes et standards, vont dans ce sens et doivent être relayées par les pouvoirs publics.

## **8.4 Par la mobilisation, au niveau des EPS, des moyens nécessaires pour la mise en œuvre de véritables SIH communicants**

Les différentes études menées par ailleurs et citées dans ce document, et les constats réalisés dans le cadre de cette étude montrent sans aucune ambiguïté les voies de progrès majeurs incontournables au niveau des établissements de santé :

- ✓ La prise en compte, par les directions des établissements et par le corps médical, de **l'aspect stratégique du système d'information**, instrument incontournable pour supporter les orientations stratégiques des établissements
- ✓ en matière **d'investissement**, la nécessité de porter, à minima, les budgets moyens des EPS liés aux systèmes d'information à 2,5 voire 3% de leur budget de fonctionnement
- ✓ En termes de **ressources**, nécessité de mobiliser et de former les personnels nécessaires tant sur le plan méthodologique pour la gestion de projet que pour la mise en œuvre proprement dite par le biais de ressources "métiers" (soignants, médecins, administratifs,

techniciens,...) aptes à appréhender les contraintes et les besoins des acteurs concernés,

- ✓ La nécessité d'appréhender les projets de système d'information non comme des projets purement technologiques mais également comme des **projets intimement liés à l'organisation**, par la mise en place d'une **politique d'accompagnement du changement** qui prenne véritablement en compte les problématiques d'adaptation des organisations, de formation et d'ingénierie de la formation, et de communication autour des projets de système d'information

## **8.5 Par une évolution progressive des activités des SRIH**

Il convient que se dessinent des perspectives de développement à long terme afin que des acteurs industriels pérennes et forts se positionnent de façon à proposer des solutions performantes et évolutives.

Comme le démontre cette étude, ces perspectives n'existent pas à ce jour.

Au-delà des circulaires de 89 et 91 et des directives actuelles, il convient de mettre en place une politique qui permette une véritable évolution des SRIH dans un cadre concurrentiel normal. Comme le démontre l'évolution du GIE Symphonie à la fin des années 90, cette évolution est tout à fait réalisable et offre des perspectives intéressantes pour l'ensemble des acteurs concernés :

- ✓ la structure publique concernée, qui n'a plus à supporter les charges d'une activité dont elle maîtrise mal les contraintes et les évolutions
- ✓ les adhérents ou clients, à savoir les établissements publics, qui trouvent dans le nouveau dynamisme d'un fournisseur auparavant moins réactif, une réponse mieux adaptée à ses besoins
- ✓ les équipes, qui mesurent les avantages d'un contrat de droit privé, ce qu'atteste un très faible turn-over dans leur nouvelle affectation
- ✓ l'acheteur, qui par cette opération renforce sa base installée et accroît sensiblement son périmètre d'activité, en intégrant de surcroît des collaborateurs expérimentés et immédiatement opérationnels
- ✓ la puissance publique, qui peut enfin envisager de disposer d'un système d'information adapté à la nouvelle gouvernance des établissements public et au-delà, inscrit dans le partage d'informations généralisé en santé
- ✓ L'Etat, qui mesure une amélioration de ses finances par un arrêt des exonérations fiscales dont bénéficient les structures publiques, et un accroissement de ses recettes versées par les entreprises privées

Il apparaît nécessaire que les pouvoirs publics définissent clairement les orientations et mettent en place une méthode qui permette d'assurer cette évolution progressive.

Il convient d'afficher une doctrine parfaitement claire et non contestable sur les missions autorisées par les structures de coopération interhospitalière et que soient exclues de leur champ d'action les activités liées à l'édition de logiciel.

### **A. Les activités identifiées des SRIH et les préconisations d'évolution**

On peut en effet considérer qu'il existe quatre types d'activités majeures recensées actuellement dans les SRIH :

- ✓ les activités liées aux missions d'exploitation et d'administration internes aux établissements hospitaliers : si ces activités relèvent en général de la structure informatique interne du CHU, il apparaît que certaines confusions perdurent entre l'informatique interne de certains CHU et les activités de SRIH de proximité,

- ✓ les activités communes d'exploitation partagées entre des hôpitaux : on y retrouve notamment des activités comme la paie. Ces activités se rapprochent des activités de type infogérance proposées par des acteurs spécialisés du marché,
- ✓ les activités de conseil associées à la mise en œuvre des solutions : schéma directeur, assistance à maîtrise d'ouvrage notamment,
- ✓ les activités liées à l'édition de logiciel : cela concerne le développement de progiciels, leur diffusion et la fourniture des services associés.

La première activité (informatique interne) a vocation à perdurer, par une intégration claire dans les structures informatiques internes des établissements : la complexité des projets, la mobilisation importante de ressources plaident pour un accroissement significatif des effectifs de ces structures notamment au sein des établissements de taille moyenne.

La seconde activité (exploitation partagée) rentre à priori dans le cadre des activités de coopération telles que définies dans les textes. Il convient probablement de compléter la définition de ces cadres de coopération afin qu'ils ne soient pas utilisés à des fins différentes. Il convient également de se poser la question de la pertinence du maintien de ce type d'activité, dans une vision à moyen terme. Les marchés européens et américains voient en effet se développer les prestations d'infogérance, qui visent précisément à prendre en charge une partie des activités informatiques des établissements de santé, de façon tout à fait semblable à ce que proposent les SRIH : le professionnalisme développé par les acteurs industriels spécialisés permettra à terme de disposer sur le marché français d'une offre qui sera probablement financièrement et techniquement plus attrayante que l'offre des SRIH. Sans doute serait-il pertinent d'anticiper cette évolution qui apparaît inéluctable.

La troisième composante (conseil) de son côté ne pourrait éventuellement s'envisager que dans le cadre d'une indépendance avec des structures de conception ou de diffusion de progiciels : il apparaît difficile d'être à la fois en quelque sorte juge et partie.

Il apparaît enfin clairement qu'une évolution de la quatrième activité (édition de logiciel et services associés) ne peut s'envisager que par un passage vers des structures concurrentielles de droit privé. Ceci ne peut naturellement s'effectuer que par des investissements réalisés par des acteurs industriels et/ou financiers.

## **B. La démarche d'évolution**

Il apparaît nécessaire dans un premier temps, et à brève échéance (un an maximum), de disposer d'une vision claire et incontestable des affectations des ressources et des moyens associés à chacune de ces activités au sein des différentes SRIH par la mise en place d'une comptabilité séparée par activité, qui permette de faire clairement ressortir les dépenses et les recettes.

Dès après cette clarification, une démarche d'intégration des activités liées aux missions d'exploitation interne (première activité listée ci-dessus) est à lancer au sein des structures informatiques des établissements hospitaliers, et notamment des établissements de taille moyenne.

Pour ce qui concerne la seconde composante (activités communes d'exploitation) il convient (i) de préciser et compléter le cadre des coopérations hospitalières afin que ces coopérations ne soient pas dévoyées, (ii) de préciser les modalités permettant la mise en place des structures et l'adhésion des établissements à ces cadres de coopération (i.e. la signature d'un contrat de services) : obligations identiques à celles des acteurs privés et notamment sur le plan de la procédure (appel d'offre) et de la non-exonération de taxes (TVA notamment).

Pour la troisième activité (conseil), et notamment pour ce qui relève de l'activité d'assistance à maîtrise d'ouvrage une réflexion doit être abordée permettant d'identifier

les voies d'évolution possibles afin que ces activités soient réalisées dans un cadre concurrentiel parfaitement transparent : il ressort clairement un vrai besoin de compétences en assistance à maîtrise d'ouvrage au sein des établissements de santé. Sans doute existe-t-il dans cette voie des perspectives intéressantes, mais dans un cadre qui ne mette pas en péril les activités développées par les acteurs privés.

Pour ce qui concerne les activités d'édition et de diffusion de logiciels avec les services associés, et comme cela est précisé ci-dessus, l'évolution inéluctable passe par un transfert au secteur concurrentiel. Il convient que de telles opérations puissent s'effectuer dans une totale transparence et que soient étudiés préalablement certains aspects tout à fait essentiels et notamment le volet social, mais également la situation des établissements clients/adhérents.

a. Volet social

Comme le démontre clairement l'expérience du GIE Symphonie, l'élément clef de cette évolution concerne le volet social qui doit être parfaitement préparé, une partie importante du personnel des SRIH ayant un statut qui ne relève pas du droit privé.

Plusieurs pistes peuvent être envisagées :

- ✓ évolution préalable des statuts comme avec le GIE Symphonie,
- ✓ période probatoire sur une durée à fixer permettant au personnel, à la suite du détachement, d'effectuer un choix définitif (maintien dans la structure privée avec évolution du statut ou retour dans la fonction publique),
- ✓ engagements particuliers exigés des acteurs privés, sur une période donnée, en matière de sécurité de l'emploi,
- ✓ procédures particulières de protection de l'emploi, au-delà de cette période, par la mise en place de plans prédéfinis de reclassement en cas de perte d'emploi.

Il apparaît parfaitement essentiel par ailleurs de faire ressortir l'opportunité tout à fait exceptionnelle que représente une telle évolution pour le personnel concerné. Il ressort en effet clairement que la principale valeur ajoutée des SRIH réside dans les compétences et le savoir-faire développés par le personnel : les évolutions inéluctables à venir de l'informatique de santé imposeront aux acteurs industriels de trouver des ressources compétentes et expérimentées. Les acteurs industriels qui se positionneront auront de fait comme priorité majeure de préserver cette richesse.

b. Les établissements clients/adhérents

La relation développée entre les SRIH et les établissements clients/adhérents est fréquemment une relation différente de la relation traditionnelle client/fournisseur. Par ailleurs, la dévolution des activités de conception et de diffusion de logiciels peut légitimement inquiéter des établissements qui ont pu faire des investissements récents ou peuvent voir d'un œil inquiet une évolution potentielle de l'offre de leur fournisseur de système d'information.

Il conviendra de faire en sorte que des engagements clairs soient pris par les futurs acteurs industriels qui se positionneront afin qu'une garantie de maintenance et d'évolution des produits concernés soit apportée sur une durée minimale.

Il sera également nécessaire d'assurer une communication pertinente auprès des établissements de santé afin de faire ressortir les opportunités que représentent pour eux ces évolutions.

c. La procédure

Il conviendra naturellement de faire en sorte que les procédures de dévolution au secteur privé garantissent d'une part une parfaite transparence, d'autre part la souplesse

nécessaire permettant d'effectuer le choix le plus pertinent (le mieux-disant) au regard de l'ensemble des critères à prendre en compte, et notamment du volet social.

L'évolution récente du code des marchés publics offre des ouvertures intéressantes pour garantir une totale transparence tout en permettant de véritables échanges entre la personne publique et les soumissionnaires.

### **8.6 Dans un cadre de concertation qui englobe l'ensemble des acteurs**

Une démarche de cette nature nécessite d'une part une clarification de la position et des objectifs des pouvoirs publics, d'autre part la transparence sur la méthode choisie, enfin la mise en place d'une instance chargée de préparer et de suivre les opérations de dévolution.

La rigueur de la préparation d'une opération de cette nature constituera un élément fondamental de la réussite du processus. Une véritable concertation doit être mise en place regroupant les pouvoirs publics, les directeurs de CHU et de CH, les représentants des SRIH, les représentants des personnels impactés, les industriels. Cette concertation permettrait de déboucher rapidement sur un cadre général d'évolution des différentes activités des SRIH, de dévolution de certaines activités au secteur concurrentiel, de disposer d'une charte qui définirait les principes intangibles qu'il conviendrait de respecter afin de prendre en compte les préoccupations légitimes de l'ensemble des acteurs concernés.

Seule une réelle volonté politique peut permettre d'impulser de nouvelles orientations qui permettront aux établissements de santé de disposer de véritables systèmes d'information à la hauteur des enjeux qui leur sont imposés par leur environnement.

## 9. Annexes

### 9.1 Annexe 1 : Rappels sur les circulaires et rapports

Ce chapitre apporte plus de précisions sur les circulaires et rapports cités dans le second chapitre, et fournit un éclairage plus précis sur l'évolution de l'informatique hospitalière.

#### 9.1.1 Circulaires

##### A. Les années 60 et 70

###### i Caractéristiques

Elles se caractérisent essentiellement,

- ✓ dans les années 60, par (i) La mise à disposition des Centres Hospitaliers des moyens développés par les CHR, (ii) La centralisation des traitements dans ces structures, (iii) le contrôle de la tutelle, (iv) la création des "ateliers inter hospitaliers", (v) la mise en place bureau "Organisation et Méthodes"
- ✓ dans les années 70 par (i) la mise en place d'ateliers en situation de monopole régional avec une emprise forte des directeurs de CHR, générant un mécontentement croissant des établissements, (ii) un mécontentement accru du fait du manque de compétence au niveau des établissements, par la lourdeur et la lenteur des contrôles de la tutelle nationale, (iii) des demandes croissantes en nombre et en périmètre : les applications proposées ne permettent pas de répondre de surcroît dans des délais corrects.

###### ii Circulaire du 25/10/1966

Les orientations portent sur la cohérence et l'intégration, l'Interconnexion entre établissements, l'Harmonisation sur le plan régional et national (statistiques, recherche), la Mise en place bureau "organisation et méthodes" du ministère pour coordination, l'Incitation à la création d'"ateliers inter hospitaliers" : création d'un groupe de travail pour élaborer un statut associé, l'Identification de la complexité et des spécificités du traitement des données médicales.

###### iii Circulaire du 27/10/1970

Les Orientations s'appuient sur des Constats concernant les résultats positifs des ateliers inter hospitaliers, et portent sur

- ✓ un Renforcement des tutelles régionales (Incitation des directeurs d'établissement à se rapprocher des DG de HR pour étude en commun de solutions, Incitation, aux services centraux, à "donner un avis défavorable de principe à tout projet de contrat entre les hôpitaux et les services bureaux des constructeurs, façonniers ou autres organismes, lorsqu'un atelier inter hospitalier sera disponible"
- ✓ un Renforcement de la tutelle nationale

###### Les conséquences.

Ces orientations ont pour conséquence

- ✓ Un développement important des ateliers inter hospitaliers et leur transformation progressive en CRIH : 29 à la fin des années 70
- ✓ La Réécriture des anciennes applications et le passage progressif vers des applications conversationnelles

- ✓ L'apparition des applications nationales qui ont marqué l'histoire de l'informatique hospitalière : SIGMA pour la facturation, GRAPH pour la paie, GEMCO pour la comptabilité
- ✓ La lourdeur des évolutions des applications nationales conduit certaines structures régionales à développer de nouvelles applications.

Mais ceci génère une situation de plus en plus tendue du fait du mécontentement de directeurs d'établissement vis à vis des CHR et de l'autorité nationale face à une inflation de la demande, et du fait également de disparités fortes entre régions, d'une hétérogénéité croissante, du peu d'apports sur le traitement des malades, enfin de l'apparition de produits nouveaux développés par les structures régionales.

## **B. Les années 80**

### *i Caractéristiques*

C'est une période d'évolutions majeures qui s'appuie sur deux circulaires fondatrices. Elles induisent des changements radicaux de l'approche concernant l'informatique hospitalière

Elle se caractérise par une autonomie croissante des hôpitaux, la décentralisation, le développement dans un cadre méthodologique (Schéma Directeurs), la mise en place des RSIO (Responsable des Systèmes d'Information et d'Organisation) et des DIM (Départements d'Information Médicale), le recrutement d'informaticiens dans les établissements.

Cette autonomie s'organise dans le cadre de filières dans un premier temps (circulaire de 82), avec une rivalité croissante entre celles-ci, puis dans un cadre plus ouvert aux acteurs privés (circulaire de 89) en maintenant l'existence des filières, et avec une redéfinition des missions des structures de développement (CRIH, SIR).

Cette période est marquée également par une prise en compte d'une médicalisation plus importante du système d'information (mise en place des DIM, du PMSI).

Mais, progressivement, des constats se font jour, sur une informatique statique, figée, classique dans son approche, centrée sur l'information administrative, balkanisée dans les applications médicales. Par ailleurs une évolution des technologies de l'information vers les systèmes ouverts (OS, SGBD, ...) impacte fortement le marché.

On voit l'introduction progressive d'acteurs privés, au-delà d'IBM et BUL : mais ce ne sont quasiment que des constructeurs (OLIVETTI, IN2 puis SNI, HP, DIGITAL, UNISYS) à l'exception d'éditeurs pour les petits établissements : Kalamazoo et DIS.

Enfin la tutelle des pouvoirs publics reste forte (COMIS) et que la circulaire de 89 va alléger. Création d'un bureau dédié au Ministère (Bureau 5A). Mise en place de l'ANDIH avec des actions multiples : information et FAR pour le financement de nouveaux logiciels

### *ii Circulaire du 18/11/82*

#### Orientations et Objectifs

Le constat est fait en introduction de la circulaire sur l'absence de définition claire aux différents niveaux de responsabilités des objectifs assignés à l'informatisation des établissements"

De fait les objectifs suivants sont fixés :

- ✓ Permettre à chacun d'accéder aux informations nécessaires pour accomplir sa mission
- ✓ Médicaliser le SIH
- ✓ Permettre une meilleure organisation du travail

La stratégie adoptée porte sur

- ✓ Une nouvelle répartition des responsabilités : rôle reconnu de l'utilisateur, rôle des structures régionales qui assurent la coordination du développement informatique au niveau régional (analyse des besoins, implantation du système et, **si nécessaire**, réalisation de nouveaux produits), rôle au niveau national (sur le plan technique et du respect de la cohérence des informations),
- ✓ Le développement de la coopération inter-hospitalière : au niveau Régional, rattachement des informaticiens de développement à une structure interhospitalière autonome, au niveau National, participation de tous les CH au fond d'aide à la réalisation de logiciels (FAR)

Sur le plan de la méthode, cette circulaire

- ✓ Introduit le concept de système d'information
- ✓ Organise le marché en filières : solutions valables pour des groupes d'établissements semblables. Une filière est une solution informatique globale et cohérente. Trois caractéristiques sont associées à une filière (i) un type d'établissement (activité et nature de la mission), (ii) une Architecture technique et un constructeur (iii) la justification économique,
- ✓ S'appuie sur les utilisateurs pour la conception.

### Conséquences

Cette circulaire induit plusieurs conséquences majeures

- ✓ Sur la démarche d'informatisation : nécessité d'une démarche d'analyse, d'élaboration d'un Schéma Directeur, recherche de solution dans les filières au niveau régional, sinon dans d'autres régions, réalisation sous condition d'une nouvelle filière,
- ✓ Au niveau des établissements, les RSIO sont considérés comme le correspondant de la structure régionale pour les problèmes d'informatique et d'organisation. Concernant l'information médicale, incitation à la création de structures dans les CH chargées de définir les règles de circulation et de cohérence de l'information. Création des DIM.
- ✓ Au niveau régional
  - ✓ Mission de la structure régionale : coordination et conception, conseil et assistance, réalisation, exploitation. Le statut de la structure régionale évolue vers une structure de coopération inter-hospitalière autonome juridiquement. Le syndicat inter hospitalier apparaît comme la structure la plus adéquate mais non généralisable d'où une évolution de la structure des CRIH. La structure intermédiaire (maintien des CRIH) induit une séparation entre les moyens consacrés à l'informatique de l'établissement (budget général de l'établissement) et ceux qui ont une vocation régionale (budget annexe).
  - ✓ Financement des Structures Régionales : il doit s'adapter aux nouvelles missions. Quatre modalités sont identifiées (i) Cotisation des adhérents, (ii) Facturation spécifique fonction de la prestation fournie, (iii) Participation aux charges de développement et de maintenance des produits, (iv) Facturation spécifique à l'unité d'œuvre pour les traitements effectués. En plus les Structures Régionales peuvent bénéficier de redevances tirées de la diffusion dans d'autres régions des produits qu'elles ont réalisés.
  - ✓ Découpage géographique s'appuyant sur les régions géographiques (sauf APHP)
  - ✓ Tutelle assurée par la DDASS du département du CRIH actuel.
- ✓ Au niveau national

- ✓ Ministère : direction des hôpitaux et création d'un bureau de l'informatique et de l'organisation hospitalière (Bureau 5A : la circulaire précise les missions de ce bureau)
- ✓ Agence nationale pour le développement de l'informatique hospitalière (ANDIH). Missions : favoriser la coopération inter-régionale, être un centre d'information sur les logiciels existants.
- ✓ Création du FAR : Financé par une cotisation des hôpitaux (se substitue à la cotisation versée au département informatique du CNEH), par le ministère de l'industrie, le ministère de la santé.
- ✓ Commission de l'informatique de santé (COMIS) : examine les SDI, veille à la cohérence, se prononce sur les choix des établissements et des CRIH

#### Sur le plan pratique, ceci se traduit par

- ✓ Une autonomie croissante des établissements du fait de la baisse des coûts des matériels, de la mise en place des RSIO et DIM, mais avec une inflation des moyens informatiques et une augmentation des personnels informaticiens
- ✓ Les centres producteurs sont confrontés à des problèmes du fait de leur statut inadapté(seuls trois SIH sont créés), d'effectifs insuffisants face à la demande et à l'évolution de la réglementation, d'une recherche par les filières d'un élargissement de leur marché régional d'origine qui se traduit par une rivalité et une concurrence inter-filières par le biais d'accord avec des sociétés pour diffusion à l'extérieur.
- ✓ La COMIS est au cœur de toutes les décisions
- ✓ Les Acteurs privés : au-delà des constructeurs d'origine (BULL, IBM), ouverture vers d'autres constructeurs : IN2, HP, Olivetti et apparition de filières d'origine privée pour les petits établissements : Kalamazoo, Dis
- ✓ Les filières : STAF et MISTRAL pour les grands établissements, PROFILS, PAGE, SYMPHONIE pour les établissements moyens, KALAMAZOO, DIS pour les petits établissements.

#### *iii      Circulaire du 06/01/89*

#### Pourquoi cette circulaire

Le constat est fait d'une informatique statique, figée, classique dans son approche, centrée sur l'information administrative, d'une informatique centralisée avec une tutelle excessive des pouvoirs publics, une informatique balkanisée dans les applications médicales et une évolution des technologies de l'information vers les systèmes ouverts.

#### Objectifs fondamentaux :

Ils portent sur

- ✓ La cohérence du SIH au niveau national afin d'assurer les transmissions et traitements (Trésor, Assurance maladie, données médicales et économiques nécessaires à la connaissance de l'activité hospitalière)
- ✓ La possibilité offerte aux établissements d'adopter la solution de leur choix : les applications informatiques doivent servir la politique de l'établissement dans le cadre de budgets approuvés

#### Orientations

Cette circulaire positionne l'action des pouvoirs publics : Normalisation des informations (nature, format, modalités de transmission) pour les différents domaines, aide à l'élaboration de logiciels (Réalisation de cahiers des charges nationaux, Résolution de problèmes juridiques), Normalisation technique : référence aux normes techniques : ISO, CEN, AFNOR,

La circulaire identifie ce qu'il faut entreprendre afin de permettre que ce changement soit maîtrisé par les hospitaliers :

- ✓ Actions de formation à destination des utilisateurs finaux pour les aider dans l'expression des priorités et des informaticiens pour adapter les métiers aux évolutions
- ✓ Gestion du Système d'information par les hospitaliers : Rôle du RSIO affirmé, confirmation des Départements de l'Information Médicale (DIM)
- ✓ Liberté de choix des établissements et coopération inter-hospitalière qui se traduit par
  - ✓ Liberté de choix du fournisseur dans le respect du CMP
  - ✓ CRIH et Syndicats Inter hospitaliers continuent à s'inscrire comme une composante importante de l'offre : confirmation de leur rôle (potentiel de diffusion, capacité de conseil) mais au même titre que toute forme de coopération entre établissements
  - ✓ La volonté de stimuler le marché, de développer la concurrence
  - ✓ Mais rappel que les *"filiales constituent l'une des solutions proposées aux établissements et qu'il appartient aux promoteurs et à leurs utilisateurs de les faire évoluer afin qu'elles demeurent des solutions concurrentielles"*

#### Sur le plan pratique

- ✓ L'offre est le fait (i) de structures hospitalières informatiques (CRIH et SIR), (ii) de Sociétés de service ayant développé ou acquis une offre, (iii) de Sociétés spécialisées dans les cliniques privées et qui adaptent leur offre, (iv) de Sociétés qui ont une offre dans le domaine public et l'adapte au contexte hospitalier
- ✓ Des incitations à des partenariats forts entre CRIH, CHU, industriels et à une émergence de nouvelles structures de coopération sont mises en place
- ✓ Les acteurs privés : Les constructeurs traditionnels (BULL, IBM et plus récents : IN2 (devenu Siemens Nixdorf), HP) et de nouveaux entrants : DIGITAL et UNISYS.

### **C. Les années 90 et 2000**

#### *i Caractéristiques*

La dernière décennie se caractérise par

- ✓ Une libéralisation du marché subordonnée à la mise en place de méthodes et le souhait d'une cohérence nationale au travers des normes et standards
- ✓ L'aide aux établissements par l'élaboration de cahiers des charges et de guides méthodologiques
- ✓ La volonté affichée de créer de nouveaux pôles public / privé aptes à jouer un rôle européen
- ✓ La privatisation de la division informatique du CNEH (91) puis du GIE Symphonie (99)
- ✓ La création de la Commission des Systèmes d'Informations sur les Etablissements de Santé (1993) chargée d'émettre des avis et de formuler des propositions pour les échanges entre les établissements, ARH, ministère, organismes d'assurance maladie
- ✓ Le constat fait par les pouvoirs publics d'une dispersion des initiatives, des crédits, la prolifération des solutions incompatibles avec la taille du marché. Décision de lancer un audit : rapport IGAS de 1995
- ✓ Incitation par les pouvoirs publics à la constitution de convention de coopérations, portant sur les SRIH, s'appuyant sur l'existence d'une personne morale : externalisation progressive des activités des CRIH vers des SIH, GIP ou GIE

- ✓ Tentative par les pouvoirs publics d'une clarification des modalités d'intervention des structures régionales d'informatique hospitalière (circulaire du 14/04/99)
- ✓ Création et développement du SNIIS, regroupant les acteurs industriels de l'informatique de santé, notamment hospitalière
- ✓ Alors que le rapport de l'IGAS constatait "une déstabilisation de l'offre publique et une remise en cause de sa pérennité" et que la circulaire de 99 tentait de clarifier leurs modalités d'intervention, les SRIH se sont développées de façon importante, notamment par l'externalisation, constituant de véritables structures publiques d'édition de logiciels
- ✓ Démarches de la part du SNIIS, auprès des pouvoirs publics et des instances européennes, afin que soit assainie une situation de concurrence jugée déloyale de la part des SRIH, sans que les pouvoirs publics ne paraissent s'émouvoir de cette situation
- ✓ Création du GMSIH (2000) chargé de concourir, dans le cadre général de la construction du système d'information de santé, à la mise en cohérence, à l'interopérabilité, à l'ouverture et à la sécurité des systèmes d'information utilisés par les établissements de santé

#### ii *Circulaire du 19/04/91*

##### Objectifs

Elle se situe dans le prolongement de la circulaire de 89 et vise à (i) Définir les procédures de concertation et de coordination entre les acteurs du système hospitalier, (ii) Définir le rôle de l'état dans le domaine des S Information et de l'informatique hospitalière, (iii) compléter la circulaire de 89 et conserve les principes d'autonomie des établissements et de cohérence du système d'information

##### Orientations

- ✓ Participation des acteurs par la mise en place du CIHS (Conseil de l'Informatique Hospitalière et de Santé), instance concertation dont le secrétariat est assuré par le CNEH et du fond mutualisé qui remplace le FAR et apporte une aide à l'évaluation et à l'innovation technologique et vise à permettre la participation au financement de projets dits innovants
- ✓ Rôle de l'état : par une réaffirmation de l'autonomie des établissements et avec des précisions sur le rôle de la DH : coordonne l'élaboration de la politique générale, analyse les impacts et veille à la cohérence, informe les autres directions, organise la concertation et la coopération pour la définition de normes fonctionnelles et techniques, assure la liaison avec les organismes français et internationaux.

#### iii *Circulaire du 14/04/99*

Cette circulaire fait suite au rapport de l'IGAS de 1995 et du CSSIS de 1998

##### Objectifs

De fait les objectifs portent sur (i) Des précisions et une clarification des modalités d'intervention des structures régionales d'informatique hospitalières (SRIH), (ii) un Rappel du cadre juridique applicable aux activités réalisées en coopération, (iii) des Précisions sur les limites au déploiement par les SRIH de prestations commerciales au titre des "activités subsidiaires" et un rappel des règles à respecter.

##### Orientations

Elles portent sur plusieurs thèmes :

- ✓ Sur la coopération. Elle précise
  - ✓ Les principes de base : Rappel des principes de la coopération et notamment du principe de partage des coûts de fonctionnement entre l'ensemble des

établissements : il ne s'agit pas de l'achat de prestations; mais d'un financement conjoint d'une activité. Le financement ne doit pas résulter de l'achat par les établissements de prestations facturées sur la base de barèmes de prix : il s'agirait sinon de relations commerciales constitutives de marché public.

- ✓ Les formes juridiques de la coopération : elles reposent sur des conventions soit simples, soit constitutive d'une personne morale. Les conventions simples (cas des CRIH) doivent respecter des critères précis et notamment des règles de décision collective, la distinction de ce qui relève du cadre de coopération et de ce qui relève des activités subsidiaires. Les conventions s'appuyant sur une personne morale sont précisées et préconisées : SIH, GIP, GIE. Il est précisé que ne rentrent pas dans le champ de la coopération les conventions entre SRIH.
- ✓ Sur les procédures de marché dans le cadre des coopérations : si les principes fondamentaux sont respectés, la coopération s'exerce en dehors du cadre des marchés publics
- ✓ Sur les activités subsidiaires rentrant dans le champ concurrentiel
  - ✓ Rappel des principes et notamment du fait que seuls les EPS et SIH peuvent conduire des activités subsidiaires, que celles-ci doivent être dans le prolongement de leur activité principale, que ces activités doivent demeurer marginales par rapport aux missions de coopération (ne doit pas excéder 20% de l'ensemble de l'activité)
  - ✓ Ces activités suivent le droit fiscal applicable aux entreprises, notamment en matière de TVA
  - ✓ Elles sont soumises aux règles de la concurrence : les autorités doivent s'assurer qu'elles ne bénéficient pas des conditions liées à l'exercice des missions d'intérêt général (subventions croisées notamment) : obligation de tenir une comptabilité analytique permettant d'individualiser les coûts de chaque activité.
  - ✓ Une SRIH peut offrir des prestations au titre de son activité subsidiaire à un établissement non-membre de la structure sous conditions (i) de respect des modalités définies dans le CMP, (ii) de la production des documents obligatoires.
- ✓ En conclusion, la circulaire précise que
  - ✓ Le régime de coopération tel que prévu dans le CSP est considéré comme le cadre normal et juridiquement le plus sûr d'intervention des structures publiques de coopération
  - ✓ Les SRIH doivent veiller au respect des conditions énoncées
  - ✓ Les SRIH doivent transmettre aux ARH le détail analytique de leurs produits et charges, permettant de faire ressortir notamment la part des activités subsidiaires

## 9.1.2 Les rapports majeurs des dix dernières années mentionnant l'informatique hospitalière

### A. Rapport IGAS 1995 : Mission d'audit de l'informatique Hospitalière et d'évaluation de la Politique publique en ce domaine

Bien qu'ancien ce rapport public reste cruellement d'actualité, 10 ans après sa rédaction. ! La synthèse des conclusions du rapport, rappelés ci-dessous, pourrait en partie s'appliquer à la situation actuelle.

Ce rapport, commandé par le Ministère rend compte des investigations qui ont été menées dans le cadre de la mission d'audit de l'informatique hospitalière et d'évaluation de la politique publique dans ce domaine. Il présente une synthèse des constats effectués ainsi que l'évaluation de la politique publique et les recommandations qui sont formulées.

De façon synthétique les conclusions sont les suivantes :

#### 1. LA POLITIQUE DEFINIE EN 1989 VISE A REMEDIER A UN BLOCAGE PAR DES MECANISMES DE TYPE CONCURRENTIEL :

1.1. La situation était vécue comme bloquée et l'informatique a été un domaine d'application d'une volonté globale d'allègement de la tutelle

1.2. Le dispositif de 1982 a été modifié en 1989 et 1991 pour donner l'autonomie aux EPS et diminuer le rôle de l'État

#### 2. LES OBJECTIFS VISES N'ONT PAS ETE ATTEINTS

2.1. Les actions menées ont été limitées et d'autres facteurs ont eu un impact sur les évolutions constatées

2.2. La couverture fonctionnelle a faiblement progressé, l'offre s'est diversifiée mais dans le champ de l'informatique administrative

#### 3. LA SITUATION DE L'INFORMATIQUE DES EPS ET LES ENJEUX QUI Y SONT ATTACHES NECESSITENT UNE POLITIQUE PUBLIQUE DE REGULATION PLUS FORTE

3.1. Le management de leur informatique par les EPS est faible et l'utilisation de l'informatique pour améliorer le service rendu n'est pas une tendance forte

3.2. L'offre publique est déstabilisée et l'IGAS estime que sa pérennité est à terme mise en cause

3.3. Trois enjeux majeurs justifient une action publique : assainir les relations public/privé, mettre en place dans les EPS un système d'information adapté à une régulation prenant en compte l'activité et éviter des dépenses informatiques inutiles

#### 4. POUR L'IGAS L'ACTION PUBLIQUE DOIT AVANT TOUT PORTER SUR DES MESURES DESTINEES A RENDRE NECESSAIRE L'UTILISATION PAR LES EPS D'UN SYSTEME D'INFORMATION PERFORMANT

4.1. Le système d'information hospitalier doit faire l'objet d'une véritable politique publique

4.2. L'IGAS estime qu'il n'est pas possible de limiter l'action publique à une action sur l'offre, qui a échoué depuis quinze ans.

4.3. La priorité de l'action publique est de renforcer une régulation destinée à rendre nécessaire l'utilisation par les EPS d'un système d'information performant en fonction d'objectifs de santé publique et de service rendu

4.4. La seconde priorité est de définir un cadrage financier

4.5. Il appartient aux EPS, dans le cadre de leur autonomie de gestion, et avec l'aide des pouvoirs publics, d'améliorer leurs pratiques

4.6. Pour l'État la restructuration de l'offre est un problème second

4.7. L'état doit soutenir, sous conditions, le projet REFERENCE car il est le seul à pouvoir faire naître une concurrence entre offreurs respectant la cohérence du système d'information des EPS

4.8. Il est nécessaire de renforcer le potentiel d'expertise dans ce domaine

### **Extraits du rapport**

Il est apparu intéressant d'extraire quelques passages au regard de la situation actuelle.

#### ✓ **Sur la situation des structures publiques en 95 :**

"...

#### **L'offre publique est déstabilisée et l'IGAS estime que la pérennité est à terme mise en cause**

- L'offre publique reste dominante en raison de son poids dans la gestion administrative et possède des atouts.
- La prise d'autonomie (des EPS) a été partielle (...Au total cinq ans après la publication de la circulaire de 1989, une majorité des établissements est restée adhérente du centre producteur de sa région...)
- En raison des objectifs réels des EPS et du poids du réseau hospitalier (...implications en terme de management qu'exige la conduite d'un processus d'autonomisation, ..., la prise d'autonomie est souvent perçue comme un désaveu du CHR,..., les alternatives aux solutions proposées... ne sont pas considérées comme étant d'une qualité justifiant d'entreprendre la démarche...)
- Cette offre publique de logiciels et de service est néanmoins déstabilisée. (...Les offreurs de logiciels tant régionaux que nationaux sont confrontés à la nécessité **d'investir** pour proposer des produits unités de soins et pour rénover des offres administratives obsolètes au plan technique...)
- Même les offreurs nationaux, les plus dynamiques, sont remis en question (...ils exercent une activité de société de service spécialisée dans la conception et diffusion de progiciels de moyenne diffusion sur l'ensemble du territoire. Ils assurent eux même les fonctions de conception, développement, maintenance et confient pour l'essentiel les fonctions de diffusion au-delà de la région d'origine à d'autres centres producteurs... Les adaptations que devaient conduire les centres producteurs dans le nouveau contexte concurrentiel, n'ont pas été analysées et les mesures d'accompagnement qu'il aurait été nécessaire de prévoir n'ont pas été définies. La circulaire de 1989 ne prévoit aucune action spécifique concernant les centres producteurs, si ce n'est la liberté donnée aux établissements de changer de fournisseur de solution.)
- Le nouveau contexte de concurrence a constitué le révélateur de facteurs de crise des centres producteurs dans leurs activités traditionnelles
- Face à ces menaces ils disposent de capacités limitées pour s'adapter

#### ✓ **Sur les relations public/privé**

"...

- Assainir les relations public/privé est une nécessité

Le caractère d'évaluation de la politique publique de la mission a conduit à ne pas effectuer lors des investigations de contrôle des marchés publics. L'IGAS estime cependant qu'un faisceau de facteurs conduisent à faire de cet aspect un point important de la politique publique.

L'IGAS estime que la possibilité ouverte à des structures hospitalières d'organiser des structures de production ou des structures de maîtrise d'ouvrage en GIP et surtout en GIE, voire en association loi 1901 conduisent à un défaut de contrôle a posteriori par les services du Ministère chargé de la Santé. Pour ce qui concerne l'association loi 1901 et

le GIE, l'utilisation de ces structures conduit à ce que des fonds d'origine publique soient gérés sans que l'obligation de mise en concurrence soit respectée.

La faiblesse de la maîtrise d'ouvrage relevée lors des constats est un facteur de risque aggravant.

De plus les risques sont importants. Les centres producteurs publics confrontés à des difficultés cherchent à nouer des alliances avec des opérateurs privés dans lesquelles leur seul véritable atout est la maîtrise d'une clientèle et cherchent à obtenir qu'ils participent au financement des projets. L'IGAS s'interroge fortement sur la compatibilité de ces "partenariats" avec l'obligation de mise en concurrence qui fonde le code des marchés public:

Enfin le choix de structures privées comme le GIE met les établissements dans la position de prise d'un risque industriel, métier qu'ils ne connaissent pas et pour lequel il n'existera pas à leur égard la sanction que le marché réserve aux acteurs privés. En dernier recours le risque industriel est assumé par l'assurance maladie.

Des mesures doivent être prises pour couvrir les risques que génère cette situation. A cet égard l'argument de l'inadaptation des statuts publics avec l'activité informatique ne lui paraît pas recevable. Si effectivement on ne peut dans le cadre d'un statut public, et de son évolution, mener des activités de développement et de service, la privatisation de l'activité qui n'est pas une composante directe du service public de santé s'impose sans doute.

..."

#### ✓ Sur l'action publique

"...

#### **4.2. L'IGAS estime qu'il n'est pas possible de limiter l'action publique à une action sur l'offre, qui a échoué depuis quinze ans.**

- Les investigations font clairement ressortir que la pauvreté de l'offre logicielle est la conséquence et non la cause des blocages de l'informatisation des EPS.

En 1982 il est apparu que l'État ne remplissait pas correctement ce rôle qui a été confié à des structures hospitalières. En 1989, sans avoir vérifié la réalité et analysé les causes de la situation, l'Etat a considéré qu'il fallait pour remédier à un blocage mettre ces structures en concurrence et fait appel à de nouveaux acteurs, venant du secteur privé.

Quatre ans plus tard le constat montre que les objectifs n'ont pas été atteints. L'évolution spontanée du système ne présage pas une nette amélioration de la situation, les acteurs privés n'investissent pas dans des produits destinés aux unités de soins, faute de perspective de marché, et les directeurs d'établissements inscrivent en priorité dans leurs projets à court terme la refonte des systèmes administratifs.

Les audits de site montrent clairement que les facteurs principaux de blocage ne relèvent pas de l'offre.

Certes celle-ci n'est pas à la hauteur des besoins des établissements si ceux-ci voulaient utiliser toutes les possibilités que la technique peut leur offrir. Mais l'analyse des situations réelles montre que ce n'est pas le facteur primordial de blocage. Les caractéristiques techniques des produits ne sont pas le critère déterminant de la réussite des projets.

L'informatisation quasi-complète d'un établissement a été réalisée avec des produits sur grand système, d'une technologie maintenant dépassée et avec une ergonomie sommaire mais à la satisfaction des utilisateurs. Cette expérience ne s'est pas diffusée. Le produit pour unités de soins le plus répandu est lui aussi disponible sur grand système et d'une ergonomie dépassée, il continue à se diffuser. **L'analyse des conditions de réussite des projets montre le poids des facteurs organisationnels et la faible importance des caractéristiques techniques des logiciels.** Les modules les plus novateurs des offres existantes ne se diffusent pas rapidement. C'est le cas pour des logiciels qui ont connu un succès commercial honorable dans des

domaines pourtant réputés très demandeurs comme les services médico-techniques.

Faute de contrainte forte et de perception interne commune des apports de l'informatique à leur activité, les EPS ne font pas preuve d'une grande appétence pour l'informatique. Leurs capacités managériales et le contexte dans lequel se placent les projets les conduisent à rencontrer de grandes difficultés dans leur processus d'informatisation.

- La mission ne partage pas le pessimisme de Bossard Consultants sur la possibilité d'agir dans le cadre actuel

#### **4.3. La priorité de l'action publique est de renforcer une régulation destinée à rendre nécessaire l'utilisation par les EPS d'un système d'informations performant en fonction d'objectifs de santé publique et de service rendu**

Le rôle de l'État en matière de régulation est reconnu et souhaité par les EPS. La première priorité est d'utiliser ce rôle pour les inciter à se doter d'un système d'information performant.

- Améliorer le service rendu et disposer d'un système d'information adapté aux besoins de la régulation du système de santé sont les deux objectifs à fixer à la politique Publique
- Il est urgent de définir le système d'information du Ministère et les contraintes des EPS en matière d'informations à fournir
- L'État doit fixer aux EPS des niveaux minimums d'objectifs de service rendu informatique
- Il faut renforcer l'évaluation et le contrôle a posteriori.
- L'évaluation et le contrôle a posteriori prévus en 1989 doivent être mis en place

...

Pour des raisons de moyens l'IGAS estime que d'autres actions pourraient être abandonnées. La rédaction de cahiers des charges ne paraît pas avoir un impact significatif alors qu'elle occasionne un travail important.

...

#### **4.4 La seconde priorité est de définir un cadrage financier**

L'informatisation des unités de soins ne pourra se faire sans accroissement des moyens consacrés à l'informatique. Certes l'informatique doit permettre de gains de productivité et donc un financement sur des économies de gestion. Mais il est probable que cela ne suffira pas ...

#### **4.5. Il appartient aux EPS, dans le cadre de leur autonomie de gestion, et avec l'aide des pouvoirs publics, d'améliorer leurs pratiques**

- En dehors de l'évaluation et d'actions d'accompagnement l'amélioration de la maîtrise d'ouvrage n'est pas pour la seule informatique un sujet de politique publique même si des mesures d'accompagnement peuvent être prévues

...

Les établissements doivent modifier leur vision des postes de RSIO. La mission estime que les EPS d'une certaine importance doivent comporter dans leur équipe de direction un directeur du système d'information

...

- Les EPS doivent adopter des solutions progicielles et se garder de la tentation technologique

La mission souhaite que l'audit ait convaincu les EPS et particulièrement les CHR, que leur approche doit être progicielle et qu'ils n'auront pas, même les plus importants d'entre eux, les moyens de mener seul leur informatisation. Une gestion efficace suppose qu'ils collaborent pour déterminer l'offre qu'ils souhaitent, publique ou privée. Le dispositif de régulation doit particulièrement porter sur ce point et des

justifications sur la rentabilité de leurs choix doivent être demandées aux établissements qui persisteraient à développer des solutions spécifiques (proposition 9-1).

...

#### **4.6. Pour l'État la restructuration de l'offre est un problème second**

Trois scénarios ont été décrits dans le rapport détaillé: évolution tendancielle, restructuration de l'offre publique, passage à une offre privée. L'IGAS estime que ce sujet, bien qu'il puisse soulever quelques passions et représente un enjeu financier non négligeable ne doit pas être le point central de l'action de régulation.

- Les EPS doivent réfléchir sur leurs missions en matière d'informatique et se prononcer sur la réorganisation de l'offre Publique

...

Il appartient au monde hospitalier de tirer les conséquences de ce constat dans le cadre de l'autonomie de gestion qu'il réclame et notamment de se prononcer sur sa volonté de continuer à être producteur de ses propres logiciels et des services informatiques qu'utilisent les EPS.

Pour organiser cette réflexion la mission suggère de saisir le CIHS d'une demande d'avis sur ce sujet et de lui demander de proposer une démarche s'il estime que le scénario de restructuration de l'offre publique est souhaitable. Cette étude devrait prendre en compte les aspects de réglementation de la concurrence pour éviter toute critique à l'égard du dispositif à venir (proposition 10-1).

La mission estime pour sa part que si les producteurs hospitaliers ne réagissent pas dans les tous prochains mois le scénario de restructuration de l'offre publique sera en tout état de cause condamné. Il faudrait alors porter une attention particulière aux relations avec le secteur privé dans le cadre du scénario tendanciel, ou organiser la privatisation de l'offre. A cet égard la mission estime que compte tenu du précédent de la dévolution de la DII la privatisation nécessiterait la mise en place d'une structure ad hoc conséquente et un renforcement temporaire mais significatif de la DH pour mener ce projet.

...

- L'IGAS estime que la restructuration de l'offre est pour la santé publique un problème second qui, en termes de politique publique, ne nécessite que des mesures d'accompagnement

...la mission estime que si les EPS adoptent un comportement rationnel l'offre évoluera vers un oligopole autour de quelques offreurs dominants et d'offeurs se cantonnant à des niches. Que cet oligopole soit composé uniquement d'offeurs privés ou d'offeurs privés et publics ne lui paraît pas devoir modifier le niveau de prestation qui sera offert aux EPS. Par contre il convient d'être attentif aux modalités de constitution de cet oligopole, et notamment aux relations entre public et privé qui vont y présider.

Il peut être envisagé de mener une action sur ce thème pour des raisons de politique industrielle, afin de favoriser la constitution d'une offre française dans le cadre européen mais uniquement si les moyens adéquats sont dégagés pour que cela ne nuise pas à la première priorité. Toutefois, pour l'IGAS, la meilleure aide qui peut être apportée aux industriels est une modification du comportement des acheteurs publics pour le rendre plus rationnel.

C'est pourquoi l'IGAS limite ses propositions à des mesures d'accompagnement du scénario tendanciel.

La séparation claire au plan juridique ou au minimum aux plans fonctionnel et financier des fonctions de service informatique du CHR et de centre producteur doit être réalisée (proposition 10-2).

*Il serait utile de rendre obligatoire la fourniture par chaque centre producteur d'un plan stratégique, de faire analyser la cohérence de l'ensemble et de rendre public le résultat de cette analyse (propositions 10-3 & 10-4).*

...

- Assainir les relations public/privé est une nécessité

*La mission a relevé des difficultés dans les relations public/privé. Celles-ci risquent de se développer à mesure que les centres producteurs en difficulté chercheront à nouer des "partenariats" avec des sociétés privées afin de renouveler leurs prestations. Le risque est en effet fort de voir les sociétés privées "acheter" par ce biais, et en dehors de toute mise en concurrence, une clientèle alors que les centres producteurs déclineraient. Ce risque serait encore renforcé s'il n'émergeait pas de politique claire en matière d'offre. Pour lutter contre ces dérives la mission propose trois mesures.*

*Les structures hospitalières de maîtrise d'ouvrage doivent être publiques (proposition 11-1). Aucun élément ne permet de justifier le choix pour des structures de maîtrise d'ouvrage ou de coopération en matière d'achat de logiciels hospitaliers de structures de type privé, fussent-elles de type associatif à but non lucratif. Le seul "intérêt" véritable de ces choix est de soustraire les EPS aux obligations, normales et fructueuses, de mise en concurrence prévue par le code des marchés publics.*

*Si les structures de production s'organisent sous forme de GIE ou de GIP des textes doivent être pris pour s'assurer de la possibilité de contrôle de ces structures par les services du Ministre chargé de la Santé (services déconcentrés, IGAS). Cette possibilité doit à minimum être prévue par les statuts de ces organismes- (proposition 11-2)*

*La mission suggère que le Ministère des Affaires Sociales demande à la Cour des Comptes que les Chambres régionales des comptes examinent de manière systématique dans les trois prochaines années les marchés informatiques des EPS et les comptes des GIP auxquels ils participent dans ce domaine (proposition 11-3). Par ailleurs un contrôle par l'IGAS d'un échantillon de marchés particulièrement importants serait sans doute opportun (proposition 11-4).*

## **B. Rapport Bacquet du 14/10/98 sur l'informatisation du système de santé (MISS).**

*La MISS consacre ses travaux "à l'étude sur les plans éthique, scientifique, financier et administratif, de la sécurisation et de la rationalisation de l'informatisation du système de santé... elle a procédé à de nombreuses auditions d'experts, de responsables administratifs, de représentants de professionnels de santé et d'industriels du secteur informatique."*

*En introduction de ses constats et interrogations elle constate que "le degré actuel d'informatisation tant de la médecine ambulatoire que de l'hôpital (public ou privé) ne permet pas de répondre aux objectifs communément assignés à l'informatique de santé." (à savoir : outils d'aide à la décision médicale, échange entre professionnels et avec les autorités, informations pour la gestion du risque et la maîtrise des dépenses de santé).*

*Concernant l'informatique hospitalière la mission (qui précise avoir très peu étudié ce thème) tient à attirer l'attention sur quelques problèmes dont "la difficulté pour le secteur privé de l'informatique hospitalière de se développer, en raison de la concurrence que l'état fait à ce secteur en mettant sur le marché les logiciels développés avec l'aide de fonds publics."*

## **C. Rapport CSSIS 1998**

Le rapport du CSSIS 1998 rappelle les orientations de la DH en particulier dans trois domaines clés : la définition du rôle de l'Etat, le rôle d'une structure nationale de coopération, la place des structures régionales d'informatique hospitalière.

- (i) concernant le Rôle de l'Etat, et faisant un bref historique de l'informatique hospitalière, le rapport précise "...cet exemple (il s'agit du projet Référence NDR) illustre bien l'ambiguïté de l'action publique au cours de la décennie, partagée entre une tendance colbertiste, une tendance libérale et un continuisme mou.

La position aujourd'hui clairement affirmée de la direction des hôpitaux est de se concentrer sur ses missions stratégiques, en particulier la cohérence des informations et la sécurité des données, et de mettre en œuvre des procédures d'accompagnement des établissements. Le Conseil considère qu'une telle orientation doit être poursuivie et surtout amplifiée. Il soutient pleinement la volonté oralement exprimée d'une approche globale, dépassant le cadre purement hospitalier et s'inscrivant dans le cadre d'un réel système d'information de santé. A ce sujet, la résolution du lancinant problème du numéro d'identification permanent du patient constitue pour les hôpitaux une priorité, et un préalable au développement des réseaux de soins"

(ii) Concernant la structure de coopération "Le Conseil considère que la création puis la dissolution du CIHS, puis encore les retards mis à le remplacer, sont symptomatiques de certains dysfonctionnements. Si, comme l'affirme la direction des hôpitaux, les actions de coopération et d'accompagnement des établissements ainsi que les actions de conception, d'études et d'innovation sont véritablement essentielles, on doit constater que ces fonctions sont, de fait, insuffisamment exercées depuis plusieurs années. Un certain nombre des membres du Conseil font en outre remarquer que ce projet de GIP, permettrait certes de débloquer des contributions hospitalières immobilisées, mais entérinerait une approche sectorielle de l'informatique de santé au moment où il s'agit, tout au contraire, de construire un système global. Ils considèrent que ce dossier devrait être traité dans un cadre général, et ne constituer que l'un des éléments d'activité d'une agence nationale des systèmes d'information de santé"

(iii) Concernant la place des SRIH, "... Ces structures régionales ont juridiquement évolué sous différentes formes. La question de leur pérennité est posée depuis des années, non pas tant dans leurs fonctions d'appui des hôpitaux mais en tant que structure à vocation industrielle. Une part importante des logiciels hospitaliers a été développée dans ces structures régionales, dans des conditions qui ne sont pas celles du marché, les hôpitaux assurant à la fois l'offre et la demande. La question d'une distorsion de concurrence est actuellement soulevée. Parallèlement, d'autres difficultés juridiques sont soulevées lors d'un " partenariat " entre un industriel et un hôpital pour le développement de nouvelles applications situées à la limite de la recherche-innovation.

Le Conseil considère que le marché de l'informatique hospitalière ne pourra pas se développer à un niveau et avec des ambitions de type industriel dans un tel contexte. Il rejoint de nombreuses analyses antérieures visant, dans le respect légitime d'impératifs sociaux, à affirmer que -à terme- les hôpitaux n'ont pas à développer leurs propres logiciels informatiques. Une révision de stratégie s'impose à l'administration et à tous les responsables des structures régionales d'informatique hospitalière, n'écartant pas une privatisation de ces structures.

Le Conseil note toutefois que, dans un esprit de clarification, une circulaire toute récente de la Direction des Hôpitaux tend à préciser des modalités d'intervention des Structures Régionales d'informatique hospitalière (SRIH)."

Le rapport fait enfin référence à un document des assises des hôpitaux universitaires 1998, qui énumérait des" faiblesses qui pourraient, en les inversant, constituer autant de programmes d'action pour le monde hospitalier", et notamment :

- ✓ "...
- ✓ l'insuffisance des investissements et l'absence de mesure des retours sur investissements ;
- ✓ l'insuffisance du marché aggravée par la concurrence des producteurs publics (CRIH, filières, ...)
- ✓ ...
- ✓ un déficit d'expertise et d'appui au niveau national en particulier dans le domaine de la définition des priorités stratégiques, des modèles conceptuels, des règles sémantiques et de la normalisation
- ✓ ..."

Le rapport préconisait que "l'administration définisse et assure la promotion d'une authentique stratégie de développement."

#### D. Rapport Beuscart (Mars 2000) : Les enjeux de la Société de l'Information dans le domaine de la Santé

Rappelant les enjeux de la société de l'information dans le domaine de la santé, s'appuyant sur un état des lieux des acteurs du marché, ce rapport précise les fonctions des NTIC en matière d'aménagement du territoire, propose une vision prospective et envisage les scénarios du futur. Il se conclut par une dizaine de recommandations portant sur

- ✓ la communication autour des NTIC,
- ✓ la réglementation
- ✓ l'intégration des EPS dans ce paysage par la mise en œuvre de SIH ouverts et communicants,
- ✓ la mise en place d'incitations à l'informatisation,
- ✓ le soutien au développement des réseaux de soins,
- ✓ la capitalisation sur les travaux déjà réalisés,
- ✓ ...

Abordant le thème des SIH il précise que *"les SIH dignes de ce nom sont encore l'exception...Cet état des lieux est catastrophique."* Cette situation est expliquée

- (i) par les problèmes de gouvernance de l'informatique médicale,
- (ii) par le peu d'engouement des médecins hospitaliers à une informatisation cohérente et
- (iii) par la pauvreté de l'offre française en matière de SI Médicaux. Le rapport précise *"si les filières ont permis une informatisation administrative, elles n'ont pu être à l'origine d'une informatisation médicale digne de ce nom. Chaque hôpital a donc eu son propre projet, coûteux, parfois pharaonique, souvent avorté"*. Il constate que seuls les éditeurs américains présents sur le marché français apparaissent comme *"les futurs vainqueurs d'un terrain dévasté."*

Il propose quelques recommandations pour les EPS et notamment la *"mise en œuvre d'un SI médical communiquant... dont le coût d'investissement et de fonctionnement doit correspondre à une ligne budgétaire supérieure à 2% (au mieux 4%) de leur budget."*

#### E. Rapport Fieschi

Plus récent, et dans le prolongement du projet Hôpital 2007 et de la réforme de l'assurance maladie, le rapport Fieschi est à la base des orientations définies portant sur le DMP. Le rapport du Professeur Fieschi (*"Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins"*) de Janvier 2003 fait suite à une mission exploratoire afin d'élaborer des propositions sur le développement des dossiers médicaux partagés.

Dans une première partie consacrée à l'état des lieux et au degré d'informatisation des professionnels de santé, un chapitre est consacré à l'informatisation des EPS :

##### ***"Les systèmes d'information hospitaliers sont aujourd'hui largement inadapés aux besoins***

*L'hôpital et les cliniques sont informatisés depuis plus longtemps que les praticiens de ville. 30% des hôpitaux disposent d'un système d'information hospitalier.*

*Les systèmes d'information des hôpitaux concernent le plus souvent et essentiellement des données administratives. Peu nombreux sont les établissements qui ont des systèmes qui vont au-delà des données d'activité dont les données du PMSI. Régis Beuscart<sup>1</sup> a présenté dans son rapport de 1998*

---

<sup>1</sup> Rapport au Premier Ministre sur les enjeux de la société de l'information dans le domaine de la santé. R. Beuscart 1998.

un état des lieux assez catastrophique. La situation a bien sûr évoluée positivement mais elle reste en général très mauvaise. Aujourd'hui, la totalité des structures dispose des résultats de biologie, des comptes rendus opératoires, des comptes rendus d'anatomie pathologique, des comptes rendus d'imagerie, des comptes rendus de consultation d'anesthésie, des lettres aux médecins traitants sur des ordinateurs, sans pour autant que ces documents soient intégrés dans un véritable système d'information. Les prescriptions médicamenteuses sont plus rarement disponibles sur ordinateur.

Les SIH sont aujourd'hui inadaptés aux besoins: non centrés sur le patient, essentiellement administratifs, ils font une place insuffisante à l'informatisation des processus de soins. Souvent vieillissants et peu évolutifs, ils sont faiblement sécurisés, cloisonnés, basés sur des applications verticales peu communicantes. Encore aujourd'hui, la gestion d'un véritable dossier patient est assez rare dans les hôpitaux français. L'évolution trop lente des SIH constitue un frein important à l'optimisation des soins et à la prise en charge coordonnée des malades.

Jusqu'ici, l'offre industrielle était limitée et manquait de crédibilité. Une évolution est en cours. Des produits industriels correspondant à l'état de l'art des technologies et de la conception des systèmes d'information commencent à apparaître sur le marché, pour la gestion des données de production de soins, orientés par la demande hospitalière."

...

### **La dimension stratégique des systèmes d'information est généralement mal perçue par les responsables hospitaliers**

La faiblesse du référentiel d'accréditation de l'ANAES sur les systèmes d'information en est le révélateur.

Aujourd'hui, pour les experts de la santé, un bon système d'information de santé est un facteur déterminant de qualité des soins et d'économie. Malgré ce constat consensuel, les établissements de santé accordent rarement la priorité à la mise en place d'un tel système encore trop souvent perçue uniquement comme une source de charges. Les directeurs des établissements hospitaliers ont une responsabilité importante au regard de cette situation. Les stratégies de management méritent à l'évidence d'être révisées. L'insuffisance des investissements est le témoin de la sous-estimation de la dimension stratégique des systèmes d'information. Les investissements concernant les systèmes d'information représentent 5% du total des investissements hospitaliers<sup>2</sup> et les dépenses d'exploitation 1,5 % des budgets des établissements publics (sensiblement moins pour les privés). Rappelons qu'aux USA ces budgets se situent au-dessus de 3% et assurent un retour sur investissement.

...

La méconnaissance de l'importance stratégique du système d'information conduit souvent à une absence de professionnalisme pour son organisation et son déploiement dans les centres hospitaliers. Le niveau des compétences des maîtrises d'œuvres est très variable.

...

### **Une mutation rapide des systèmes d'information hospitaliers est nécessaire**

L'informatique hospitalière doit effectuer une véritable mutation. D'essentiellement administrative, elle doit rapidement se transformer en mettant en œuvre des systèmes d'information centrés sur le patient. Ces systèmes doivent viser l'informatisation des processus de soins, en s'appuyant sur les données du patient partagées par les professionnels. Aujourd'hui la contribution des systèmes d'information à l'amélioration de la qualité de la prise en charge est très au-dessous de ce que l'on doit en attendre. Cette mutation nécessaire et rapide doit conduire à des systèmes sécurisés, ouverts sur le plan technologique et évolutifs.

### **Cette mutation ne peut se faire sans une politique incitative forte de l'état**

Cette politique doit viser à favoriser l'investissement dans ce domaine critique. Pour avoir des retours sur investissement significatifs, elle demande un accroissement des soutiens financiers pour faire évoluer les budgets des systèmes d'information pour atteindre 3% des budgets d'exploitation des centres hospitaliers dans les 3 à 4 ans. Ces soutiens financiers doivent faire l'objet d'une attribution très vigilante :

---

<sup>2</sup> Source : DHOS

Ils ne doivent pas permettre le détournement de ces investissements sur d'autres postes du budget hospitalier.

Ils doivent être consacrés aux investissements renforçant la transversalité des applications et non les systèmes verticaux non communicants ou facteurs de duplication de fonctionnalités (gestion des rendez-vous, production du résumé de sortie,...).

Ils doivent consolider l'interopérabilité des systèmes d'information, notamment ses infrastructures : identification du patient, annuaires des structures et des professionnels, sécurité,...

**Cette mutation ne peut se faire sans une amélioration du professionnalisme des acteurs hospitaliers en matière de systèmes d'information**

Le niveau des compétences des maîtrises d'ouvrage souvent faible, exceptions mises à part, est un problème très important pour accompagner les actions cohérentes nécessaires. La formation des directeurs hospitaliers assurant des fonctions de directeurs des systèmes d'information et de l'organisation n'est pas adaptée. Ce défaut de professionnalisme est un handicap certain pour les hôpitaux publics.

En introduction de ses recommandations, le rapport précise :

"Les pouvoirs publics doivent soutenir cette démarche (NDR : favoriser l'émergence de systèmes d'information permettant le partage des données électroniques de santé ) par un accroissement des investissements en matière de systèmes d'information

L'optimisation des soins et la coordination de la prise en charge des malades sont retardées par l'adaptation trop lente des systèmes d'information des hôpitaux français. Les investissements dans ce domaine ont été trop limités par le passé. Un changement important s'impose dans la politique des investissements."

Parmi les recommandations exprimées par le Pr. Fieschi :

**" La mutation des systèmes d'information existants vers des systèmes centrés « patient » interopérables doit être l'objectif dans un délai de trois à cinq ans**

La qualité de la production de soins est déterminée par les outils de traitement de l'information mis en œuvre. Les systèmes d'information hospitaliers sont les points d'ancrages naturels des dossiers des patients et de la production de soins lourds. Leur mutation vers des systèmes centrés « patient », modernes flexibles et interopérables est une nécessité pour l'informatisation des processus de soins. Des incitations et des actions de sensibilisation doivent, sans que l'Etat se substitue aux acteurs pour la mise en œuvre, impulser cette mutation.

**Les incitations doivent favoriser l'investissement**

Pour avoir des retours sur investissement significatifs, elles demandent un accroissement des soutiens financiers importants. Les budgets des systèmes d'information doivent atteindre 3% des budgets d'exploitation des centres hospitaliers dans les 3 à 4 ans.

L'attribution de ces soutiens financiers doit être conçue de manière à éviter leur détournement à d'autres fins. Elle doit être conditionnelle sur la base d'un contrat d'objectifs ciblé sur l'évolution du système d'information de l'établissement et faire l'objet d'une évaluation par les ARH. Le plan Hôpital 2007 est le cadre dans lequel s'inscrivent ces incitations.

**La sensibilisation de tous les acteurs médecins et administratifs aux enjeux de cette mutation doit faire l'objet d'une attention particulière**

Ainsi, une manière de responsabiliser les médecins hospitaliers serait de faire apparaître explicitement, dans le code de santé publique, les compétences de la commission médicale d'établissement<sup>3</sup> concernant le système d'information. Dans le cadre de l'obligation de moyens qui donne un cadre à l'exercice médical, la responsabilité des CME<sup>4</sup> doit être rappelée pour les systèmes d'information.

<sup>3</sup> Article L6144-1 du CSP

<sup>4</sup> Commission Médicale d'Etablissement

**Les messages en direction des industriels doivent être clairs et constants**

Les recommandations et incitations doivent également s'adresser au marché des logiciels de gestion des données médicales en pratique ambulatoire et dans les cabinets de ville.

L'élaboration de guides de bonne pratique pour la signature électronique, l'interopérabilité, la normalisation des messages et l'application de normes internationales de ces logiciels doit être encouragée et soutenue par l'Etat. Le GMSIH doit jouer tout son rôle dans ce domaine. Il doit poursuivre ses travaux en vue de l'élaboration de normes, de spécifications et de promotions de standard, en collaboration avec la DHOS et les industriels (l'annexe 4 présente l'initiative IHE qui s'inscrit dans cette direction). Il doit assurer la promotion active et la mise en œuvre de ses recommandations sur le terrain. Le GMSIH et la DHOS doivent également promouvoir des travaux d'évaluation, d'aide méthodologique et de veille technologique.

Cette démarche conduit à développer, pour le moyen terme, une incitation à l'informatisation des processus de soins en cohérence avec l'élaboration des modèles de structuration de l'information nécessaires à la construction et à l'analyse d'indicateurs de santé, et à l'extension des outils d'évaluation des pratiques médicales.

...

**Le niveau de compétence des décideurs hospitaliers dans le domaine des systèmes d'information doit être amélioré**

L'importance des hôpitaux dans le cadre du traitement de l'information médicale au niveau régional est telle qu'une attention particulière doit être portée sur l'évolution de leurs systèmes d'information. L'accompagnement méthodologique que peuvent fournir la DHOS et le GMSIH est important pour améliorer les compétences hospitalières. Il ne peut, à lui seul, constituer une réponse globale à cette question.

Il faut engager une réflexion de fond sur la formation et le ciblage du recrutement des DSIO<sup>5</sup> dans les structures hospitalières. L'expression d'une demande hospitalière clarifiée, plus précise dans ses cahiers des charges, centrée sur le patient et la production de soins, est un facteur déterminant pour faire émerger une offre industrielle pérenne, adaptée et évolutive.

---

<sup>5</sup> Directeur des systèmes d'information et de l'organisation

## 9.2 Annexe 2 : Détail des résultats de l'étude

Les tableaux ci-dessous fournissent les informations plus détaillées concernant l'étude évoquée au chapitre 7.

### 9.2.1 Données de Base

(Source : informations extraites de l'analyse de l'Annuaire Politi 2004)

#### Dénombrement

	PLM(*)	CHR	CH	CHS	HL	Total
<b>Nombre d'hôpitaux</b>	56	28	480	92	349	1 005
<b>Nombre de Lits</b>	32 469	56 626	231 376	40 776	59 198	420 445
<b>Nb Lits +Place</b>	34 738	58 241	241 627	54 948	62 664	452 218
<b>Nb Lits MCO</b>	21 828	40 557	104 232	438	4 104	171 159
<b>Nb Lits PSY</b>	1 367	3 929	13 896	48 503	272	67 967

(\*) PLM : APHP, HCL, APHM

#### Pourcentages

	PLM	CHR	CH	CHS	HL	Total
<b>Etablissements</b>	5,6%	2,8%	47,8%	9,2%	34,7%	100,0%
<b>Lits</b>	7,7%	13,5%	55,0%	9,7%	14,1%	100,0%
<b>Lits+Place</b>	7,7%	12,9%	53,4%	12,2%	13,9%	100,0%
<b>Lits MCO</b>	12,8%	23,7%	60,9%	0,3%	2,4%	100,0%
<b>Lits Psy</b>	2,0%	5,8%	20,4%	71,4%	0,4%	100,0%

## 9.2.2 Parts de marché des éditeurs privés

(Sources éditeurs adhérents au SNIIS et à LESISS)

### A. Ensemble des Editeurs : éditeurs spécialisés du marché et ERP non dédiés spécifiquement au secteur hospitalier.

		Dénombrement						Pourcentage					
		PLM	CHR	CH	CHS	HL	Total	PLM	CHR	CH	CHS	HL	Ensemble
<b>GRH</b>	Nombre d'hôpitaux	50	10	191	32	180	463	89%	36%	40%	35%	52%	46%
	Nombre de Lits	28 728	17 182	89 944	14 009	30 448	180 311	88%	30%	39%	34%	51%	43%
	Nb Lits +Place	30 561	18 162	94 206	19 854	32 454	195 237	88%	31%	39%	36%	52%	43%
	Nb Lits MCO	18 645	12 473	39 373	96	2 105	72 692	85%	31%	38%	22%	51%	42%
<b>Paie</b>	Nombre d'hôpitaux	50	6	165	26	175	422	89%	21%	34%	28%	50%	42%
	Nombre de Lits	28 728	9 868	73 517	9 674	29 698	151 485	88%	17%	32%	24%	50%	36%
	Nb Lits +Place	30 561	10 304	76 497	13 832	31 747	162 941	88%	18%	32%	25%	51%	36%
	Nb Lits MCO	18 645	7 046	30 818	96	2 042	58 647	85%	17%	30%	22%	50%	34%
<b>GEF</b>	Nombre d'hôpitaux	14	11	214	40	217	496	25%	39%	45%	43%	62%	49%
	Nombre de Lits	5 695	20 230	102 477	17 660	37 469	183 531	18%	36%	44%	43%	63%	44%
	Nb Lits +Place	6 267	21 194	107 301	24 596	39 414	198 772	18%	36%	44%	45%	63%	44%
	Nb Lits MCO	4 330	15 028	44 846	220	2 617	67 041	20%	37%	43%	50%	64%	39%
<b>GAM/Fact</b>	Nombre d'hôpitaux	1	14	224	43	217	499	2%	50%	47%	47%	62%	50%
	Nombre de Lits	172	26 017	108 597	19 246	37 469	191 501	1%	46%	47%	47%	63%	46%
	Nb Lits +Place	341	27 496	114 875	26 519	39 414	208 645	1%	47%	48%	48%	63%	46%
	Nb Lits MCO	0	19 078	49 576	252	2 617	71 523	0%	47%	48%	58%	64%	42%
<b>PMSI</b>	Nombre d'hôpitaux	48	22	244	12	36	362	86%	79%	51%	13%	10%	36%
	Nombre de Lits	29 806	47 279	131 797	5 806	6 851	221 539	92%	83%	57%	14%	12%	53%
	Nb Lits +Place	31 757	47 656	138 359	9 050	7 540	234 362	91%	82%	57%	16%	12%	52%
	Nb Lits MCO	19 620	34 097	64 487	338	565	119 107	90%	84%	62%	77%	14%	70%

**B. Editeurs dédiés au marché hospitalier uniquement**

(sont matérialisées en gras et italique les différences par rapport au tableau précédent)

		Dénombrement						Pourcentages					
		PLM	CHR	CH	CHS	HL	Total	PLM	CHR	CH	CHS	HL	Ensemble
<b>GRH</b>	Nombre d'hôpitaux	<b>1</b>	<b>9</b>	191	32	180	<b>413</b>	<b>2%</b>	<b>32%</b>	40%	35%	52%	<b>41%</b>
	Nombre de Lits	<b>172</b>	<b>15 138</b>	89 944	14 009	30 448	<b>149 711</b>	<b>1%</b>	<b>27%</b>	39%	34%	51%	<b>36%</b>
	Nb Lits +Place	<b>341</b>	<b>16 051</b>	94 206	19 854	32 454	<b>162 906</b>	<b>1%</b>	<b>28%</b>	39%	36%	52%	<b>36%</b>
	Nb Lits MCO	<b>0</b>	<b>10 724</b>	39 373	96	2 105	<b>52 298</b>	<b>0%</b>	<b>26%</b>	38%	22%	51%	<b>31%</b>
<b>Paie</b>	Nombre d'hôpitaux	<b>1</b>	<b>5</b>	165	26	175	<b>372</b>	<b>2%</b>	<b>18%</b>	34%	28%	50%	<b>37%</b>
	Nombre de Lits	<b>172</b>	<b>7 980</b>	73 517	9 674	29 698	<b>121 041</b>	<b>1%</b>	<b>14%</b>	32%	24%	50%	<b>29%</b>
	Nb Lits +Place	<b>341</b>	<b>8 250</b>	76 497	13 832	31 747	<b>130 667</b>	<b>1%</b>	<b>14%</b>	32%	25%	51%	<b>29%</b>
	Nb Lits MCO	<b>0</b>	<b>5 679</b>	30 818	96	2 042	<b>38 635</b>	<b>0%</b>	<b>14%</b>	30%	22%	50%	<b>23%</b>
<b>GEF</b>	Nombre d'hôpitaux	<b>1</b>	<b>11</b>	214	40	217	<b>483</b>	<b>2%</b>	39%	45%	43%	62%	<b>48%</b>
	Nombre de Lits	<b>172</b>	<b>20 230</b>	102 477	17 660	37 469	<b>178 008</b>	<b>1%</b>	36%	44%	43%	63%	<b>42%</b>
	Nb Lits +Place	<b>341</b>	<b>21 194</b>	107 301	24 596	39 414	<b>192 846</b>	<b>1%</b>	36%	44%	45%	63%	<b>43%</b>
	Nb Lits MCO	<b>0</b>	<b>15 028</b>	44 846	220	2 617	<b>62 711</b>	<b>0%</b>	37%	43%	50%	64%	<b>37%</b>
<b>GAM/Fact</b>	Nombre d'hôpitaux	1	14	224	43	217	499	2%	50%	47%	47%	62%	50%
	Nombre de Lits	172	26 017	108 597	19 246	37 469	191 501	1%	46%	47%	47%	63%	46%
	Nb Lits +Place	341	27 496	114 875	26 519	39 414	208 645	1%	47%	48%	48%	63%	46%
	Nb Lits MCO	0	19 078	49 576	252	2 617	71 523	0%	47%	48%	58%	64%	42%
<b>PMSI</b>	Nombre d'hôpitaux	48	22	244	12	36	362	86%	79%	51%	13%	10%	36%
	Nombre de Lits	29 806	47 279	131 797	5 806	6 851	221 539	92%	83%	57%	14%	12%	53%
	Nb Lits +Place	31 757	47 656	138 359	9 050	7 540	234 362	91%	82%	57%	16%	12%	52%
	Nb Lits MCO	19 620	34 097	64 487	338	565	119 107	90%	84%	62%	77%	14%	70%

### **9.3 Annexe 3 : Liste des membres de la fédération LESISS**

ABIOTIS  
ACCESS VITAL TECHNOLOGIES  
ACTIBASE  
AGFA HEALTHCARE  
ALMERYS (Groupe France Telecom)  
ALTERNATIVE Systèmes  
ARÈS Santé  
AXWAY (Groupe SOPRA)  
BYG INFORMATIQUE  
CALYSTENE & MEDIANE  
CERNER  
CS3i Santé  
EDS Answare  
DICSIT  
DIS  
EGLANTINE INFORMATIQUE  
ENOVACOM  
EPSILOG  
ETIAM  
FSI  
GEMPLUS  
Groupe GRED (Microconcept - Planet HC - R2i - Waid)  
HIPPOCAD  
IMPROVE  
INFINE CONSEIL  
INTELLITEC  
ISIPHARM  
Le Réseau santé social S.A  
LOGICMAX  
MC KESSON France  
MEDASYS  
MEDISCS  
MEDITRANS  
MICRO 6  
PCI/RPH

NAUTILUS  
OUVREZ LA BOÎTE  
PROKOV EDITIONS  
RESSOURCES INFORMATIQUES  
SAFICARD  
SEPHIRA  
SETEC Santé  
SIEMENS HEALTH SERVICES  
SIGMA MICRO (Groupe VARIAN)  
SNAL  
SNEPA – Apicrypt  
SNR  
SQLI  
SYMPHONIE ON LINE  
TELEVITALE  
UNIMEDECINE  
VOLUNTIS  
XIRING  
Xpert Médecine

## 9.4 Annexe 4 : Acronymes

Acronyme	Signification	Acronyme	Signification
A/S	Aide Soignante	GMSIH	Groupement de Modernisation du Système d'Information Hospitalier
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé	GRH	Gestion des Ressources Humaines
AO	Appel d'Offre	HL	Hôpital Local
ARH	Agence Régionale de L'hospitalisation	ICR	Indice de coût relatif
ARTT	Aménagement de la Réduction du Temps de Travail	IDE	Infirmière diplômée d'état
BDE	Bureau des Entrées	IPP	Identifiant permanent Patient
CA	Conseil d'Administration	IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
CAT	Centre d'Aide par le Travail	ISA	Indice Synthétique d'Activité
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux	LIS	Système d'information de Laboratoire (acronyme anglo saxon)
CCAP	Cahier des Clauses Administratives Particulières	MAPAD	Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes
CCLIN	Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales	MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
CCTP	Cahier des Clauses Techniques Particulières	MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
CdC	Cahier des Charges	MDS	Médicaments dérivés du sang
CE	Consultations Externes	MISS	Mission d'Information sur l'Informatisation du Système de Santé
CH	Centre Hospitalier	MOA	Maîtrise d'Ouvrage
CHR	Centre Hospitalier Régional	MOE	Maîtrise d'Œuvre
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé	MPR	Médecine Physique et Réadaptation
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	MR	Maison de Retraite
CIHS	Centre de l'Informatique Hospitalière et de Santé	NIP	Numéro d'Identification Patient
CIM	Classification Internationale des Maladies	PACS	Picture Archiving and Communication Systems
CLCC	Centre de Lutte contre le Cancer	PAQ	Plan d'Assurance Qualité
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales	PEC	Prise en Charge
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur	PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
CME	Commission Médicale d'Etablissement	PRN	Projet de Recherche en Nursing
CNEH	Centre National des Equipemets Hospitaliers	PSL	Produits Sanguins Labiles
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens	PSS	Produits Sanguins Stables
CRIH	Centre Régional d'Informatique Hospitalière	PSPH	Etablissement privé Participant au Service Public Hospitalier
DIM	Département d'Information Médicale	RHS	Résumé Hebdomadaire de Séjour
DMP	Dossier Médical Personnel (ou Partagé suivant le contexte)	RIS	Système d'Information de Radiologie (acronyme anglo saxon)
DRH	Direction des Ressources Humaines	RSS	Résumé Standardisé de Sortie
DSSI	Direction du Service de Soins Infirmiers	RUM	Résumé d'Unité Médicale
ECG	Electrocardiogramme	SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
EEG	Electroencéphalogramme	SAU	Service d'Accueil des Urgence
EFS	Etablissement Français du Sang	SGL	Système de Gestion de Laboatoire
EHPAD	Etablissements Hospitaliers pour Personnes Agées Dépendantes	SI	Système d'Information
EPS	Etablissement Public de Santé	SIH	Système d'Information Hospitalier

Acronyme	Signification	Acronyme	Signification
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale	SIIPS	Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée
ERP	Enterprise Resource Planning (ou PGI)	PGI	Progiciel de Gestion Intégré (ou ERP)
GAM	Gestion Administrative des Malades (idem GAP)	SIR	Système d'Information de Radiologie
GAP	Gestion Administrative des Patients (idem GAM)	SIS	Système d'Information de Santé
GBEA	Guide de Bonne pratiques des analyses médicales	SRIH	Structure Régionale d'Informatique Hospitalière
GEF	Gestion Economique et Financière	SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
GHM	Groupe Homogène de Malades	SSR	Soins de Suite et Réadaptation
GHS	Groupe Homogène de Séjours	T2A	Tarifification à l'Activité
GMAO	Gestion de Maintenance Assistée par Ordinateur	UPATOU	Unité de Proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences