

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Systemes d'information hospitaliers

Centre hospitalier du Blanc

Indre

Observations délibérées le 15 mars 2016

SOMMAIRE

SYNTHESE	5
RECAPITULATION DES RECOMMANDATIONS.....	7
1. LES BASES JURIDIQUES ET LE CHAMP DU CONTRÔLE	9
2. INTRODUCTION	9
3. LA CONTRIBUTION DES SYSTÈMES D'INFORMATION À LA STRATÉGIE HOSPITALIÈRE	11
3.1. LE LIEN ENTRE LA STRATÉGIE DE L'ÉTABLISSEMENT ET SA STRATÉGIE EN MATIÈRE DE SYSTÈMES D'INFORMATION.....	11
3.1.1. UNE « POLITIQUE DU SYSTÈME D'INFORMATION » EST DÉFINIE, DÉVELOPPANT LES ORIENTATIONS ET LES MISSIONS DÉVOLUES AU SYSTÈME D'INFORMATION DU FUTUR GROUPE HOSPITALIER	11
3.1.2. LE SCHEMA DIRECTEUR, ASSUJETTI AUX OBJECTIFS STRATÉGIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT, DÉFINIT, SOUS FORME DE PROJETS, DES CIBLES À ATTEINDRE ET DES TRAJECTOIRES POSSIBLES POUR Y PARVENIR.....	12
3.2. LA CONTRIBUTION DES SYSTÈMES D'INFORMATION HOSPITALIERS AU PILOTAGE DE L'ÉTABLISSEMENT	14
3.3. L'INTÉGRATION DES PROJETS NATIONAUX	15
4. LE DÉPLOIEMENT DES SYSTÈMES D'INFORMATION ET LES MOYENS CONSACRÉS À L'INFORMATIQUE	19
4.1. L'INTÉGRATION DU SIH DANS LA PRODUCTION HOSPITALIÈRE ET L'INTEROPÉRABILITÉ DES SYSTÈMES	19
4.1.1. EN MATIÈRE DE FONCTIONS SUPPORTS.....	19
4.1.2. EN MATIÈRE D'INFORMATIQUE MÉDICALE	22
4.2. L'ORGANISATION DE LA FONCTION INFORMATIQUE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT.....	28
4.2.1. LE SERVICE INFORMATIQUE INTERNE.....	28
4.2.2. LE RECOURS À L'EXTERNALISATION.....	28
4.2.3. LES CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DU SERVICE INFORMATIQUE.....	29
4.2.4. LA PERFORMANCE INFORMATIQUE	30
4.3. LE COÛT ET LE FINANCEMENT DES SIH.....	32
5. LA RÉALISATION DES PROJETS ET LA CONTRIBUTION À L'EFFICIENCE DE L'ÉTABLISSEMENT	35
5.1. LA MISE EN ŒUVRE DES PROJETS SIH	35
5.2. L'ÉTUDE DE TROIS OPÉRATIONS SIGNIFICATIVES	37
5.2.1. L'INFRASTRUCTURE SERVEUR ET STOCKAGE	37
5.2.2. LE DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ	37
5.2.3. MISE EN ŒUVRE DU LOGICIEL CPAGE GEF/ GRH.....	39
5.3. LA CONTRIBUTION DU SYSTÈME D'INFORMATION À L'EFFICIENCE DE L'ÉTABLISSEMENT	41
5.3.1. LE PILOTAGE DU SYSTÈME D'INFORMATION PAR LA PERFORMANCE	41
5.3.2. LA CONTRIBUTION À LA PRODUCTION DE SOINS EN LIAISON AVEC LE MÉDECIN DIM.	42
5.3.3. LA FIABILITÉ DES DONNÉES PRODUITES ET TRANSMISES.....	44
6. GLOSSAIRE.....	45
7. ANNEXES.....	47

SYNTHESE

Hôpital isolé, confronté à des difficultés de recrutement et à une situation financière qui l'a amené à mettre en place un plan de redressement comme à s'engager dans une politique de recherche de partenariats, le centre hospitalier du Blanc est depuis le 1^{er} septembre 2012 dirigé, en direction commune, par le directeur de l'hôpital de Châteauroux.

Une communauté hospitalière de territoire à laquelle appartient l'hôpital s'est constitué dès 2011 avec pour objectifs de mutualiser les systèmes d'informations des établissements adhérents. Son action se trouve relayée depuis la mise en place, en mai 2012, d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens dédié à la modernisation et au renforcement de la communication des systèmes d'information des établissements parties prenantes. La direction opérationnelle des acteurs des systèmes d'information des différents hôpitaux adhérents est ainsi unifiée sous l'égide du GCS, quel que soit le niveau d'indépendance statutaire des différents partenaires.

L'instauration d'un GCS, couplée à la mise en place de la direction commune, a permis l'élaboration récente d'un schéma directeur des systèmes d'information cohérent et abouti pour les années 2015-2019.

Il s'inscrit dans le cadre des préconisations portées par les plans informatiques successifs (Hôpital 2012, Hôpital Numérique, FIDES...) dont les caractères contraignants et le volet sécurisant la prise en charge des patients sont bien perçus. Les opportunités issues de ces plans sont bien appréciées comme des outils indispensables à la mise en œuvre d'une médecine de parcours ou à l'aide au pilotage médico-économique des structures sanitaires ou médico-sociales.

L'informatique administrative et de gestion est globalement aboutie et désormais territorialement harmonisée.

L'informatique médicale construite autour du dossier patient informatisé souffre de la non-intégration de fonctions clefs en matière d'imagerie ou de résultats d'examens en biologie, pour la seule prescription, en ce qui concerne cette dernière. Le souhait des praticiens de pouvoir entrer en contact avec n'importe lequel de leur collègue, membre d'un réseau personnel, se heurte à une construction technique ou institutionnelle qui privilégie les échanges au sein du groupe hospitalier constitué avec Châteauroux.

L'acculturation des soignants à l'usage de ces technologies, perçues comme une occasion de dialogues supplémentaires avec le patient, augure d'une capacité à mettre en œuvre des systèmes informatiques, même si ceux-ci évoluent et malgré la fragilité des éditeurs informatiques, trop enclins à livrer aux établissements des versions non abouties.

Une des difficultés de la mesure de l'efficience de l'informatisation d'un petit hôpital apparaît à travers le fait qu'elle est notablement utilisée pour faire changer l'organisation, ce qui est susceptible de créer des résistances au changement.

Enfin, si la mutualisation territoriale de la fonction SIH, en cours, permet de sécuriser, d'architecturer, de professionnaliser encore et de garantir une réelle continuité de fonctionnement des systèmes d'information, le niveau d'investissement consacré aux technologies de l'information qu'a consenti le centre hospitalier du Blanc avant sa fusion avec celui de Châteauroux était très insuffisant dès lors que son activité ne lui permettait pas de dégager de ressources supplémentaires à y consacrer.

RECAPITULATION DES RECOMMANDATIONS

- 1 - Mettre fin à la dualité de supports (informatique et papier) en matière de dossier médical du patient.
- 2 - Mettre en œuvre quelques indicateurs permettant de mesurer l'efficacité et l'efficience du SIH et l'action des équipes informatiques.
- 3- Maintenir jusqu'à la fusion avec le CH de Châteauroux un niveau suffisant d'investissement en matière de système d'information, condition d'une prise en charge médicale de qualité.



1. LES BASES JURIDIQUES ET LE CHAMP DU CONTROLE

L'examen de la gestion du centre hospitalier du Blanc est fondé sur les dispositions de l'article L. 211-8 du code des juridictions financières¹.

Ce contrôle a été inscrit au programme 2015 de la chambre, notamment dans le cadre d'une enquête sur les systèmes d'information hospitaliers (SIH) conduite conjointement par la Cour des comptes et plusieurs chambres régionales des comptes.

Les observations qui suivent ne portent que sur la partie du contrôle consacrée aux systèmes d'information hospitaliers. Les autres aspects donneront lieu à l'établissement d'un second rapport d'observations provisoires.

2. INTRODUCTION

Le centre hospitalier (CH) du Blanc est implanté dans l'Indre, dans un bassin de population plus âgée et à la croissance démographique plus faible que dans le reste du département, qui connaît lui-même une réelle fragilité démographique.

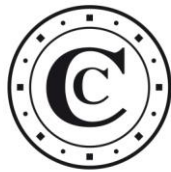
Cet hôpital considéré comme « isolé »² dessert un bassin de population d'à peine 30 000 habitants. Il est situé aux confins de deux régions administratives et subit l'attractivité de trois centres hospitaliers situés à près de 60 kms, le CHU de Poitiers et les centres hospitaliers de Châteauroux et de Châtellerauld.

Le budget de cette structure sanitaire de 358 salariés est de 21,513 millions d'euros en 2013, dont 11,321 millions d'euros de recettes liées à l'activité tarifée (T2A). Sa direction a mis en œuvre un plan de redressement depuis la fin de l'année 2013.

Le projet médical de territoire et le plan de redressement mettent en exergue les enjeux auxquels le centre hospitalier du Blanc est confronté. Ceux-ci sont de trois ordres :

¹ Aux termes de l'article L. 211-8 du CJF, « L'examen de la gestion porte sur la régularité des actes de gestion, sur l'économie des moyens mis en œuvre et sur l'évaluation des résultats atteints par rapport aux objectifs fixés par l'assemblée délibérante ou par l'organe délibérant. L'opportunité de ces objectifs ne peut faire l'objet d'observations ».

² Qualificatif reconnu par un nouveau dispositif introduit par l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 et qui a pour but de corriger les limites du modèle actuel de financement pour les structures reconnues comme géographiquement éloignées. Les critères de sélection et d'éligibilité sont cumulatifs. Les établissements ayant une activité isolée (définie selon la distance par rapport aux autres établissements et la densité de la zone de recrutement) peuvent bénéficier d'un financement dérogatoire national s'ils ne dépassent pas un seuil d'activité (1 200 accouchements, 1 800 séjours de médecine, 2 000 séjours de chirurgie et 11 000 passages non suivis d'hospitalisation pour les urgences). A ce titre, le centre hospitalier du Blanc a reçu en 2014 la somme de 601 750 €.



- L'offre sanitaire

Le centre hospitalier est doté d'une maternité de niveau 1 qui a réalisé 340 accouchements en 2014. La situation géographique relativement isolée de l'hôpital a amené la tutelle à considérer comme nécessaire le maintien de cette maternité dont la fermeture officielle avait été annoncée et donc, corrélativement, la conservation d'une activité chirurgicale remodelée. De la même façon, est maintenu sur place un service d'urgences conforté par la réalisation d'une hélistation. Ces activités sont mises en œuvre dans un contexte de pénurie aigüe de personnel médical.

- Organisationnel

Afin d'assurer la viabilité des activités médicales isolées, le centre hospitalier a été incité à s'appuyer sur un partenariat renforcé avec le centre hospitalier universitaire de Poitiers, qui vient de fusionner avec le centre hospitalier de Montmorillon, lequel développe une activité proche de celle du centre hospitalier du Blanc. Concomitamment, une direction commune a été mise en place par convention conclue entre le centre hospitalier du Blanc et le centre hospitalier de Châteauroux. Le CH du blanc intègre ainsi une communauté hospitalière de territoire destinée à mettre en œuvre une stratégie de groupe de recherche d'efficacité et d'appui mutuel. Notamment, la mise en place et le fonctionnement d'un système d'information hospitalier, au service de tous les acteurs du territoire et destiné à conforter une médecine de parcours, a été considéré comme un élément stratégique utile pour construire une offre sanitaire, économiquement viable, autour et avec le centre hospitalier du Blanc.

Localement enfin, le centre hospitalier a adopté fin 2013 un plan de retour à l'équilibre qui l'amène à optimiser au mieux sa production de soins comme l'ensemble de ses activités supports.

- Financier

Si les derniers résultats du centre hospitalier sont à l'équilibre, cela est en grande partie dû au soutien financier constant de la tutelle, à hauteur de près de 2 millions d'euros chaque année (dont 601 750 euros en 2014, au titre des établissements isolés).

Une étude réalisée dans le cadre de l'élaboration du plan de redressement³ chiffre ainsi à « 2,5 millions le déficit chronique de l'établissement ». Ce même plan prévoit également de dégager 1,6 million de ressources en privilégiant une réduction des dépenses et donc une amélioration de la productivité de l'établissement à hauteur d'environ 1,4 million d'euros. Cela sera rendu possible grâce à la mise en place de nouvelles activités, telle qu'une unité de soins de suite en addictologie à compter de 2015, ou en poursuivant la mutualisation de fonctions, dont notamment du système d'information hospitalier qui est d'ores et déjà un des trois axes structurants le groupement hospitalier de territoire constitué à l'échelle départementale.

³ Etude KPMG de novembre 2013.



3. LA CONTRIBUTION DES SYSTEMES D'INFORMATION A LA STRATEGIE HOSPITALIERE⁴

3.1. LE LIEN ENTRE LA STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT ET SA STRATEGIE EN MATIERE DE SYSTEMES D'INFORMATION

Le projet de direction commune fixe les objectifs du SIH qui sont développés ci-dessous. Le programme médical de territoire⁵ ne contient que deux fiches actions sur le sujet, relatives au dossier médical patient (DMP) et la télémédecine⁶. Dès lors, le territoire sanitaire couvrant la totalité du département et la direction commune concernant des établissements qui englobent pratiquement ce même département, le projet de direction commune en matière de système d'information peut ainsi être considéré comme le projet territorial.

Le centre hospitalier a eu un schéma directeur des systèmes d'Information (SDSI) jusqu'en 2010. Il n'a pas disposé d'un tel schéma entre 2010 et 2014, alors même que la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière prévoit que le projet d'établissement doit définir, notamment, les objectifs généraux du système d'information, déclinés à travers un schéma directeur des systèmes d'information.

Le SDSI pour la période 2015-2018, intégré au projet de direction commune récemment mise en place, est en cours de validation. Ce schéma est, par essence, articulé au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens de l'établissement qui contient un volet relatif à la mutualisation des systèmes d'information. Il s'articulera avec la stratégie de groupe qui se met en place et un premier bilan sera réalisé fin 2015.

Le document intitulé « stratégie du système d'information 2015 à 2018 » énonce une méthode et des axes constitutifs du futur schéma directeur.

3.1.1. Une « politique du système d'information » est définie, développant les orientations et les missions dévolues au système d'information du futur groupe hospitalier

Celui-ci est d'abord présenté comme devant être au service des métiers de l'hôpital et, partant « se calquer sur les organisations des services consommateurs ».

⁴ Les développements présentés s'appuient également sur les [réponses au questionnaire](#) (notamment ici les parties 1 et 2) communiqué au centre hospitalier.

⁵ http://www.ars.centre.sante.fr/fileadmin/CENTRE/Internet_ARIS/Votre_ARIS/PRS/PTS/PTS_Indre.pdf (programme territorial de santé).

⁶ http://www.ars.centre.sante.fr/fileadmin/CENTRE/Internet_ARIS/Votre_ARIS/PRS/PTS/PTS_36_ANNEXE_3.pdf Fiche action traitant de système d'information (N° 25 et 26).



Un certain nombre d'objectifs sont assignés à ce futur système d'information de groupe :

- convergence, rationalisation et optimisation des moyens ;
- intégrité, fiabilité, sécurité, confidentialité et disponibilité d'un système devant être le plus possible standardisé, doté de solutions « intégrées » ;
- ouverte sur l'extérieur, contractualisation, évolutivité en étant sensible aux enjeux présents et à venir de ses usages médicaux.

3.1.2. Le schéma directeur, assujetti aux objectifs stratégiques de l'établissement, définit, sous forme de projets, des cibles à atteindre et des trajectoires possibles pour y parvenir

Projet 1 : l'urbanisation des logiciels supports des métiers qui est présentée comme « *mise en cohérence des différentes structures, uniformisation des pratiques, mutualisation des connaissances, en réduisant au maximum le nombre et la complexité des interfaces à travers une approche globale et systémique* » :

- En construisant une filière administrative (GEF/GRH) unique et centralisée à l'horizon 2020.
- En mettant en place un Dossier Patient Informatisé adapté aux contraintes des établissements, tout en acceptant la coexistence de systèmes différents selon la taille ou la nature des structures (EHPAD et centre hospitalier obéissant à des logiques différentes), et en affirmant le caractère inter-communicant (en interne et en externe) de ce dossier.
- En harmonisant les outils supports transversaux en matière d'hygiène et de sécurité ou de gestion des risques, en matière de maintenance, de télémédecine ou de télé-imagerie ou à travers la mise en place d'outils de travail collaboratifs permettant un travail simplifié à distance.

Projet 2 : définir une architecture unique au niveau du groupe :

- En construisant un réseau global plutôt que des réseaux interconnectés. L'objectif est d'obtenir des économies directes du fait, par exemple, de la diminution du nombre de machines installées ; cela à un horizon relativement bref (3 ans).
- En centralisant les serveurs sur une plateforme sécurisée tout en mettant en place un système de sauvegarde possiblement déporté. Les établissements du groupe seront ainsi seulement des « clients légers ».
- En mutualisant la fourniture des équipements d'infrastructure et d'extrémités pour optimiser l'achat, la gestion et la tarification.
- En contractualisant les échanges avec les acteurs internes utilisateurs, traduisant ainsi l'idée d'une politique de prestation de services interne vis-à-vis de laquelle il sera possible de rattacher des indicateurs de qualité.





Projet 3 : organiser un pôle informatisé de groupe autour du groupement de coopération sanitaire (GCS) « Infotech 36 » pour permettre :

- Un pilotage centralisé du système d'information.
- Une mise en commun des agents et des compétences de façon à faire monter en gamme ces compétences.
- Une organisation de la continuité de l'activité à travers un système d'astreintes globales, assurées par un nombre suffisant d'agents spécialisés utilisant des procédures stabilisées sécurisées, ou à travers des contrats de maintenance externalisés, consolidés à l'échelle du groupe.
- La mise en place d'un système d'information intégrant la téléphonie et permettant ainsi de répondre aux standards contemporains en matière d'innovation.

L'ARS a validé, à travers le CPOM 2012-2016, les orientations du SDSI visant notamment à mettre en place une mutualisation, par le déploiement de logiciels communs de gestion (CPage GEF/GRH) au sein du groupe hospitalier « indriance » désormais constitué autour du centre hospitalier de Châteauroux.

Le système d'information apparaît être un outil satisfaisant de partage d'informations médico-économiques avec l'ARS ou avec les établissements du territoire.

Les liens entre le schéma directeur des systèmes d'information, qui se met en place, et les préoccupations stratégiques de l'établissement sont directs et caractérisés par :

- la recherche d'une meilleure continuité et sécurité de fonctionnement ;
- une offre de nouveaux services visant à améliorer la couverture sanitaire (télémédecine) ou à renforcer « l'efficacité de la production de soins (logique de parcours fondée sur le DMP...) ;
- des économies d'échelle et l'optimisation d'une fonction support transversale, à travers le GCS « Infotech 36 » ;
- l'amélioration de la gestion financière par la systématisation de l'usage de Cpage.

3.2. LA CONTRIBUTION DES SYSTEMES D'INFORMATION HOSPITALIERS AU PILOTAGE DE L'ETABLISSEMENT

Il n'y a pas de comité de pilotage des SI spécifiquement organisé au centre hospitalier du Blanc, mais des réunions de direction locales. Le GCS « Infotech36 » est, depuis 2014, la structure support des systèmes d'information au niveau du groupe. Coexiste ainsi une forme de double pilotage :

- expert via le GCS ;
- opérationnel et quotidien à travers les réunions de direction.



Le système d'information produit « l'information utile à la construction des tableaux de bord médico-économiques⁷ », lesquels sont élaborés ensuite par le responsable des finances, par ailleurs contrôleur de gestion, et qui sont ultérieurement exploités en réunions de « reporting » communes avec le centre hospitalier de Châteauroux. Ces éléments étaient fournis à la demande et non en « routine » jusqu'au 1^{er} janvier 2014 : ils sont depuis produits mensuellement.

La certification de la Haute Autorité de la Santé (HAS) a conduit à conforter la sécurisation des installations techniques (Certification V2014/Hôpital Numérique) et à consolider l'informatisation de la prescription médicamenteuse. Son rôle incitateur est reconnu par les professionnels rencontrés.

En ce qui concerne la future certification des comptes à laquelle l'établissement n'est pas encore assujéti, le logiciel CPage (GEF/GRH) et les requêtes Business Object associées semblent des « briques » adaptées.

Actuellement, l'établissement ne dispose pas d'outil de gestion du temps de travail mais cet objectif est acté dans le cadre du futur schéma directeur.

Enfin, un contrôle de gestion interne, non encore formalisé, existe et sera renforcé avec la mise en place de la solution CPage mutualisée avec le CH de Châteauroux. Il prend la forme de contrôles manuels, ponctuels sans planning systématique et a pour principale fonction de dynamiser et de d'améliorer l'efficacité du travail des salariés.

Le système d'information permet ainsi la mise à disposition des décideurs d'informations utiles dont l'utilisation au profit du pilotage médico-économique de la structure n'est pas systématique. Depuis 2013, des tableaux de bord dont la production n'est pas automatique et nécessite un retraitement par le contrôleur de gestion, sont produits et exploités mensuellement

3.3. L'INTEGRATION DES PROJETS NATIONAUX

Vis-à-vis du niveau national, le centre hospitalier attend une réelle harmonisation des systèmes d'information et dans cette perspective, le programme Hôpital Numérique (HN) est perçu comme un premier palier.

Le niveau régional apparaît comme devant continuer à soutenir des projets spécifiques déjà lancés comme le projet Mutualisation des images médicales en région centre (MIRC). Le niveau régional est aussi ponctuellement sollicité notamment en matière d'audit comme celui réalisé à propos de la sécurité du système d'information.

L'intégration « des indicateurs « HN » dans le référentiel de la H.A.S. est d'abord perçue comme une opportunité même si au regard du dimensionnement de l'équipe, elle induit une charge de travail supplémentaire ».

⁷ Interview du 23 septembre.





Le projet « HN » est structurant (ses critères s'imposent) dans les orientations retenues pour mettre en œuvre le nouveau système d'information, au niveau de l'établissement comme du groupe « INDRIANCE » auquel il appartient. Toutes les directives nationales auxquelles le centre hospitalier essaie de se conformer sont naturellement évoquées comme étant des guides d'action.

Le projet de facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) va obliger le système d'information à s'adapter. Celui-ci va devoir intégrer de nouvelles normes d'échanges, comme le PESV2, la signature électronique, la numérisation des documents papier... et modifier son organisation.

Au cas présent, l'établissement serait prêt à « basculer » sur FIDES. Il a déjà effectué trois tests qui donnent à voir un taux de rejet compris entre 0 % et 1,5 % alors que la limite d'acceptabilité est fixée à 8 %.

Toutefois, trois éléments bloquants constituent des obstacles à l'intégration de ce projet national :

- Le retard pris en matière d'échanges dématérialisés où, la non-opérationnalité de la norme PESV2, localement, empêche la mise en production de FIDES ;
- Le choix de logiciels internes à l'hôpital se pose également, dans la mesure où l'éditeur du logiciel de recettes est différent de l'éditeur du logiciel de dépenses et qu'une harmonisation préalable entre ces deux solutions est délicate à mettre en place ;
- Enfin, au plan institutionnel, l'hypothèse d'une vraisemblable fusion avec le centre hospitalier de Châteauroux au 1^{er} janvier 2017 limite l'engagement dans un projet, dont il faudrait redéfinir à court terme les contours.

Tous les acteurs rencontrés ont semblé regretter une insuffisante directivité des choix nationaux, laissant les hôpitaux livrés à eux-mêmes pour trouver des solutions, avec des professionnels d'un secteur atomisé ; cela notamment lorsqu'il s'est agi d'effectuer des choix d'interopérabilité vis-à-vis desquels ils disposaient d'une ingénierie insuffisante.

Les propos tenus ont fait valoir que « *chaque hôpital se débrouille dans son coin. Aucun n'est armé pour choisir* », ou bien que « *tous les produits (...entre hôpitaux...) sont différents et il n'y a pas un produit d'Etat. C'est aberrant... On n'est pas capable de transmettre une information claire et complète.....certes on pourra le faire, la plupart du temps, mais de façon synthétique et avec des risques de perte de contenu et de qualité* » ou encore que les logiciels utilisés en matière de gestion des risques qui « *ne se parlent pas entre eux selon les niveaux géographiques incriminés* » (local, régional ou national) rendant toute comparabilité difficile.

Les acteurs locaux appellent donc de leur vœux une politique nationale ou régionale qui oriente plus précisément et de façon plus directive la construction, les missions voire même les outils des systèmes d'information hospitaliers.



Le centre hospitalier du Blanc résume la contribution du système d'information hospitalier à la réalisation des objectifs comme il est décrit dans le tableau ci-dessous.

Objectifs	Note (sur 5)
Améliorer la qualité et la sécurité des soins	4
Contribuer à la certification HAS de l'établissement (EPS)	3
Contribuer à la certification des comptes de l'établissement	Non apprécié
Alimenter dans des délais adaptés les tableaux de bord de l'EPS	3
Alimenter dans des délais adaptés les tableaux de bord des pôles	3
Partager l'information médico-économique avec l'ARS	3
Partager l'information médico-économique avec les EPS du territoire	3
Assurer la continuité des soins d'un établissement à l'autre	3

L'apport du système d'information est donc perçu par l'établissement comme significatif surtout en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, plus que pour assurer la continuité des soins d'un établissement à un autre, voire même pour contribuer en lui-même à la certification HAS de l'établissement.

Plusieurs interlocuteurs ont souligné le fait que « *l'informatique restructure la professionnalité des médecins. Elle introduit une traçabilité que l'on n'avait pas* ». Il faut ici comprendre que les procédures et supports informatiques façonnent l'organisation et la pratique quotidienne des professionnels de santé qui se doit d'obéir à une forme de standardisation ou, à tout le moins, à plus d'explicité. D'aucuns ont souligné que « *les médecins ont appris à se contorsionner face aux difficultés à faire réagir les éditeurs* ».

Au plan du pilotage, le système d'information hospitalier contribue peu, à l'alimentation, directement, dans les délais des tableaux de bord de l'établissement ou des pôles. Il produit de l'information « brute ». Il constituera, à terme, l'architecture sur laquelle viendra s'ancrer la démarche d'harmonisation territoriale portée par le groupe « Indriance », démarche visant à améliorer le parcours du patient, et esquissée à travers le projet « Trajectoire ».

Ainsi, avant que de permettre un suivi pertinent du parcours du patient, la mise en place du système d'information hospitalier contribue d'abord aux yeux des acteurs de terrain rencontrés à améliorer, à expliciter et à sécuriser l'ensemble du processus de soin.



4. LE DEPLOIEMENT DES SYSTEMES D'INFORMATION ET LES MOYENS CONSACRES A L'INFORMATIQUE

4.1. L'INTEGRATION DU SIH DANS LA PRODUCTION HOSPITALIERE ET L'INTEROPERABILITE DES SYSTEMES

4.1.1. En matière de fonctions supports

L'établissement dispose d'un infocentre permettant une centralisation partielle des données de gestion puisqu'elle ne concerne que les dépenses GEF/GRH (Gestion financière, gestion des ressources humaines).

La restitution des résultats de la comptabilité analytique aux pôles est « passive », dans la mesure où ces documents sont mis à disposition et centralisés sur un emplacement serveur dédié. Ils sont néanmoins présentés et discutés en conseil de surveillance (C.S.), commission médicale d'établissement (C.M.E.), en directoire, en comité technique d'établissement (C.T.E.), ainsi qu'en réunions de direction et d'encadrement.

L'établissement a fait le choix de l'utilisation partielle de logiciels libres. Ils ont plus particulièrement été installés pour les fusions automatiques (étiquettes, bons de circulation...) en lien avec le dossier patient ou la gestion administrative des malades mais aussi pour la bureautique simple. Le choix, effectué il y a 4 ou 5 ans, était avant tout économique et est actuellement remis en question. Certes des gains, non chiffrés, ont été ressentis à court terme mais cette option entraîne très vite des coûts de non-qualité, dès lors que se posent de nombreux problèmes de comptabilités entre solutions existantes au sein de l'hôpital. Il est ainsi aujourd'hui analysé comme une source de désorganisation.

Des contrôles « embarqués » existent au niveau des applicatifs de facturation. Ces derniers sont jugés pertinents par l'établissement, comme cela a pu être indiqué plus haut, et appelés à augmenter et à s'adapter à FIDES lorsque l'établissement passera sur le volet « ACE⁸ ». Au niveau du paramétrage de ces contrôles, le choix est laissé entre un signalement ou une erreur bloquante. Par exemple, lors de l'oubli de la saisie du débiteur dans la zone dédiée au ticket modérateur forfaitaire, avant facturation, un message d'alerte apparaît.

Jusqu'à présent, l'homogénéité de la gestion des différentes catégories de personnel n'était pas assurée : chaque service produisant ses informations (par exemple en matière de présentisme, sous forme de tableaux sous Excel) ; elle le sera avec le logiciel CPage GRH.

Le recrutement n'est pas informatisé. Le temps de travail, aujourd'hui suivi via des outils bureautique classiques (Excel), sera pris en compte de façon spécifique dans un futur proche, au sein d'un outil de gestion des plannings commun aux différents établissements du regroupement territorial.

⁸ Acte de consultation externe.



La paie, l'avancement et les absences sont gérées par le même outil, qui est commun au groupe hospitalier territorial en cours de construction (CPage). En matière de formation, l'établissement utilise l'outil GESFORM, développé par l'ANFH qui va également être déployé pour gérer les évaluations du personnel. La cartographie des logiciels utilisés est donc la suivante :

Fonction informatisée	Nom du Logiciel	Editeur	Dates	Commentaires
FINANCES / ACHATS				
Facturation (GAM)	FACDIS	Berger-Levrault	1 ^{er} janvier 2008 (Mise en production). Entièrement déployé.	Solution intégrée, hors laboratoire et imagerie médicale. Interfaces pour les modules externes : laboratoire et imagerie. Délais moyens de facturation de 30 jours environ pour les séjours et de 20 jours pour les actes et consultations externes. Les délais de recouvrement n'ont pas été communiqués et le lien avec le PMSI, non établi.
Gestion Economique et Financière (GEF)	CPage GEF	GIP CPage	1 ^{er} janvier 2014 (Mise en production) En cours de déploiement	Interfaçage et transports automatisés des flux avec le système d'information du comptable (Hélios).
Achat et gestion des stocks	CPage GEF	GIP CPage	1 ^{er} janvier 2014 (Mise en production) En cours de déploiement	La gestion des achats en interne n'est pas dématérialisée.
Contrôle de gestion (Comptabilité analytique)	PMSI Pilote Arcanh	PSIH ATIH		L'établissement a un fichier de structure commun avec procédure de diffusion. Le SI permet d'extraire des données brutes servant de bases solides à la restitution de ces outils. Le type de restitutions produites n'est pas précisé : L'établissement élabore des comptes de résultats analytiques par pôle et est en mesure, ponctuellement d'utiliser les informations produites pour en dégager des indicateurs de fonctionnement
Ressources Humaines				
GRH	Cpage/GRH	GIP CPage	1 ^{er} janvier 2014 (Déploiement finalisé)	Informatisation de : <ul style="list-style-type: none"> - La gestion des effectifs - La formation - La gestion de la carrière - Le dossier administratif des agents - La production du bilan social... La GPMC (gestion prévisionnelle des moyens et des compétences) n'est actuellement pas intégrée, mais elle le sera dans le futur système.
Gestion du Temps de Travail des Personnels	Outils de bureautique	Développement interne		La comptabilisation des congés, heures supplémentaires, CET gardes et astreintes...est partielle et utilise des outils traditionnels (excel...)
Gestion des plannings	Outils de bureautique	Développement interne		
Paie	Cpage/GRH	GIP CPage		
Formation	GESFORM	ANFH		
Logistique				
Restauration	WINREST	FSI		Uniquement pour les commandes et les repas des patients
Maintenance Biomédicale				Non Informatisé





4.1.2. En matière d'informatique médicale

Plus de 75 % des services cliniques utilisent un système d'information informatisé fondé sur un outil commun, intégré du marché.

Le dossier informatisé unique par patient, valable pour l'ensemble des services, n'existe pas encore.

Des outils spécifiques et non connectés sont utilisés notamment :

- En consultations de pédiatrie
- Au Service de soins infirmiers à domicile
- En imagerie

Une solution globale et intégrée (ARCADIS) a été sélectionnée (2008/2009) et est en place depuis mai 2010.

En septembre 2015, l'état d'implantation de la solution « ARCADIS » est le suivant :

- La prescription médicamenteuse est quasiment généralisée ;
- Le dossier médical et de soin n'est pas abouti et ne le sera sans doute pas avec cet outil, dès lors que la direction commune va vraisemblablement entraîner l'adoption du dossier médical de Châteauroux.

L'objectif recherché de mieux partager les informations n'est pas atteint totalement :

- L'exemple du logiciel « trajectoire » qui permet de gérer les affectations en USSR (réservations de places et donc fluidification des parcours permettant d'agir sur les durées moyennes de séjours) est ici avancé. Les professionnels de santé sont obligés de ressaisir les données. Cela pénalise l'usage de l'outil qui est supplanté par le téléphone ;
- Pour les liaisons avec les EHPAD, « *on fait des dossiers peu lisibles et partiels* » ;

Le contenu informatisé du dossier médical est rassemblé dans le tableau ci-dessous :

Comptes rendus des consultations	Non, mais prévu sans qu'en soit défini l'échéance
Comptes rendus opératoires	Non, mais prévu
Prescriptions pharmaceutiques	Oui
Prescriptions de biologie	Partiellement : Edition de la prescription et retranscription des résultats, Des erreurs sont donc possibles..
Prescriptions d'anesthésie	Oui, au-delà des 24 premières heures
Résultats de Biologie	Oui
Résultats d'imagerie (Comptes rendus et images)	Oui dans système d'information propre. Les images ne sont pas intégrées au dossier patient.
Plan de soins	Oui
Médicaments administrés	Oui (sauf en hébergement où traçabilité papier)
Actes de soins réalisés	Oui, partiellement et en cours extension
Gestion des rendez vous	Non, mais prévu et d'ores et déjà réalisé en imagerie
Recueil standardisé des séjours	Oui





Les échanges entre les services cliniques et médicotechniques sont partiellement informatisés :

Avec l'imagerie, les flux Identités / Mouvements / Actes sont informatisés et le papier subsiste à titre de contrôle. Le président de la commission médicale d'établissement (CME) regrette aussi qu'il ne soit pas possible, en matière de télé-imagerie de pouvoir discuter avec le radiologue à l'autre bout de la chaîne. Il évoque l'impossibilité pour le praticien local de pouvoir choisir un confrère extérieur, membre d'un réseau personnel, qu'il puisse solliciter librement. « *Le système oblige à une communication exclusive avec le centre hospitalier de Châteauroux* ». Des téléconsultations ou des demandes d'avis complémentaires ne sont donc pas possibles. Le système d'information en vigueur en imagerie ne permet, par ailleurs, pas d'échanges d'images ou de résultats avec le dossier patient en cours de déploiement.

Avec le laboratoire, la prescription n'est pas informatisée mais les autres échanges le sont : point qui crée une forme d'asymétrie dans les échanges qui utilisent tout à la fois le papier (sortant) et l'informatique (retour des résultats).

Le dossier médical patient est une solution dédiée « ARCADIS », qui contient totalement le dossier de soins. Il est nécessaire pour y avoir accès de disposer des droits afférents. Ceux-ci sont largement définis de manière à permettre une fluidité des soins. La traçabilité partiellement visible de tous des identifiants des personnes qui accèdent aux dossiers apparaît être un outil dissuasif vis à vis d'éventuelles consultations inappropriées.

Le dossier patient informatisé contient un lien renvoyant au dossier papier, à titre notamment d'archivage. Pour l'instant les deux supports sont complémentaires, le dossier informatisé prenant peu à peu de l'ampleur en fonction de son déploiement.

Au final, cette introduction d'un dossier patient informatisé est présentée comme étant parvenue à consolider la culture informatique des soignants⁹.

- L'informatisation est présentée comme un « *moyen utile à l'échange avec le patient* », et non comme un « *écran derrière lequel on se cache* » ;
- Sa dimension chronophage n'est pas négligée mais elle est relativisée dans la mesure où est affirmé le fait « *qu'auparavant on passait aussi beaucoup de temps à remplir les papiers* » ;
- Dès lors les changements ou les évolutions de logiciels, toujours délicats, ne sont plus appréhendés par la direction des soins comme problématiques, à priori ;
- La direction des soins appelle de ses vœux, enfin, un parcours du patient qui serait « *moins découpé en tranches* » au sein du système d'information, laissant entrevoir ici une continuité perfectible.

⁹ Propos recueillis lors des entretiens du 23 septembre.



La cartographie des logiciels métiers est rassemblée dans le tableau ci-contre :

Fonction Informatisée	Nom du logiciel	Editeur	Calendrier	Observations
Dossier Patient				
<u>Consultations</u>	ARCADIS	Berger Levraut	Pas encore déployé	<ul style="list-style-type: none"> . La gestion des rendez-vous n'est informatisée qu'en imagerie Le compte rendu des consultations ne figure pas dans le dossier informatique du patient. . Difficultés des services : Les outils bureautiques ne permettent pas une gestion efficace : accès simultanés, mailings.....
<u>Bloc opératoire</u>	ARCADIS	Berger Levraut	Pas encore déployé	<ul style="list-style-type: none"> Les actes sont saisis par les secrétaires ou par le DIM après que le médecin ait validé le codage. Les IBODE consignent systématiquement une transmission pour chaque intervention réalisée. . Les opérateurs n'interviennent pas. . En anesthésie, l'informatisation des 24 premières heures n'est pas encore réalisée : le support est donc papier.
Prescriptions	DISPEN	Berger Levraut	En cours de finalisation du déploiement	<ul style="list-style-type: none"> . Le circuit du médicament est informatisé sauf : <ul style="list-style-type: none"> - Les 24 premières heures d'anesthésie - La phase perpartum à la maternité - Les consultations externes . L'outil d'aide à la prescription est unique pour le périmètre sus-cité. . Une demande a été adressée à l'éditeur afin de n'autoriser certaines prescriptions qu'à certains professionnels (cf. anesthésie) . C'est une solution intégrée au dossier médical. . La prescription est partiellement validée par les pharmaciens. . Pas de lien direct entre la gestion des stocks et les prescriptions : les stocks sont gérés au niveau de chaque service. C'est l'approvisionnement des services qui génère une sortie de stock en pharmacie (codes à barres). . La prescription des stupéfiants est informatisée . La prescription des dispositifs médicaux n'est pas informatisée.
Imagerie Biologie	RIS SIRILOG <u>Résultats</u> . <u>Simple</u> s : MEDEXA (dans ARCADIS) . <u>Complexes</u> CYBERLAB (hébergé au CHU de Poitiers)	MEDASY S Berger Levraut MIPS		<ul style="list-style-type: none"> . Les prescriptions d'analyse médicale et d'imagerie ne sont pas informatisées (sur texte libre). . Il n'y a pas de liaison informatisée avec le dossier-patients. . Les résultats de laboratoire sont accessibles sur le DPI. . Les résultats d'imagerie ne sont pas intégrés au DPI. . Le médecin traitant n'a pas accès aux résultats, ni directement ni via un envoi dématérialisé. . Aucun envoi dématérialisé n'est effectué : pas de solution de communication sécurisée.





Courrier de sortie	MEDIS	Berger Levraut	Pas encore déployé	<ul style="list-style-type: none"> . Pas de courrier informatisé diffusé. . Pas de lien entre le courrier et le dossier patient. . La CRUQPC n'a pas été saisie récemment de difficultés de communication avec les professionnels après des sorties de l'EPS.
Gestion des lits, des places				<ul style="list-style-type: none"> . La gestion des lits n'est pas informatisée. . La localisation est enregistrée lors des mouvements de patients permettant de connaître le nombre de lits disponibles.
Gestion des transferts				<ul style="list-style-type: none"> . La gestion des transferts n'est pas informatisée, malgré l'implantation du logiciel « trajectoire ». . Le suivi des informations patient est assuré grâce à une impression d'une synthèse du dossier patient, imprimée depuis le dossier patient. . Une analyse informatisée des flux de patients afin de mesurer leur impact sur la performance des services est réalisée ponctuellement.
Services cliniques	ARCADIS	Berger Levraut		<ul style="list-style-type: none"> . Les services ont accès au dossier patient informatisé quand celui-ci est déployé. . Il y a continuité « Identités/Mouvements/Actes » dans l'établissement. . Il n'y a pas de continuité de l'information automatisée avec l'imagerie ou les consultations de pédiatrie. . Le choix d'un produit intégré fait qu'il y aura continuité avec les urgences ou le bloc opératoire
Médico-technique				
Biologie	MEDEXA CYBERLAB	Berger Levraut MIPS		<ul style="list-style-type: none"> . Des logiciels spécifiques pour la bactériologie, la virologie ou l'anatomopathologie ne sont pas installés. . L'interfaçage avec le dossier patient : <ul style="list-style-type: none"> - Un premier niveau de résultat est affiché dans le module dédié du dossier patient, directement alimenté par les applicatifs du prestataire de biologie. - Un module de biologie spécifique installé au laboratoire du CHU de Poitiers est appelé depuis le DPI via un lien contextuel.
Anesthésie				<ul style="list-style-type: none"> . Le dossier du patient est accessible par les anesthésistes au bloc et en salle de réveil 24 heures sur 24, seule la prescription des 24 premières heures n'est pas informatisée.
Secteurs spécifiques				
Urgences	MEDURG	Berger Levraut		<ul style="list-style-type: none"> . Le service des urgences dispose d'un module spécifique pour les mouvements d'entrée qui est intégré à la solution globale. . Une fiche de recueil spécifique est mise en place au sein du DPI de l'établissement.
SAMU				<ul style="list-style-type: none"> . Le SMUR est une antenne du CH de Châteauroux. . Pas de communication avec le DPI de l'établissement possible.
Réanimation, dialyse....				<ul style="list-style-type: none"> . Non concerné
Autres				
Groupage PMSI				<ul style="list-style-type: none"> . Il n'y a pas spécifiquement de difficulté en matière de codage.
Archives médicales				<ul style="list-style-type: none"> . Les archives ne sont pas informatisées : seul le numéro d'archive est intégré à la fiche d'identité du patient.

La coexistence des supports papier et informatique demeure, et se double d'une communication partielle entre tous les logiciels en service. Cette situation de « mi-chemin » est regrettée dès lors que les personnels ont surmonté, dans leur très grande majorité, les traditionnelles difficultés associées à tout processus d'informatisation.

La chambre recommande qu'il soit mis fin le plus rapidement possible à cette dualité des supports constitutifs du dossier médical du patient qui ne peut que nuire à sa cohérence.



4.2. L'ORGANISATION DE LA FONCTION INFORMATIQUE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

4.2.1. Le service informatique interne

Rattaché depuis sa création à la direction de l'établissement, le service informatique est animé par un responsable qui a également en charge la téléphonie. Il se réduit à deux personnes en 2014 : un ingénieur en poste depuis 2003 et une adjointe administrative à temps partiel (90 %), de niveau Bac+2 affectée dans le service depuis 1992. L'ingénieur qui était contractuel de catégorie 1 depuis l'origine a intégré le corps des ingénieurs hospitaliers au 1^{er} juillet 2014.

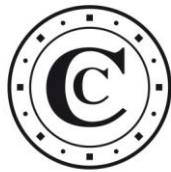
4.2.2. Le recours à l'externalisation

L'externalisation est très faible et a trait à la maintenance logicielle (curative et évolutive), propre aux éditeurs concernés, ou à la maintenance curative des éléments d'infrastructure réseau et serveurs (les paramétrages étant réalisés en interne), comme à la gestion du dispositif de sécurité pour les connexions extérieures (firewall) et enfin à quelques prestations intellectuelles rares, notamment en matière d'assistance à maîtrise d'ouvrage (dossier patient en 2009, dossier téléphonie en 2015) ou d'audit (audit de sécurité par le GCS Télésanté Centre en 2014). Cette dernière externalisation répond à une problématique de manque de temps et de non-présence de compétences au plan local.

Les mises en concurrence sont respectées et se traduisent par une augmentation de la charge de travail. Une des difficultés énoncée provient de l'obligation de maîtrise préalable des sujets pour lesquels il y a appel au marché, rendant elle-même difficile l'élaboration d'un cahier des charges précis. C'est d'ailleurs un des seuls domaines où un appui extérieur est recherché à travers l'achat de prestations d'assistance à maîtrise d'ouvrage, dans le cadre par exemple d'un dialogue compétitif comme ce fut fait pour le dossier patient informatisé.

Il existe une sous-traitance interne (« in house ») au groupe hospitalier puisque le centre hospitalier de Châteauroux, dont le directeur est désormais également celui du centre hospitalier du Blanc, héberge l'application CPage (GEF/GRH).

Le recours aux prestations extérieures est donc très limité, d'autant plus qu'il nécessite en lui-même, pour être mis en œuvre, la consommation de compétences d'ingénierie dont ne dispose pas d'emblée et sur tous les domaines le centre hospitalier.



4.2.3. Les conditions de fonctionnement du service informatique

L'essentiel de la maintenance est réalisée en interne (excepté la maintenance logicielle et serveur ou réseau, évoquée plus haut).

Traditionnellement, les difficultés qui sont rencontrées avec les fournisseurs portent sur la réactivité, le respect des délais contractuels ou la qualité des services offerts par le partenaire avec lequel le service informatique travaille : pour le D.P.I., l'éditeur a fourni un produit « jeune » et peu fiable.

Les copieurs, gérés par les services économiques, bénéficient d'une maintenance externalisée.

Les équipements informatiques associés à des dispositifs biomédicaux ou d'imagerie sont gérés par des services spécifiques. Des automates du laboratoire de biologie du CHU de Poitiers sont également installés dans l'établissement.

La politique en matière de sécurité est au stade du démarrage dans la mesure où elle a été présentée en réunion de direction le 21 avril 2015.

- Il n'existe pas encore de Plan de Reprise d'Activité Informatique (PRAI) qui reste un objectif à terme. Une solution sécurisée a été mise en place en 2015 visant la « virtualisation haute disponibilité » de deux salles à travers la mise en place de « briques techniques » lors de l'introduction du « DPI ». Les praticiens considèrent cependant que « *que si le système est planté, il n'existe pas de plan B, pas de plan de sauvegarde* ».
- Une cartographie des risques du SIH existe à laquelle sont associées des actions prioritaires.
- Il n'existe pas encore de procédure de gestion des habilitations (en projet). Au moment de l'installation des matériels ou logiciels, des paramétrages de profils types ont été effectués avec les experts métiers qui sont associés à un profil type figé. En matière administrative, « *un propriétaire de l'information est identifié et donne les directives en matière d'accès à la ressource qu'il supervise* ». Une formalisation précise des habilitations est donc absente.

Des incidents liés à l'accès à des données de santé par des personnels paramédicaux non autorisés ont été relevés. Ils trouvent leur origine dans des droits trop largement octroyés afin de ne pas entraver la mobilité des agents. Il s'est agi de consultations inadéquates, motivées par de la simple curiosité. Ces incidents dont la gravité doit être soulignée témoignent de l'insuffisance de l'avancement de la politique en matière de sécurité. Des corrections dans les nouvelles fonctionnalités du dossier patient sont activées depuis la mi-septembre 2015.



- En outre, des dysfonctionnements dans les premières versions du dossier patient informatisé ont ralenti le déploiement d'un certain nombre d'applicatifs.
- En matière d'identito-vigilance, « *une solution informatique intégrée pour la partie mouvement et le DPI* » permet d'éviter toutes ressaisies.
- Les déclarations à la CNIL ont été effectuées et le suivi de ses recommandations est présenté comme une priorité même si elles ne sont pas toutes encore mises en œuvre (cf. authentification par carte professionnel de santé (CPS)).

Le responsable informatique a une vision très claire des principes de fonctionnement de son service, principes adaptés au contexte dans lequel il opère.

Pour lui, tout projet est conçu comme devant solliciter un minimum de maintenance, être fiable, simple et apporter un tant soit peu de valeur ajoutée à l'utilisateur. Il se place ainsi délibérément dans une relation de service vis-à-vis des autres personnels de l'hôpital.

- Il en est ainsi pour la mise en place du Wifi, beaucoup utilisé au bloc et dans les circulations, dans les unités pour les prescriptions directement effectuées sur chariots par des utilisateurs « clients légers », générant le minimum de maintenance.
- Cet ingénieur donne également une grande importance au fait d'avoir des relais, des référents systèmes d'informations, directement dans les services, afin d'apporter de la proximité à son soutien et de démultiplier son action. Ce rôle est assumé par le cadre du service.

4.2.4. La performance informatique

Il n'existe pas de tableau de bord de suivi des performances du service informatique. Celui-ci n'est pas évalué dans son ensemble et le taux d'utilisation des équipements n'est pas mesuré.

Il n'y a pas de mesure des économies possiblement entraînées par son déploiement (niveau de consommation de papier, par exemple). Pris par l'urgence, ce petit service informatique reconnaît un « *manque de traçabilité de ses actions* » et souligne « *qu'il a les moyens d'un petit, mais une activité de gros à retracer* » indiquant également que ce « *système n'est pas viable à terme et qu'il a du mal à répondre au minimum réglementaire* ».

L'établissement n'avait pas de budget prévisionnel informatique et n'est pas en mesure d'avoir une comptabilisation précise des investissements réalisés par rapport à ceux projetés, ratio qui exprimerait une forme d'efficacité du service informatique, notamment sur un plan technique.

Il n'y a pas de dispositif officiel d'astreinte informatique. L'administrateur de garde peut cependant en cas de défaillance grave solliciter les deux agents du service. Pour limiter ces situations, la recherche d'une stabilité de fonctionnement du système (élimination des points de défaillances uniques, double salle informatique) a été privilégiée. La direction commune qui se met en place et le futur schéma directeur des systèmes d'information qui se construit, vont permettre de garantir une continuité de fonctionnement.



La mise en place de quelques indicateurs de mesure de l'efficacité et de l'efficience du service informatique serait de nature à en améliorer le pilotage et illustrer la performance.



4.3. LE COUT ET LE FINANCEMENT DES SIH

Les coûts directs, en personnel, sont rassemblés dans le tableau ci-dessous :

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Masse salariale du service informatique (€)	80 678	81 576	91 509	92 104	91 933	96 505	100 511
Part dans la masse salariale totale de l'établissement	0,43 %	0,43 %	0,45 %	0,45 %	0,46 %	0,47 %	0,48 % ¹⁰
Coût moyen de l'ETP du service (en €) : (1)	42 240	42 710	47 911	48 222	48 133	50 526	52 624
Coût moyen de l'ETP du personnel non médical de l'établissement, en € : (2)	39 760	40 572	42 532	42 525	42 417	43 625	45 286
(1) / (2)	1,06	1,05	1,13	1,13	1,13	1,16	1,16

Sur les six dernières années, l'écart de coût, et donc essentiellement de rémunération, s'est accru entre les ETP du service informatique et ceux du reste de l'établissement, dans un contexte de relèvement du niveau des rémunérations des agents les moins qualifiés (grilles des catégories C, par exemple). La croissance annuelle moyenne du coût d'un ETP informatique est de l'ordre de 3,5 % contre seulement 2 % pour les autres ETP.

Les budgets consacrés au système d'information sur les dernières années sont résumés dans le tableau ci-dessous. La part consacrée à l'exploitation augmente de 55 % sur la période alors que la dépense totale ne croît que de 33 %. Ce dernier chiffre est sans doute plus significatif de l'effort consenti par la structure au profit de son système d'information, notamment si l'on considère que les dépenses de fonctionnement de la dernière période intègrent des amortissements en hausse, liés aux investissements réalisés antérieurement.

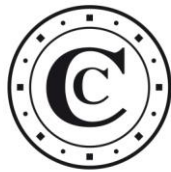
Au sein de ce budget informatique, en fin de période, le poids des coûts liés au personnel pèse de manière moindre que les autres dépenses : les premiers n'ont augmenté que de 24 % alors que les secondes ont cru de 33,8 %.

¹⁰ A comparer à la moyenne de 0,9 % de la masse salariale pour l'ensemble des centres hospitaliers (source : ATLAS des SIH élaboré par l'ATIH en mai 2015).



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Investissement							
Matériels	22 979 €	41 482 €	87 536 €	46 989 €	17 506 €	28 839 €	64 693 €
Logiciels	15 516 €	7 176 €	29 499 €	9 364 €	10 016 €	16 580 €	13 920 €
Locaux inform.							
Etudes							
Autres ¹¹		49 453 €	19 039 €	95 095 €	46 823 €		25 853 €
Total	38 494 €	98 111 €	136 074 €	151 448 €	74 344 €	45 419 €	104 465 €
Fonctionnement							
Personnel	80 678 €	81 576 €	91 509 €	92 128 €	91 933 €	96 505 €	100 511 €
Formation							
Maintenance	48 011 €	54 497 €	58 493 €	68 765 €	94 105 €	114 549 €	122 265 €
Entretien							
réparation	3 026 €	1 160 €	0 €	0 €	0 €	2 063 €	0 €
Prestations de							
service	4 141 €	6 994 €	6 066 €	5 105 €	7 733 €	3 782 €	5 770 €
Amortissements	21 716 €	30 129 €	29 071 €	50 006 €	98 926 €	104 520 €	85 601 €
Autres	77 537 €	53 086 €	32 595 €	28 469 €	33 424 €	33 486 €	25 593 €
<i>Liaisons inform. ou</i>							
<i>spécialisés</i>	13 649 €	12 950 €	14 763 €	16 650 €	15 387 €	11 184 €	10 997 €
<i>Achats fournitures</i>	38 200 €	17 811 €	14 647 €	11 490 €	14 837 €	20 802 €	12 845 €
<i>Location informat.</i>	25 521 €	22 326 €	3 185 €	329 €			
<i>Charges</i>							
<i>exception.</i>	167 €						252 €
<i>Contribution GCS</i>					3 200 €	1 500 €	1 500 €
Total exploitation	235 108 €	227 443 €	217 734 €	244 472 €	326 121 €	388 391 €	365 334 €
Total général	351 139 €	378 640 €	386 403 €	424 389 €	433 889 €	433 810 €	469 798 €
part charges							
investissement							
SIH/charges							
investissement							
total	5,76%	12,31%	7,85%	5,89%	4,89%	2,85%	4,46%
part charges							
exploitation							
SIH/charges							
exploitation							
totales	1,06%	0,89%	0,76%	0,77%	1,16%	1,24%	1,14%

¹¹ Dossier Patient + Virtualisation serveur.



La mise en œuvre d'un nouveau schéma directeur des systèmes d'information donne lieu à compter de 2015 à une programmation pluriannuelle des investissements. Celle-ci s'opère toutefois dans un contexte institutionnel qui n'est pas encore totalement stabilisé, la fusion des établissements du Blanc et de Châteauroux n'étant envisagée qu'au 1^{er} janvier 2017. La mise en œuvre du SDSI se heurte aux difficultés financières du centre hospitalier du Blanc dont le plan de retour à l'équilibre sur les années à venir est dépendant d'une aide pérenne en fonctionnement, même décroissante, de la part de l'ARS. Cette aide qui vise à « *conforter l'équilibre annuel des finances du centre hospitalier permet de générer une CAF suffisante pour rembourser les emprunts et financer les investissements courants*¹² »

Le programme pluriannuel d'investissement de l'hôpital, construit pour les années 2015 à 2019, s'établit à un niveau moyen de 877 000 euros par an, soit environ 3,1 %¹³ seulement des produits de fonctionnement de l'année 2013.

Le programme pluriannuel d'investissement informatique des années 2015 à 2017 est prévu pour une dépense annuelle moyenne de 139 400 €. Ce montant, en hausse de 50 % par rapport à la valeur moyenne des investissements informatiques réalisés par le centre hospitalier entre 2008 et 2014 (92 600 €), apparaît toutefois ambitieux.

Le budget d'investissement consacré au système d'information représente ainsi 15,9 % des investissements totaux envisagés¹⁴, soit environ 0,49 % des produits¹⁵. Cette faiblesse mérite d'ores et déjà d'être soulignée dans la mesure où il apparaît patent qu'un tel montant d'investissement ne sera pas compatible avec un fonctionnement normal d'un centre hospitalier.

L'établissement n'a pas déposé de projets d'investissements qui auraient pu bénéficier des financements permis par les plans hôpital numérique ou hôpital 2012. Sur la période récente, ses investissements informatiques ont été essentiellement financés sur ressources propres, sauf en 2009 et 2010 où des emprunts ont été réalisés pour un montant global de 150 000 €.

Compte tenu de ses difficultés financières et du recours à la location, l'établissement a peu investi ces dernières années et a donc eu un faible recours à des financements extérieurs.

Cependant, la location de matériels a été progressivement abandonnée en raison des surcoûts qu'elle présente et du fait de la surcharge de travail qu'elle induit au niveau d'un service informatique de petite taille et confronté à un turn-over plus important des équipements.

¹² Mail du Directeur des Affaires financières du 12 octobre 2015.

¹³ ¹³ Niveau construit en cohérence avec les préconisations de l'IGAS dans son rapport de 2013 sur l'investissement hospitalier : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-032P_Tome_I_-_Volume_I.pdf.

¹⁴ Le PPI 2015-2019 est de 4 468 976 €. En supposant qu'en 2018 et 2019, la moyenne des dépenses du PPI informatique 2015-2017 soit conservée, environ 700 000 € auront été consacrés aux systèmes d'informations, soit 15,9 % du PPI total.

¹⁵ Le montant de cet investissement informatique (0,49 % des produits) est à comparer à la moyenne des centres hospitaliers (1,1% des produits). Les produits considérés sont ceux de l'année 2013.



L'investissement informatique est donc très réduit compte tenu des difficultés financières de l'établissement. Une programmation cohérente est tentée, mais elle demeure anémique et son financement est loin d'être assuré.

Le maintien d'un niveau d'investissement suffisant en matière de système d'information, dans l'attente de la fusion avec le centre hospitalier de Châteauroux, constitue une condition indispensable à une prise en charge médicale de qualité.

5. LA REALISATION DES PROJETS ET LA CONTRIBUTION A L'EFFICIENCE DE L'ETABLISSEMENT

5.1. LA MISE EN ŒUVRE DES PROJETS SIH

La prise en compte des utilisateurs intervient en amont des choix de solutions informatiques. Cela passe par la mise en place de groupes de travail « ad hoc » qui peuvent notamment préciser leurs besoins. Il n'existe cependant pas d'indicateurs du niveau de satisfaction des utilisateurs du SIH.

Si les médecins font part d'une demande d'informatisation ancienne, ils semblent regretter être insuffisamment associés à l'analyse des besoins d'investissement à satisfaire, tout en reconnaissant manquer de compétences pour le faire de façon pertinente : « *même si on nous demande notre avis...j'ai refusé de le donner, ne me sentant pas capable d'en avoir un* ».

Les praticiens considèrent que l'usage du dossier informatique est « *lourd* » et d'accès peu ergonomique.

Désormais, le suivi de la mise en œuvre du schéma directeur des systèmes d'information relève de l'assemblée générale du GCS « Infotech36 ».

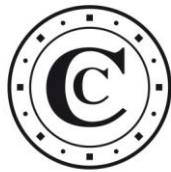
Plusieurs projets qui sont des composantes du système d'information ont d'ores et déjà été construits avec une approche territoriale et selon une dimension cherchant à conforter la logique de parcours. Il en est ainsi en ce qui concerne :

- L'informatique de gestion, à travers la mutualisation des outils paye ou la Gestion Economique et Financière (logiciel Cpage) et les serveurs associés, via le GCS « infotech36 ».
- L'élaboration plus globale d'un Schéma directeur du système d'information, commun aux établissements du territoire.
- La mutualisation du référent sécurité du système d'information avec le CH de Châteauroux.
- La convention avec le CHU de Poitiers pour les analyses biologiques en vue de permettre l'intégration des données issues du CHU au sein du système d'information du CH du Blanc.

La maîtrise d'ouvrage pour le déploiement des grands projets informatiques est essentiellement réalisée en interne, même si une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) extérieure a pu être sollicitée dans le cas du dossier patient informatisé. La maîtrise d'ouvrage



repose ainsi essentiellement sur le seul service informatique local, éventuellement épaulé par un comité de pilotage, et contrôlé par la direction.



La seule maîtrise d'ouvrage externe réalisée l'a été par la société « ANTESYS » à l'issue d'une procédure d'appel d'offres sur marché public afin d'accompagner le choix de déploiement du Dossier Patient Informatisé.

- Le choix a été effectué à l'issue d'une procédure adaptée et a retenu une offre d'un coût de 64 000 € HT. L'AMO a piloté le dialogue compétitif en concertation avec l'établissement et a rédigé les éléments « métiers ». Il co-anime également le comité de pilotage.

- Les critères de choix comptaient pour 30 % sur la valeur technique de la proposition et pour 70 % sur l'offre elle-même. Ce dernier critère était lui-même décomposé entre « *contenu, composition, présentation et qualité de l'offre* » pour 50 % et ensuite pour « *valeur de l'offre* » (40 %) et « *délai et souplesse* » (10 %).

- Aucun bilan formel n'a été réalisé, tout en sachant que la solution qui a été retenue avec l'aide de l'assistant à maîtrise d'ouvrage a pu entrer en production dans les délais convenus, donne globalement satisfaction et qu'il n'y a eu aucune difficulté majeure.

Le choix des outils informatiques retenus obéit à une dimension « hospitalo-territoriale » concertée tout en n'étant peu ouverte en direction de la médecine de ville.

5.2. L'ETUDE DE TROIS OPERATIONS SIGNIFICATIVES

Le faible nombre de projets informatiques menés a restreint le choix des projets qui pouvaient être présentés, néanmoins la diversité des trois projets ci-dessous développés et proposés par le centre hospitalier, permet d'en appréhender la réalité.

5.2.1. L'infrastructure serveur et stockage

Ce projet a été conduit uniquement par le service informatique. Le coût comme le temps de travail nécessaires à la mise en œuvre n'ont pas été comptabilisés. Le pilotage interne, l'organisation du déploiement et la participation aux différentes étapes techniques n'ont connu aucun retard.

De l'avis même de l'établissement, la réussite du projet tient à son caractère limité dans le temps et circonscrit dans l'espace puisque le projet n'a pas d'impact sur le processus métier. Ainsi, il n'a pas été confronté à une éventuelle inadéquation de la solution proposée par rapport à des besoins, ni n'a eu à connaître d'opposition liée à une quelconque résistance au changement.

5.2.2. Le Dossier Patient Informatisé

Conduit via un assistant à maîtrise d'ouvrage, comme indiqué plus haut, la quantification de l'intervention du prestataire externe est mesurée (68 jours pour 64 000 €).

Les principales difficultés proviennent du fait que le « petit » éditeur a fourni un produit « jeune » et peu stable, facteur de tensions et de retards, accroissant d'autant les résistances



au changement en interne. Cela est accentué par le fait que ce projet informatique conduit à s'interroger sur les organisations médicales en place.



La gestion de projet et l'intermédiation entre utilisateurs et éditeurs, réalisées par le service informatique, ont représenté une charge de travail lourde du fait de multiples sollicitations internes nécessaires pour « déboguer » des situations.

L'interfaçage des données administratives n'a pas posé, pour les informaticiens, de difficulté, contrairement à l'intégration de la biologie ou à celle des comptes rendus qui n'est pas encore commencée (choix en termes de priorité de la part de l'établissement).

Le déploiement s'étale ainsi sur un temps long et n'est pas encore achevé.

L'appréciation des soignants reste ambivalente puisque ce produit est considéré comme « sécurisant, tout en créant des risques ».

5.2.3. Mise en œuvre du logiciel Cpage GEF/ GRH

Ce projet, engagé dans le cadre de la mise en place de la direction commune avec le centre hospitalier de Châteauroux, a de ce fait été conduit dans un contexte particulier :

- D'après le responsable informatique, « *on n'a pas piloté le projet* », « *il nous a été imposé...et si nous avions été intégrés au départ, on aurait eu moins de soucis* ». En outre, sur certains aspects, les utilisateurs ont pu percevoir l'imposition de ce nouveau logiciel comme une réelle régression vis-à-vis de leurs pratiques antérieures.
- Le calendrier a été quelque peu « *forcé* » entraînant un manque de temps pour effectuer la reprise des données ou pour mieux « *définir le périmètre et l'insertion dans son environnement du logiciel* ».
- Il n'a pu être conçu comme un « projet d'équipe ».

Assurée par l'éditeur en phase initiale, la conduite du projet reste de la responsabilité du service informatique. Le prestataire a formé les équipes aux problématiques métier, les référents (cadres) l'ont été aux problématiques de paramétrages associées aux différents services et l'équipe informatique l'a été aux paramétrages techniques et de sécurité.

Deux retards importants concernent la partie Gestion économique et financière. Ils ont traités, d'une part, aux difficultés liées aux reprises de données (lenteur voire ressaisie manuelle obligatoire, très chronophage) et, d'autre part, à la livraison par l'éditeur avec 18 mois de retard de la version permettant un interfaçage avec le module de prescription.

Il s'en est suivi des retards dans le traitement des inventaires, dans les opérations de clôtures d'exercice ou dans l'élaboration des tableaux de bord, comme des difficultés dans la facturation des articles rétrocedés.

Les difficultés rencontrées dans l'accompagnement post-démarrage ont ainsi fait reposer sur le service informatique local nombre de tâches liées à l'introduction de ce logiciel telles que :

- La gestion globale du projet ;



- De multiples ressaisies ou contributions dans la fourniture de tableaux de données à réintégrer, de contrôles des données reprises à opérer, de formations des utilisateurs à mener ;



- Tout le contrôle, le pilotage et l'organisation de la mise en place des interfaces.

La réussite de ce projet, au contenu et au calendrier quasi imposé du fait de la mise en place de la direction commune, doit beaucoup à l'implication du service informatique interne.

Les difficultés sont principalement dues :

- A un éditeur, « dépassé par ses propres changements d'organisation et la gestion de ses nouveaux projets », « peu disponible quand nous avons des problèmes »..... « atteignant ses limites de compétences » ;
- A « une coopération jeune » qu'il a fallu roder ;
- A « un délai court laissant peu de temps à l'éditeur pour, par exemple, assurer la reprise de données » ;
- Au problème de dialogue entre les logiciels Cpage et ARCADIS, point perçu par les soignants.

Ces trois projets ont en commun le fait que les ressources internes mobilisées (en effectifs, en temps de travail ou en coûts) ne sont jamais quantifiées.

La rareté des moyens informatiques internes les oblige à une polarisation sur leur cœur de métier technique au détriment d'une formalisation d'indicateurs tant qualitatifs que quantitatifs destinés à mesurer les résultats obtenus ou les gains utilisateurs, à la suite de la réalisation du projet.

Cette rareté les rend tributaires et dépendants de la qualité des produits achetés « sur étagère », produits pas toujours aboutis et parfois insuffisamment accompagnés par les éditeurs. Le facteur temps est enfin une donnée insuffisamment maîtrisée.

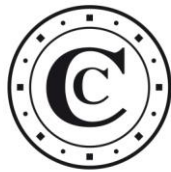
Malgré tout, le centre hospitalier conduit, en appui sur une maîtrise d'ouvrage externe, une informatisation qui contribue à standardiser et à sécuriser les processus métiers, ce qui est positivement perçu par les soignants ce qui facilite leur acculturation et leur adaptation à ces technologies.

5.3. LA CONTRIBUTION DU SYSTEME D'INFORMATION A L'EFFICIENCE DE L'ETABLISSEMENT

5.3.1. Le pilotage du système d'information par la performance

L'impact du SIH sur la productivité et la qualité des fonctions médicales ou administratives n'est pas évalué par l'établissement. Il n'y a pas, en général, d'études préalables à la mise en œuvre d'un projet, visant à analyser le retour sur investissement attendu. Il n'y a pas non plus de mesure des gains de performances obtenus à l'issue de la mise en œuvre du projet.

A minima, l'atteinte des objectifs mentionnés au cahier des charges est vérifiée pour valider le projet, par comparaison avec les coûts définis dans le bordereau de prix des marchés et au regard du respect des délais prévus.



Ces points valent pour l'organisation en place jusqu'à la mise en œuvre de la direction commune qui change le paradigme de fonctionnement du système d'information.

Le non-usage d'un système d'information performant est regretté, par exemple pour les secrétariats médicaux (absence d'agenda électronique, pas d'accès multipostes, pas de dictée numérique...), donnant à voir des acteurs conscients des gains d'efficience que peut générer un système d'information.

Les médecins perçoivent positivement le rôle d'une informatisation encouragée par la HAS qu'ils identifient comme un des acteurs structurant en la matière.

Une des difficultés majeure, mise en avant par l'ensemble des interlocuteurs, réside dans le fait que de façon volontaire « *l'informatique est utilisée pour changer l'organisation* ».

Les gains monétaires issus du déploiement du système d'information ne sont donc pas mesurés directement alors que son rôle structurant sur la prise en charge médicale est positivement appréhendé.

5.3.2. La contribution à la production de soins en liaison avec le médecin DIM.

Depuis le 1^{er} juillet 2014, le médecin DIM de l'hôpital de Châteauroux est mis à disposition, une journée par semaine, au centre hospitalier du Blanc. Il a donc un rôle extérieur, d'expert non associé aux instances, permettant de consolider l'action du seul technicien d'information médicale présent au sein de l'établissement. Les effectifs du service de l'information médicale représentent environ 0,5 % de ceux du centre hospitalier.

L'organisation de la collecte des informations médicales est théoriquement décentralisée au sein de chaque service, exceptée pour les coloscopies et en matière de chirurgie où elle est centralisée. Des décalages de perception apparaissent dans la mesure où, selon le président de la CME, « *les médecins ne codent pas, sauf quelques-uns qui constituent l'exception* », alors même que pour la direction des soins, « *les médecins codent* ».

Les missions du Département d'Information Médicale sont traditionnelles et couvrent les domaines suivants :

- Prise en charge de la collecte, circulation, et conservation de l'information médicale ;
- Contrôle de la qualité et mise à disposition de l'information médicale, tout en assurant l'optimisation de la facturation ;
- Aide à la décision et contribution à l'évaluation comme à la planification, même si cet item apparaît peu opérationnel dans les faits.

Ce département a vu naturellement son positionnement renforcé avec l'introduction de la tarification à l'activité (T2A), obligeant l'établissement à améliorer la qualité de son programme de médicalisation de son système d'information (PMSI) afin d'optimiser le codage de l'activité et de mieux la valoriser.





Le médecin DIM et les services informatiques travaillent ensemble, notamment dans la définition des priorités de déploiement du dossier patient informatisé ou encore dans la perspective d'informatiser les comptes rendus d'ici à la fin de l'année 2015.

Les données issues du système d'information sont peu utilisées pour orienter une production de soins qui, dans un petit établissement, cherche essentiellement à développer tout type d'activité sans faire quelque choix que ce soit.

5.3.3. La fiabilité des données produites et transmises

Les données administratives et médicales sont échangées au sein d'une solution intégrée.

En biologie, l'identification du patient est réalisée sur les automates via un système de codes à barres.

Le dossier médical du patient intègre également en temps réel les observations médicales, la biologie, les fiches pansements et la prescription.

Le logiciel DATIM (Détection des Atypies de l'Information Médicale) a été utilisé par l'établissement avant transmission des données et afin d'apporter les corrections nécessaires ; il est aujourd'hui remplacé par le logiciel OVALIDE.

Le technicien TIM contrôle également l'ensemble des dossiers et un contrôle qualité interne existe, garantissant la qualité des données.

Le délai moyen d'obtention d'une exhaustivité à 100 % du recueil des séjours est d'environ 60 jours, chaque transmission mensuelle atteignant un taux d'exhaustivité de l'ordre de 98 à 99 %. Les arguments présentés pour justifier les retards de codage sont traditionnels : « *priorité à l'activité clinique, manque de temps, ne relève pas de ma compétence* »....même s'il apparaît que les praticiens élaborent l'information en quasi temps réel.

Toutes ces informations sont traduites sous forme d'indicateurs rassemblés dans des tableaux de bord mensuels à destination de la direction. Les indicateurs retenus sont ceux choisis comme pertinents dans le cadre de l'élaboration du Plan de Retour à l'Equilibre Financier ou du Projet Médical de Territoire. Ces données sont partagées et accessibles à tout l'encadrement qui a accès au serveur. Leur analyse est effectuée régulièrement en réunions dédiées.

Telles sont les observations définitives que la chambre régionale des comptes du Centre- Val de Loire a souhaité porter à la connaissance du centre hospitalier du Blanc.



6. GLOSSAIRE

ANFH	Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
ARS	Agence régionale de santé
AMO	Assistance à maîtrise d'ouvrage
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPS	Carte professionnelle de santé
DIM	Département d'information médicale
DMP	Dossier médical patient
DPI	Dossier patient informatisé
FIDES	Facturation individuelle des établissements de santé
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GEF/GRH	Gestion financière/gestion des ressources humaines
HAS	Haute autorité de la santé
HN	Hôpital numérique
MIRC	Mutualisation des images médicales en région centre
PMSI	Programme de médicalisation de son système d'information
PRAI	Plan de reprise d'activité informatique
SDSI	Schéma directeur des systèmes d'information



SIH

Systemes d'information hospitaliers



7. ANNEXES

ANNEXE 1 : PROCEDURE

Le tableau ci-dessous retrace les différentes étapes de la procédure telles qu'elles ont été définies par le code des juridictions financières (articles L. 243-1 à L. 243-6) :

Objet	Dates	Destinataires	Dates de réception des réponses éventuelles
Envoi de la lettre d'ouverture de contrôle	6 février 2015	Mme Joëlle Gabilleau, ancien ordonnateur du CH du Blanc M. Lionel Desmots, directeur de la direction commune, directeur du CH de Châteauroux	
Entretien préalable	10 novembre 2015	Mme Evelyne Poupet, nouvelle directrice du CH de Châteauroux depuis le 17 octobre 2015 Mme Corine Marbot-Fauconneau, directrice du site du CH du Blanc, mandatée par Mme Gabilleau et par M. Desmots	
Délibéré de la chambre	3 décembre 2015		
Envoi du rapport d'observations provisoires (ROP)	31 décembre 2015	Mme Evelyne Poupet, nouvelle directrice du CH de Châteauroux depuis le 17 octobre 2015 Mme Joëlle Gabilleau, ancien ordonnateur du CH du Blanc M. Lionel Desmots, directeur de la direction commune, directeur du CH de Châteauroux	Le 26 février 2016 (Mme Poupet et M. Desmots) Mme Gabilleau a indiqué ne pas vouloir faire d'observation
Délibéré de la chambre	15 mars 2016		
Envoi du Rapport d'observation définitive (ROD1)	3 mai 2016	Mme Evelyne Poupet, nouvelle directrice du CH de Châteauroux depuis le 17 octobre 2015 Mme Joëlle Gabilleau, ancien ordonnateur du CH du Blanc M. Lionel Desmots, directeur de la direction commune, directeur du CH de Châteauroux	Sans réponse Sans réponse Sans réponse



Suivi budgétaire des charges de personnel. Budget H. Mois de décembre 2012

Chapitre	EPPD	Prévision et réalisation du mois					Prévision et réalisation en cumul					Projection		Comparaison N/N-1	
		Budget mois	Réel mois	Ecart €	Variation %	Budget cumulé	Réel cumulé	Ecart €	Variation %	Probable fin d'année? €	Réel N-1 €	Variation N/N-1 %			
621	Personnel extérieur à l'établissement	457 000 €	264 512 €	401 794 €	137 282 €	5,190%	456 979 €	541 233 €	84 254 €	18,44%	541 238	502 002 €	7,81%		
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts) (sauf 639)	974 535 €	56 320 €	49 970 €	6 350 €	-1,128%	974 535 €	965 007 €	8 528 €	-0,88%	966 007	976 614 €	-0,68%		
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes) (sauf 639)	296 295 €	28 871 €	32 413 €	3 542 €	12,27%	296 295 €	295 924 €	371 €	-0,13%	295 924	295 260 €	0,22%		
641	Rémunérations du personnel non médical (sauf 6411, 6413, 6415 et 6419)	195 000 €	31 668 €	19 054 €	12 614 €	-39,83%	195 000 €	163 639 €	31 361 €	-16,08%	163 639	193 657 €	-15,50%		
6411	Personnel titulaire et stagiaire	6 669 893 €	812 151 €	834 440 €	22 290 €	2,74%	6 669 893 €	6 624 615 €	45 278 €	-0,68%	6 624 615	6 717 012 €	-1,38%		
6413	Personnel sous contrats à durée indéterminée (CDI)	519 355 €	44 472 €	41 625 €	2 847 €	-6,40%	519 355 €	503 972 €	15 383 €	-2,96%	503 972	493 294 €	2,16%		
6415	Personnel sous contrats à durée déterminée (CDD)	395 875 €	34 422 €	59 521 €	25 100 €	72,92%	395 875 €	493 631 €	97 756 €	24,69%	493 631	440 056 €	12,17%		
642	Rémunérations du personnel médical (sauf 6421, 6422, 6423, 6425 et 6429)	290 503 €	58 420 €	51 810 €	6 610 €	-11,31%	290 503 €	345 939 €	55 436 €	19,08%	345 939	271 903 €	27,23%		
6421	Praticiens temps plein et temps partiel	842 424 €	74 078 €	70 333 €	3 745 €	-5,06%	842 424 €	877 811 €	35 387 €	4,20%	877 811	899 503 €	-2,44%		
6422	Praticiens attachés renouvelables de droit	60 657 €	5 084 €	974 €	4 110 €	-80,73%	60 657 €	40 254 €	20 402 €	-33,64%	40 254	60 657 €	-33,60%		
6423	Praticiens contractuels sans renouvellement de droit	634 249 €	72 866 €	36 029 €	33 937 €	-49,32%	634 249 €	495 406 €	138 843 €	-21,89%	495 406	545 404 €	-9,16%		
6425	Premières de soins	550 000 €	114 164 €	81 945 €	32 319 €	-28,31%	550 000 €	500 559 €	49 441 €	-8,99%	500 559	540 051 €	-8,50%		
6451	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel non médical (sauf 64519)	2 630 068 €	220 735 €	221 044 €	309 €	0,14%	2 630 068 €	2 629 075 €	994 €	-0,04%	2 629 075	2 662 233 €	-1,23%		
6452	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel médical (sauf 64529)	766 013 €	83 388 €	61 682 €	21 706 €	-26,03%	766 013 €	714 159 €	51 854 €	-6,77%	714 159	740 969 €	-3,82%		
6471	Autres charges sociales - personnel non médical (sauf 64719)	179 282 €	20 526 €	19 921 €	605 €	-2,95%	179 282 €	177 035 €	2 247 €	-1,25%	177 035	180 269 €	-1,79%		
6472	Autres charges sociales - personnel médical (sauf 64729)	11 010 €	1 017 €	762 €	255 €	-25,11%	11 010 €	10 668 €	342 €	-3,11%	10 668	10 626 €	0,40%		
648	Autres charges de personnel (sauf 6489)	1 683 €	296 €	616 €	320 €	108,25%	1 683 €	2 940 €	957 €	56,89%	2 940	1 690 €	60,02%		
Total Titre 1		15 473 841 €	1 953 942 €	1 984 730 €	30 788 €	1,98%	15 473 841 €	15 382 587 €	91 254 €	-0,59%	15 382 587	15 534 191 €	-0,98%		

Compte

1 984 730

15 382 587

15 382 611

15 534 191



« La société a le droit de demander compte
à tout agent public de son administration »
Article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

L'intégralité de ce rapport d'observations définitives
est disponible sur le site internet
de la chambre régionale des comptes du Centre-Val de Loire
www.ccomptes.fr/Centre-Val-de-Loire

Chambre régionale des comptes du Centre-Val de Loire

15 rue d'Escures

BP 2425

45032 Orléans Cedex 1

Tél. : 02 38 78 96 00

www.ccomptes.fr/Centre-Val-de-Loire