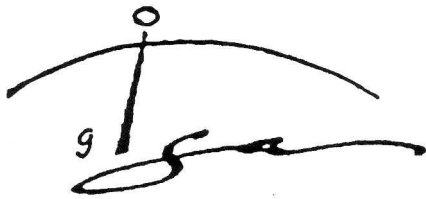


République française



Inspection Générale des Affaires Sociales

Mission d'audit de l'informatique
Hospitalière et d'évaluation de la
Politique publique en ce domaine

Rapport final

Rapport de synthèse

Mission dirigée par Claude GUBLER Inspecteur général des affaires sociales

Rapport présenté par Pascal PENAUD inspecteur à l'inspection générale des affaires sociales

*Code mission 940118
Rapport n° 95012 B
Date janvier 1995*

Le présent rapport 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.

La description précise de la méthodologie et des investigations menées figure en annexe 1. Des missions ont été menées dans plus de cinquante sites hospitaliers et sociétés de service. L'IGAS a évalué les structures de régulation (DH et CIHS) et fait l'audit du projet REFERENCE. Le groupe projet a mené de nombreux entretiens, complétés par une enquête auprès des services déconcentrés de l'État, une enquête auprès d'un échantillon de directeurs d'établissements et de présidents de CME, l'exploitation anticipée de l'enquête DH sur l'informatique hospitalière, ainsi que par deux monographies concernant la Grande Bretagne et l'Allemagne. L'ensemble de ces travaux intermédiaires ont donné lieu à des rapports écrits dont la liste figure en annexe 2.

La mission a été menée sous la direction du Docteur GUBLER, Inspecteur Général des Affaires Sociales. Sa conduite opérationnelle a été effectuée par un groupe projet composé de Martine LABROUSSE, directeur délégué du CNEH, et Pascal PENAUD, inspecteur à IGAS. Certaines investigations sur le terrain ont été faites par l'IGAS seule. Les autres ont été conduites dans le cadre de missions d'audit, placées sous la direction du prestataire retenu, la société BOSSARD Consultants mais associant des inspecteurs de l'IGAS. Le prestataire en a assuré la synthèse.

Un comité de pilotage composé du Chef de service de l'Inspection Générale, du Directeur des Hôpitaux, du Président et des deux Vice Président du CIHS, du directeur général du CNEH a validé le protocole d'enquête et le choix du prestataire. Il a supervisé le déroulement du projet.

Ainsi que le prévoit le protocole d'enquête le présent rapport est présenté sous le timbre exclusif de l'IGAS. Les recommandations sont regroupées en annexe 4.

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

2.3. La cohérence du système d'information n'a pas progressé

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 a 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

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

Face à ce qui était vu comme un blocage dans un secteur secondaire il a été décidé d'alléger la tutelle et de faire appel à des mécanismes 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

Le dispositif mis en place en 1982 semblait ne pas avoir fait la preuve de son efficacité et était fortement critiqué par les représentants institutionnels des EPS dans le cadre d'une demande globale de diminution de la tutelle. Il existait une volonté politique de répondre favorablement à cette demande.

▪ Le système de 1982 organisait l'offre et la tutelle sur les EPS

En 1982 afin de remédier à un blocage de l'offre et aux inégalités constatées dans l'informatisation des établissements il avait été décidé d'organiser l'offre de logiciels et de services informatiques aux hôpitaux. Dans un contexte technique qui imposait un lien entre matériel et logiciel le dispositif mis en place était cohérent.

Les offres de logiciels, principalement de gestion administrative, étaient labellisées en fonction de la taille des EPS (gros, moyens et petits). Elles émanaient de producteurs hospitaliers, les centres régionaux d'informatique hospitalière (CRIH), budgets annexes des CHR. Ce principe souffrait des exceptions. Les produits nationaux (Graph et Sigma) et ceux de la filière STAF étaient proposés par la DII du CNEH. Deux offres privées pour petits établissements avaient été labellisées.

Les EPS devaient formuler un choix de filière dans le cadre d'un plan informatique régional et avoir recours aux services du CRIH de leur région pour se procurer des logiciels et des services informatiques.

La tutelle sur les EPS, exercée directement par la DH, au travers du passage en commission ministérielle de l'informatique de santé (COMIS) des dossiers des EPS, (notamment d'achat de matériel), permettait de mettre en œuvre cette politique. Une de ses conséquences était le partage du marché entre les constructeurs dont le matériel supportait les filières.

Un fonds mutualisé était destiné à financer les développements et géré par le conseil de gestion de l'informatique hospitalière (CGIH) tandis qu'au sein du CNEH était créée une agence pour le développement de l'informatique hospitalière (ANDIH) dont un des rôles était l'évaluation des logiciels.

- Il était en 1989 vécu comme bloqué

Le bilan de cette politique n'a pas été fait. Les raisons pour lesquelles le développement de produits destinés aux unités de soins était limité n'ont pas été analysées. Toutefois un consensus se faisait sur le blocage du système qui était critiqué, notamment en ce qui concerne la gestion du fonds mutualisé, tandis que la situation du CNEH, démembrement de l'administration, était réévaluée sous la pression de la direction du budget.

- Peu assurée de son action l'État a choisi de satisfaire, sur ce sujet qui apparaissait second, la demande d'autonomie des EPS

La direction des hôpitaux n'a pas défendu le maintien de ce dispositif, étant peu assurée de la qualité de son action, décrite comme une "politique de guichet", non conforme aux textes sur la déconcentration, peu efficace pour orienter les grands établissements et tatillonne à l'égard des petits. Elle n'a pas étudié de solutions d'évolution du système, par exemple pour transformer la tutelle en contrôle a posteriori mais conserver la labellisation.

Le sujet apparaissait d'ailleurs comme peu important dans un contexte de difficultés à maîtriser les dépenses. C'était un moyen de répondre à une demande d'allègement de la tutelle, mettant fin à une situation peu défendable, sans mettre en péril les impératifs globaux de régulation.

Le système d'information et l'informatique n'ont pas été considérés comme des éléments stratégiques pour une politique de santé. Ils ont été vus comme un problème de gestion interne aux EPS qui, dans le cadre d'un allègement global de la tutelle, nécessitait le moins possible d'intervention de l'administration d'État. Pour les responsables de l'action publique même si l'on ne peut se dispenser de réaffirmer la nécessité d'un système d'information cohérent le dossier n'est pas stratégique. Une seule partie du système d'information est considérée comme intéressante, celle qui au travers du PMSI décrit l'activité. Dans ce domaine, au contraire, des moyens d'accompagnement sont dégagés et l'État cherche à imposer des normes aux établissements, y compris au plan technique, afin d'assurer la cohérence nationale des données.

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

- L'autonomie des EPS et la cohérence nationale du système d'information hospitalier sont les deux orientations majeures du dispositif

La circulaire de 1989 a fixé deux orientations principales : assurer la cohérence au plan national du système d'information hospitalier et permettre aux établissements l'adoption de solutions de leurs choix. Elle affirme la responsabilité des établissements dans le choix des matériels et des logiciels. La suppression de la tutelle a priori constitue la rupture principale avec la politique définie en 1982. Les établissements peuvent "décider de continuer ou non d'adhérer au CRIH auquel ils sont liés actuellement ou d'adhérer ou non à un autre CRIH auquel ils sont liés actuellement et d'adhérer ou non à un autre CRIH et

de bénéficier de certaines des prestations par voie de convention".

La circulaire de 1989, complétée par celle de 1991, définit des actions à entreprendre pour atteindre les objectifs visés par les orientations principales.

Les besoins d'informatisation à moyen terme doivent être planifiés. "Un schéma directeur informatique au service du système d'information de l'hôpital" doit être mis en œuvre dans les établissements. La circulaire de 1991 fera référence à un schéma directeur du système d'information sans que les conséquences de ce changement soient explicitées.

L'administration centrale doit normaliser la nature, le format, les modalités de transmission des informations obligatoires dans un certain nombre de domaines. Les systèmes informatiques devront respecter ces normes, tant dans la production des données que dans leur transmission à leurs partenaires. Un rôle de contrôle est prévu pour les services déconcentrés dans la circulaire de 1991.

Le Conseil de l'Informatique Hospitalière et de Santé (CIHS) est créé par la circulaire de 1991 qui lui donne pour rôle de conseiller le Ministre et de gérer le fonds mutualisé, son secrétariat est confié au CNEH.

Le ministère aidera à l'élaboration de logiciels par la réalisation de cahiers des charges, la concertation entre l'administration centrale et les partenaires hospitaliers concernés qui ; portera notamment sur la résolution des problèmes juridiques, la mise en place d'un fonds mutualisé pour financer des projets innovants.

Les actions de formation des utilisateurs et des techniciens de l'informatique seront développées. La circulaire ne précise pas si cette formation concerne aussi les responsables du management de l'informatique.

Le rôle des RSIO est affirmé tout en précisant que leur mise en place est fonction de la taille et des moyens humains dont dispose l'hôpital. Des ratios sont donnés à titre indicatif par la circulaire.

La création d'une structure de gestion de l'information médicale qui prendra la forme d'un département de l'information médicale dans les établissements disposant d'au moins 200 lits de court séjour est rappelée. Des moyens dédiés à la création de ces DIM ont par ailleurs été donnés aux établissements dans le cadre plus général du PMSI.

Bon nombre de ces actions sont dans la continuité des actions définies par la circulaire de 1982 ou celles relatives à la mise en place du PMSI. Elles ne constituent pas des ruptures par rapport à la politique antérieure, mais elles s'inscrivent dans un contexte radicalement différent qui en modifie le sens.

- **Les circulaires placent au même niveau des objectifs, des mécanismes permettant de les atteindre et des actions à mener**

Les objectifs de santé publique ou de politique sanitaire ne sont pas totalement absent du dispositif mais ils ont un caractère second dans les développements et sont réduits : l'affirmation de l'utilisation de l'informatique comme un investissement de productivité.

On peut distinguer deux grands objectifs affirmés, la cohérence du système, d'information et le développement d'une offre nouvelle à destination des services de soins.

Un mécanisme pour obtenir cela est clairement indiqué il s'agit de l'autonomie des EPS. Un autre apparaît en filigrane, l'ouverture à la concurrence dont il n'est pas officiellement précisé si elle concerne les acteurs publics entre eux ou l'apparition d'acteurs privés. La concomitance de la circulaire avec la dévolution au secteur privé de la DII du CNEH limite toutefois les doutes sur ce point.

- **L'autonomie des établissements et des mécanismes concurrentiels devaient suffire à atteindre les objectifs visés**

L'autonomie de choix des établissements, doit selon la circulaire "stimuler le marché de l'informatique hospitalière et proposer des solutions concurrentielles répondant au multiples besoins des hôpitaux". Pour l'IGAS l'importance du recours au marché est plus grande que cette simple phrase pourrait le laisser penser.

Sans que cela soit clairement écrit, l'idée que l'organisation de l'offre n'était plus nécessaire a prévalu. La suppression des contraintes était vue comme le moyen de voir apparaître des produits de qualité, couvrant des fonctionnalités nouvelles, au moindre coût puisque l'offre privée prendrait en charge le financement d'une partie des investissements. Les structures hospitalières productrices trouveraient d'elle même leur voie. Même si certaines d'entre elles devaient disparaître la plupart évolueraient sous la pression de la mise en concurrence.

Le terme de marché est d'ailleurs utilisé de manière ambigu car il n'est jamais précisé si par marché on entend la mise en place de mécanismes concurrentiels entre offreurs publics ou le transfert de l'offre vers des acteurs privés.

On ne peut douter que les opinions des décideurs et acteurs de l'époque étaient divers voire contradictoires. Faute d'une analyse menée en terme de politique industrielle il est difficile de savoir si l'objectif était de soumettre les centres producteurs publics à une concurrence destinée à les faire évoluer, ou si la dévolution de la DII aurait été, si elle avait été moins difficile, le premier pas d'une privatisation de l'offre et de la disparition des producteurs publics.

La mission n'a pu trouver trace de réflexions sur ce sujet préalables à la définition de la politique publique. En particulier il n'a pas été traité de la nature des prestations qui devaient continuer à être assurées par des structures publiques et de celles qui relevaient du

secteur privé. Il est à craindre que les difficultés de la dévolution de la DII aient paralysé toute possibilité de réflexion saine et non passionnée sur le sujet. Elles ont en tout état de cause stoppé tout autre projet de dévolution d'une offre hospitalière au secteur privé.

Le postulat d'un enrichissement de l'offre par une multiplication et une plus grande concurrence entre les offreurs, publics et privés est posé en tant que tel, il n'est jamais réfléchi aux conditions nécessaires pour qu'effectivement un marché se mette en place.

- **Dans ce contexte les objectifs dont la mission a évalué la réalisation sont le développement de l'offre et la cohérence du système d'information :**

Des constats faits par la mission dans son analyse de la préparation des textes et de la manière dont la direction des hôpitaux a conduit son action on pourrait tirer l'idée que l'autonomie des EPS était l'objectif final; le reste étant des préoccupations secondes ou un simple affichage.

La mission estime que cette interprétation n'est pas exacte. Même si le système d'information et l'informatique des EPS n'ont pas été pour l'État un élément important de la politique de santé et de régulation du système hospitalier la politique de 1989 avait deux objectifs : l'un était de remédier au blocage de l'offre et de mettre en place un système permettant d'accroître la couverture fonctionnelle, l'autre était de maintenir la cohérence du système d'information. La mission a donc centré son évaluation sur la réalisation de ces deux objectifs.

Une action de l'État n'était pas le moyen choisi pour les atteindre. L'autonomie des EPS, d'une part, l'ouverture du marché et le développement de l'offre que ferait inévitablement naître la mise en concurrence des producteurs publics étaient les mécanismes qui devaient permettre d'atteindre le but recherché.

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

- Les facteurs technologiques ont créé des difficultés aux établissements et aux centres producteurs

Entre 1989 et 1993 deux évolutions ont marqué les technologies informatiques. L'usage de la bureautique et des postes de travail de type PC fortement progressé. La vente de ces matériels a représenté, en 1993, 60% des ventes mondiales de matériel. Les "systèmes ouverts" (système d'exploitation UNIX, systèmes de gestion de base de données relationnels, SGBDR) se sont développés dans le domaine de la gestion.

Ces deux faits marquants ont posé des problèmes qui sont inégalement résolus dans l'ensemble des secteurs économiques, la maîtrise et la gestion de la généralisation de la bureautique, d'une part, l'adaptation des compétences des équipes de développement aux nouveaux environnements, d'autre part. De nombreux secteurs sont confrontés au problème de l'évolution d'un patrimoine applicatif important développé sur des systèmes propriétaires avec des technologies anciennes, maintenant dépassées mais qui assurent leur fonctionnement quotidien.

L'évolution du secteur hospitalier est à cet égard en phase avec celle du marché et du secteur public dans son ensemble, aussi bien dans les réalisations qu'en ce qui concerne les problèmes rencontrés.

- Le rythme d'évolution est marqué par celui du renouvellement des équipements

Bien que financée pour une large part sur des crédits de fonctionnement, l'informatisation d'un secteur d'activité relève principalement d'un processus d'investissement pour une large part immatériel, car les coûts organisationnels et humains de mise en place représentent une proportion importante du coût total réel des projets.

En dépit de la baisse du coût des unités centrales, largement compensée par l'accroissement du nombre des postes de travail et la mise en place de réseaux, les coûts d'investissements sont importants. Us suivent un rythme de renouvellement financier qui est sans rapport avec celui du progrès technique. De manière pratique les changements de solutions logicielles sont souvent réalisés aux périodes de fin d'amortissement ou de crédit bail des unités centrales qui supportent les anciens produits. Le choix fait alors engage l'établissements pour une longue période.

Ce facteur a sans aucun doute ralenti l'impact des renouvellements. Cela a limité le marché ouvert aux nouvelles offres qui sont apparues. Cela a diminué les perspectives de marché et donc de retour sur investissement pour des investisseurs potentiels.

- Les actions à la charge de l'État ont été peu mises en œuvre

Considérant son rôle comme subsidiaire à la régulation opérée par le CIHS la DH a eu une action limitée et n'a pas mis en œuvre les actions prévues par la circulaire qui auraient eu des effets contraignants pour les EPS. Le contrôle a posteriori des services déconcentrés n'a pas été organisé. Le système d'information ministériel et les contraintes de fourniture d'information données aux EPS n'ont pas été définis.

L'action menée a été limitée, notamment par un fonctionnement défectueux de l'administration centrale. La formation des RSIO s'est arrêtée sans que la DH provoque sa reprise, la production de l'enquête sur l'informatique hospitalière a connu d'importants retards, les responsabilités que la dévolution donnait à la DH n'ont pas été assumées.

Les principales actions sur la période a été la mise en place, difficile, du nouveau dispositif institutionnel et la dévolution de la DII.

- La régulation "non autoritaire" confiée au CIHS a été mise en oeuvre avec retard et les effets positifs qu'on peut en attendre apparaîtront au plus tôt en 1995

Mis en place avec retard le CIHS a connu de longs délais de démarrage. De ce fait il est difficile de porter un jugement sur son action.

Indéniablement structure de régulation, le CIHS est, grâce à la gestion du fond mutualisé, au carrefour de l'information sur ce secteur, ce qui n'est plus le cas de la direction des hôpitaux. Son secrétariat est confié à une structure privée, positionnée maintenant comme un bureau d'études et non plus comme un démembrement de l'administration. Cela est critiquable.

Le rôle de conseil auprès du Ministre n'a été ni sollicité, ni spontanément rempli en dépit de dossier qui sur la période l'aurait mérité. Il l'a été pour la première fois, sur le sujet de la paie hospitalière, à la suite de l'évaluation de son action par l'IGAS.

Il était trop tôt à la date de la mission pour porter un jugement sur l'impact de gestion du fonds mutualisé, mais, en dépit de l'interprétation large donnée à ce mot, la restriction à l'innovation ne permet pas au CIHS de traiter des problèmes fondamentaux de l'évolution de l'offre. On peut toutefois en attendre un effet positif du fait de la clarification de la position des offreurs qu'entraînent les appels à projets.

- La totalité de la politique a été retardée par les péripéties de la dévolution de la DII

Il est bien entendu difficile de mesurer le poids des péripéties de la dévolution de la DII. De ses entretiens et de la connaissance qu'elle a acquise du secteur la mission estime que les impacts psychologiques ont été forts et expliquent que le sujet de l'informatique hospitalière ait été tacitement laissé de côté une fois la dévolution effective.

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

- Le service rendu par l'informatique s'est amélioré mais en dehors de l'administration les besoins demeurent faiblement couverts

L'augmentation de la couverture fonctionnelle est réelle mais faible dans le contexte général de l'informatisation des années quatre-vingt dix. Dans le domaine administratif la couverture, déjà forte, a progressé mais les applications restent plus tournées vers la production de documents administratifs que vers la véritable gestion notamment dans ses aspects prévisionnels. Ainsi les dirigeants des EPS ne disposent le plus souvent pas de données de pilotage administratif issues de systèmes de gestion informatisés.

Dans le domaine médico-technique la progression est nette mais principalement due à celle des laboratoires seul domaine où l'informatisation est forte. Dans le domaine logistique les taux d'utilisation demeurent faibles.

Cette progression est due l'addition de modules peu intégrés entre eux. Au sein même de la gestion administrative cela rend difficile de disposer d'informations de pilotage. La communication est faible avec cc qui peut exister dans les unités de soins. L'identifiant permanent du patient est rarement opérationnel dans les applications de gestion administrative.

- Les apports à l'informatisation des services de soins sont limités et il y a un risque d'un blocage dans ce domaine

Dans les unités de soins la progression est principalement due à l'implantation du PMSI et de la bureautique et peu à des applications nouvelles. Cela limite l'impact de ce progrès pour les acteurs de terrain qui considèrent le PMSI non comme un outil opérationnel de fonctionnement mais comme un outil de pilotage.

Une attention particulière a été portée à ce sujet (Rapport détaillé. Constats. 1.14). La mission a relevé des différences importantes sur la problématique de l'informatisation de l'unité de soins et de très importants facteurs de blocage de ce processus.

L'approche par l'informatisation du dossier médical, sur laquelle les médecins "seniors" mettent plus l'accent rencontre des difficultés importantes, en dépit de quelques succès notables. Parallèlement une informatique de communication, 'plus adaptée aux besoins des soignants et des médecins "juniors", se met lentement en place.

Les facteurs de blocage sont forts dans un domaine où le succès ne dépend pas de la modernité des outils techniques mais des facteurs organisationnels et de la conduite des projets. Les exemples étudiés montrent des réussites fondées sur des produits techniquement obsolètes et d'ergonomie rustique et l'échec, ou les très grandes difficultés, de projets novateurs au plan technique mais mal conduits.

Les projets des établissements concernent principalement le domaine administratif.

La priorité affichée dans le discours pour l'informatisation des services médico-techniques et des services de soins se traduit peu dans des projets précis. - .

Il est à craindre que les impératifs financiers ne servent de justification à l'inaction dans ce domaine. Un consensus se fait pour affirmer que l'informatisation des unités de soin_ nécessitera d'accroître la part relative des crédits informatiques. Or les EPS ne prévoient pas d'accroître leur budget et la mise à niveau des applications administratives nécessite de: investissements. Pourtant la mission a constaté des exemples - trop rares - d'informatisation largement répandue dans les unités de soins dans le cadre d'un budget informatique se situant dans la moyenne des établissements de la même catégorie.

▪ L'offre s'est diversifiée et renouvelée au seul plan technique

Les centres producteurs publics et quelques offreurs privés se sont livrés à une concurrence qui les a conduit à développer des solutions nouvelles, au plan technique, mais apportant peu de fonctionnalités supplémentaires. Les offres se sont multipliées mais si le nombre de logiciels recensés augmente, le marché se segmente et les produits nouveaux ont un nombre de références limitées. Cette diversification et cette segmentation se constatent dans le domaine médico-technique. Pour ce qui concerne l'unité de soins le produit le plus diffus est ancien et couvrirait 5% des unités de soins.

L'offre privée, en dehors de Cap Sesa Informatique Hospitalière (CSIH, reste marginal et les industriels n'ont pas investi.

L'offre privée est apparue avec deux nouvelles offres qui touchent 3% des établissements et des références isolées pour des solutions privées adaptées à un contexte hospitalier. Les implantations de progiciels étrangers ont été des échecs ou ne se sont pas diffusées dans les cas isolés de réussite audités.

La seule offre privée de poids est celle de Cap Sesa Informatique Hospitalière. CSIH a acquis, du fait de la dévolution, un parc important, celui des EPS STAF (soit environ 15% du marché). Cette société mène une stratégie intelligente dans le cadre du projet REFERENCE qui pourrait dans les deux années à venir lui donner un avantage concurrentiel important.

Dans le système de 1982 les constructeurs participaient au financement d'offres nouvelles dont la diffusion allait accroître leur chiffre d'affaires. Dans un contexte de système ouvert cet investissement n'est plus évident car il n'y a pas de garantie de retour, surtout si l'on applique le code des marchés publics. Seuls les constructeurs qui ont une part de marché défendre ont un intérêt, pour des raisons commerciales et en fonction de la marge que génère ce parc, à poursuivre ce comportement.

On aurait pu penser que les sociétés de services prendraient le relais. Cela n'a été cas que de sociétés qui avaient déjà ou acquis une part de marché, du fait de la dévolution pour CSIH, dans le secteur hospitalier ou dans le secteur voisin des cliniques pour les de autres offreurs. Pour les autres en effet les perspectives de retour sur investissement, en raison de la concurrence des centres producteurs et du comportement des EPS, ont été jugées très aléatoires. L'investissement suppose l'existence préalable d'une part de marché suffisante.

On notera ainsi la tentative de construction d'une offre pour grands établissements sur la base de l'intégration et de la refonte de produits d'origine diverses constitué cri réponse à des appels d'offres précis.

Les projets des CHR ont constitué des opportunités commerciales à court terme pour les partenaires SSII et constructeurs. Il ressort des entretiens menés avec les responsables de ces sociétés que, à une exception près, ils n'ont pas envisagé de commercialiser ces produits soit pour des raisons de stratégie, soit en raison des incertitudes sur l'ouverture du marché et des investissements qu'impliquerait la commercialisation d'une version progicielle des logiciels réalisés.

- Les investissements engagés par les CHR dans des projets de refonte ou de développement d'applications n'ont pas débouché sur de nouvelles offres largement diffusées

Des CHR ont engagé des investissements importants pour développer une nouvelle solution ou refondre une offre existante. Les investissements engagés sont compris entre quelques dizaines et plusieurs centaines de millions de francs. Ces investissements ont été engagés par ces établissements afin de répondre à leurs besoins spécifiques. Ils concernent aussi bien la gestion administrative que celle des unités de soins.

Ils ont été conduits avec la participation importante d'une SSII ou d'un constructeur. Les logiciels ainsi réalisés n'ont connu que des diffusions très restreintes en dehors de leur initiateur.

- Au total l'offre logicielle s'est émiettée mais elle s'est peu enrichie

L'émiettement de l'offre est évident. La concurrence entre producteurs publics et l'autonomie des EPS n'ont pas conduit au développement d'offres couvrant des secteurs nouveaux mais au redéveloppement concurrent d'offres de gestion administrative, qui utilisent des techniques plus modernes, mais apportent peu de fonctionnalités supplémentaires aux utilisateurs.

Cette situation n'est pas sans rappeler celle de la fin des années 1970 où en raison du blocage institutionnel et faute de l'émergence d'une offre nationale de logiciels transactionnels, plusieurs CRIH s'étaient engagés concurremment dans le développement de solutions dans ces domaines, chacun ne disposant que des moyens pour réaliser un produit spécifique à diffusion au mieux régionale.

Des facteurs de renouvellement de la nature des offreurs sont apparus au travers de deux offres venant du secteur privé et de l'adaptation au secteur hospitalier de progiciels venant d'autres activités économiques. Mais là encore il s'agit quasi exclusivement de gestion administrative.

En dehors de l'informatique administrative les avancées dans les services médico-techniques existent mais elles ne sont très sensibles que dans un nombre limité de domaines.

Pour ce qui est des unités de soins, les progiciels étrangers n'ont pas réussi, à une exception près, à s'implanter dans les cas audités par la mission et leur développement semble stoppé en l'absence de références. L'offre nouvelle est faible et très segmentée.

▪ Une seule démarche novatrice est apparue : celle du GIE REFERENCE

Le projet REFERENCE est dans son principe particulièrement intéressant. Il ne se propose pas de construire une offre nouvelle mais de susciter plusieurs offres autour d'un noyau assurant la cohérence du système d'information des EPS. Il est, en ce sens, totalement différent des autres projets ou offres examinés au cours de l'audit

L'existence du noyau permet aujourd'hui au plan technique d'envisager l'existence d'une offre diversifiée respectant une cohérence entre les systèmes d'information des différents établissements. Pour cette raison le projet REFERENCE est totalement différent des autres projets qui visent à développer une offre nouvelle et laissent à chaque établissement le soin de régler le problème de son interfaçage ou de sa cohabitation avec d'autres produits. Cette perspective est particulièrement intéressante pour les autorités en charge de la régulation qui trouvent, dans le noyau, la possibilité de tester en vraie grandeur le système d'information dont elles souhaitent disposer.

Cependant l'analyse de la stratégie des acteurs et la très réelle insuffisance des actions du GIE destinée à assurer la diversification des offres conduisent la mission à considérer que le scénario le plus probable est celui d'une offre dominante de CSIH, concurrencée avec plus ou moins de bonheur par une offre publique

La taille potentielle du marché des applications labellisées REFERENCE est un facteur crucial et le marché des EPS préfinanceurs est insuffisant pour élargir la concurrence à plus de deux acteurs dans le domaine de la gestion administrative. Cette taille réserve à d'autres offreurs un positionnement sur des "niches". La situation est sans doute différente dans le domaine de l'unité de soins où il sera impossible à de nombreux EPS de retenir un fournisseur unique et de l'imposer à tous les services.

Le manque d'actions effectives pour élargir la gamme des prestataires est, au minimum de nature à donner l'image d'un projet peu ouvert et d'une relation très privilégiée avec un prestataire particulier. Faute de priorité donnée à cet aspect et de maîtrise du projet, le GIP n'a pas pris les mesures pratiques ou symboliques pour rendre crédible son souhait affiché d'ouverture.

Pour ce qui concerne l'ouverture technique du noyau la mission estime que seule la présence effective de développeurs autres que CSIH permettra de la vérifier, sous la condition que le GIP mette en place la structure technique à même d'instruire les différentes demandes qui lui seront inévitablement présentées.

La mission a audité le projet REFERENCE et a fait un certain nombre de critiques sur la conduite du projet et sur l'adéquation des actions menées aux objectifs affichés. La mission

estime toutefois que le projet REFERENCE est la seule démarche aujourd'hui en cours qui ne vise pas à proposer une offre mais à dégager les conditions d'une concurrence entré plusieurs offres préservant la cohérence du SIH des EPS s'inscrivant dans cette démarche.

Cet objectif risque pourtant de ne pas être atteint et REFERENCE pourrait devenir le support de la seule offre de CSIH. La mission estime que des mesures rapides devraient être prises pour atteindre l'objectif initial.

23. La cohérence du système d'information n'a pas progressé

- Elle a progressé dans les esprits plus que dans les faits.

La nécessité d'une cohérence du système d'information des établissements a progressé dans les esprits. La majorité des responsables rencontrés inscrivent dans les priorités d'évolution de leurs systèmes informatiques, le développement des outils de pilotage, la mise en place d'un identifiant permanent du patient (IPP), la communication entre les unités de soins et les services médico-techniques. Mais les projets qu'ils annoncent donnent la priorité à la gestion administrative et repoussent à une date ultérieure l'informatisation effective des unités de soins.

Ces progrès restent toutefois limités et, sauf exception, il n'y a pas d'approche globale du système d'information et de son évolution en termes de données partagées, le « tronc commun médico-administratif », ni de flux de communication.

En particulier, si des progrès sensibles ont été réalisés dans le recueil des informations relatives à l'activité médicale, liés à la mise en place des DIM, dans la plupart des cas la circulation de ces informations reste limitée à un nombre restreint d'acteurs des unités de soins et ne s'inscrit pas dans un cadre global cohérent pour l'établissement.

- La mise en cohérence du système d'information des EPS a peu progressé

La plupart des logiciels implantés dans les établissements ont été développés sans préoccupation d'une cohérence du système d'information et constituent le plus souvent une juxtaposition d'outils dédiés à des services. Dans certains établissements et pour certaines offres des palliatifs ont été développés par le biais d'interfaces entre applications ou d'outils d'extraction de données. Ces palliatifs contribuent à une complexification des architectures techniques et applicatives et à un alourdissement des tâches de maintenance.

Dans les trois domaines du pilotage, de l'identifiant permanent du patient et de la communication, considérés comme prioritaires par les responsables d'établissement, les implantations effectives sont limitées.

Par ordre décroissant de fréquence, les auditeurs ont cependant observé des réalisations dans la communication des résultats des services médico techniques vers les unités de soins, la mise en œuvre d'un identifiant permanent, les outils de pilotage.

- La création des DIM a renforcé le bicéphalisme du management du système d'information

L'affirmation du rôle des DIM et la mise en œuvre des moyens financiers de leur fonctionnement a permis un progrès significatif dans la collecte de données relatives à l'activité médicale. En ne prévoyant aucune instance de coordination entre le DIM et le RSIO la circulaire a renforcé le bicéphalisme du management du système d'information qui préexistait entre d'une part le corps médical et d'autre part la direction de l'établissement. Dans certains sites audités, des structures du type "conseil de l'informatique" réunissant les acteurs responsables de la gestion du système d'information ont été mises en place et ont permis d'assurer une certaine cohérence du système d'information. Dans la majorité des sites, la séparation DIM, RSIO conduit le plus souvent à l'élaboration de stratégies parallèles et parfois divergentes.

- Le système d'information de l'État et les contraintes de remontées d'information n'ont pas été définis

2.4. Des effets positifs sont relevés

- Le dispositif n'a pas freiné l'application au secteur hospitalier des évolutions technologiques

Certains interlocuteurs de la mission ont indiqué que, dans le système antérieur, les délais d'approbation et de prise en compte par l'administration centrale des innovations technologiques auraient retardé leur diffusion dans le secteur hospitalier. Cette opinion est partagée par Bossard Consultants. L'IGAS est moins persuadée de cette analyse qui suppose un maintien en l'état du dispositif de 1982 et un conservatisme de l'administration centrale qui n'est pas inéluctable. A la même époque, le Ministère des Affaires Sociales intègre UNIX dans son propre schéma directeur et en dote ses services déconcentrés ainsi que d'un SGBDI relationnel.

- L'offre de matériel s'est élargie

L'autonomie de choix conjuguée au développement des systèmes ouverts a contribué à un élargissement significatif des constructeurs présents sur le marché de l'informatique hospitalière. A la fin des années 80, IBM et BULL occupent une place prépondérante sur le marché de l'informatique hospitalière. Intertechnique et Olivetti, y ont une place significative.

Bien qu'il soit difficile de faire la part entre le développement des offres en système ouvert et l'autonomie de choix donnée aux établissements, on constate en 1994 que plusieurs grands constructeurs ont pris place sur ce marché de manière significative. Cette concurrence plus ouverte a bénéficié aux établissements et fait baisser le coût des matériels. A contrario à la différence de BULL et IBM, ces nouveaux entrants n'ont pas investi dans un renouvellement des offres logicielles.

- L'implication des EPS et le fait que le système d'information soit devenu une préoccupation de gestion est souvent cité comme un point positif

De nombreux interlocuteurs de la mission ont souligné comme un facteur très positif la nécessité pour les directions des EPS de s'impliquer dans la gestion de leur système d'information et de leur informatique, sans pouvoir s'en remettre à des acteurs externes et leur imputer le manque d'évolution dans ce domaine.

Pour Bossard Consultants, dans l'ensemble des établissements audités, la prise d'autonomie avec ses difficultés a contribué à une maturation du management hospitalier. Les besoins prioritaires sont mieux identifiés, les erreurs à éviter mieux perçues et l'on peut penser qu'après une première étape souvent difficile les établissements qui ont fait ce choix atteignent une maturité dans la gestion de leur informatique supérieure à celle des établissements qui sont restés adhérents de leur CRIH.

L'IGAS a une appréciation moins optimiste. Elle estime que les faiblesses de la maîtrise d'ouvrage sont importantes et qu'elles rendent peu prévisibles une amélioration à court terme et sans mesures correctrices importantes prises par les EPS, de la conduite des projets. Elle relève que le coût de cet apprentissage, notamment au sein des établissements, est élevé. L'opinion, prédominante à son avis, selon laquelle un "apprentissage par l'échec" est une situation normale lui paraît devoir être combattue.

3. LA SITUATION DE L'INFORMATIQUE DES EPS ET LES ENJEUX QUI Y SONT ATTACHES NECESSITENT UNE POLTTIQUE 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

- Les stratégies informatiques des EPS sont déterminées par des préoccupations internes

La stratégie informatique des EPS est rarement conçue de manière à permettre la mise en œuvre de la stratégie globale et notamment médicale des EPS. Les préoccupations des patients et la valeur ajoutée que l'informatique peut apporter au service rendu sont une faible préoccupation des EPS. Le secteur hospitalier ne considère pas que le système d'information et ses supports informatiques sont un facteur essentiel de la fourniture des prestations directement liées à la mission de l'établissement.

Le niveau d'implication des directeurs est le principal déterminant de stratégies qui doivent prendre en compte un réseau de contraintes. La mission a esquissé une typologie des stratégies et de leurs déterminants

Tableau 1. Type de stratégie informatique des EPS et principaux facteurs déterminants

Type de stratégie informatique	Principaux facteurs déterminants
Attentisme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible implication du directeur de l'EPS ▪ Volonté du CIR de conserver son système d'information régional ▪ Pas de volonté de développements spécifiques ▪ Contexte économique neutre
Amélioration de l'existant	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contexte économique défavorable ▪ Stratégie de développements spécifiques ▪ Volonté régionale du CHR
Refonte importante des systèmes existants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forte implication personnelle de l'EPS ▪ Contexte économique favorable ▪ Consensus fort sur les priorités informatiques ▪ Recentrage du CHR sur ses propres préoccupations ▪ Stratégies d'innovation ▪ Evolution des technologies

Source Bossard Consultants Rapport de synthèse des audits de site

- Le pilotage et le management présentent d'incontestables faiblesses

Les utilisateurs ont un faible degré d'exigence. Leurs attentes sont claires et sont par ordre de priorité la mise en place d'outils de communication entre les différents services, l'analyse et le pilotage de l'activité, l'amélioration technique de l'existant et son intégration

pour permettre des échanges de données. Toutefois ces attentes reflètent dans la majorité des cas les préoccupations propres à chaque catégorie plutôt qu'une vision globale et partagée des améliorations à apporter au fonctionnement des établissements.

La planification informatique présente le plus souvent un caractère formel et la mission a constaté un décalage entre la vision positive qu'ont les EPS de leur management d'une part, l'opinion de leurs partenaires (centre producteurs et fournisseurs privés) et les constats de la mission d'autre part.

L'implication des directeurs est généralement faible, ce qui n'est pas compensé par le rôle des RSIO qui est insuffisamment reconnu. Les établissements ne disposent pas de structure de pilotage transverse, les outils de planification et de suivi sont insuffisamment mis en œuvre. Les EPS ont recruté des personnels d'étude et d'exploitation mais ils manquent des compétences de gestion de projet et d'organisation. Il y a seulement un RSIO pour quatre établissements.

Les projets importants des EPS sont menés avec un professionnalisme insuffisant. L'expression initiale des besoins est trop succincte pour définir précisément le contour du projet. Les bénéfices attendus ne sont pas quantifiés et l'analyse économique est insuffisante. L'analyse des risques est sommaire et la maîtrise d'ouvrage manque de moyens financiers spécifiques et surtout de compétences suffisantes.

Manquant de compétences techniques et de management de ce type de projet les EPS maîtrisent faiblement les choix techniques et l'intérêt financier des démarches d'autonomisation par rapport au centre producteur est limité. La prise d'autonomie est le plus souvent justifiée par les établissements par un objectif de réduction de la dépense informatique ou à tout le moins d'une meilleure prestation pour un niveau de dépenses équivalent. Les résultats mesurés ex-post montrent que ces objectifs ont rarement été atteints. La dépense informatique, sauf exception, s'est accrue. Les nouveaux logiciels installés ont souvent faiblement ou pas du tout accru la couverture fonctionnelle. La mise en œuvre des nouvelles solutions a été difficile. L'analyse a posteriori montre que dans de nombreux cas, la décision était plus souvent justifiée par un souhait d'indépendance à l'égard du CHR.

3.2 L'offre publique est destabilisée et l'IGAS estime que la perennité est à terme mise en cause

- L'offre publique reste dominante en raison de son poids dans la gestion administrative et possède des atouts.

L'évolution de l'offre est marquée par une relative stabilité qui a bénéficié aux offres reconnues comme "filières" en 1982. Parmi les sept filières de 1982 six ont duré et sont présentes dans 66% des EPS. La septième a disparu comme offre mais les logiciels développés sont encore très présents et incluent par exemple le logiciel de dossier médical le plus diffusé. En dépit de la privatisation de l'une de ces offres les producteurs publics demeurent dominants.

Les centres producteurs (ex-CRIH) ont adopté depuis 1982 quatre positionnements différents. Les offreurs nationaux diffusent hors de leur région des logiciels conçus par eux. Les offreurs régionaux ont développé des logiciels qu'ils diffusent pour l'essentiel aux EPS de leur région. Les diffuseurs régionaux diffusent des solutions conçues par d'autres structures. Enfin certains centres ont privilégié la fonction de direction informatique du CHR

Les conditions de la concurrence ne présentent pas que des inconvénients pour les structures publiques qui peuvent s'appuyer sur la permanence d'une préférence hospitalière, sur les revenus tirés de l'exploitation (en dépit de l'autonomisation de la facturation les EPS sont en général réticents à autonomiser le traitement de la paie) et sur les différences dues à leur statut juridique. Elles ne présentent pas que des avantages, notamment les centres sont plus contraints que leurs concurrents privés par leur statut et dans leur gestion du personnel et ils ont des difficultés pour mobiliser les financements qui sont nécessaires pour investir dans la refonte des logiciels.

- La prise d'autonomie a été partielle

La prise d'autonomie comprend deux volets, la liberté de choix des logiciels et la décision de rester adhérent ou non de son CRIH ou d'un autre CRIH, elle a rarement été totale.

En pratique l'autonomie dans le choix des logiciels s'est accompagnée d'un départ du centre producteur d'origine, au minimum pour la majorité des prestations. Les établissements non CHR audités se sont répartis quasi également entre offre publique et privée, par contre tous les CHR au retenu, au moins partiellement, une offre privée.

Dans toutes les régions auditées, au moins un établissement important et le plus souvent plusieurs, ont choisi de ne plus retenir les solutions proposées par leur centre producteur. Cette prise d'autonomie n'a pas forcément entraîné une rupture totale avec le centre producteur à qui restait confié l'exploitation de la paie. Ces retraits sont restés, sauf lorsqu'ils étaient voulus par le CHR, limités à quelques établissements. Leur impact a cependant été sensible sur l'équilibre financier des centres concernés en raison de la taille des établissements concernés. Cet effet a été renforcé par le comportement d'un nombre significatif d'établissements, qui tout en restant adhérents, ont abandonné certaines prestations au premier rang desquelles la facturation.

Au total cinq ans après la publication de la circulaire de 1989, une majorité des établissements est restée adhérent du centre producteur de sa région.

- En raison des objectifs réels des EPS et du poids du réseau hospitalier

Compte tenu des critiques généralement formulées par les établissements audités sur le prix et la qualité des prestations de leur centre producteur, on peut s'interroger sur les facteurs explicatifs de l'ampleur limitée du phénomène. On peut en relever quatre.

Les directions d'établissements sont conscientes des implications en terme de management qu'exige la conduite d'un processus d'autonomisation sur le plan informatique. Compte tenu du nombre limité de compétences dont ils disposent pour gérer cette autonomie et du caractère faiblement stratégique, de leur point de vue, de l'informatique pour l'établissement, ces directions préfèrent gérer un statu quo.

Le centre producteur est le plus souvent un service du CHR avec qui les établissements ont développé des coopérations dans de nombreux domaines. Une prise d'autonomie es: souvent perçue comme un désaveu du CHR, les établissements craignent les répercussions de cette démarche sur les autres domaines de coopération. Selon l'IGAS l'impact potentiel de cette décision sur la carrière personnelle des directeurs peut également entrer en ligne de compte.

Les alternatives aux solutions proposées par leur centre producteur ne sont pas considérées par de nombreux établissements comme étant d'une qualité justifiant d'entreprendre la démarche.

Enfin les établissements dans leur grande majorité ne souhaitent pas pour l'instant prendre en charge l'exploitation de leur paie.

- Cette offre publique de logiciels et de service est néanmoins déstabilisée.

Les centres producteurs publics se sont concurrencés entre eux et présentent des facteurs de faiblesse qui les déstabilisent quel que soit leur positionnement. Le rapport détaillé étudie précisément l'ensemble de ces facteurs. Ceux-ci conduisent à déstabiliser les centres et ce quel que soit leur positionnement.

Le champ régional des deux piliers de leur activité que sont l'exploitation et la diffusion d'offres conçues par d'autres est maintenant inadapté. 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. Ils rencontrent des difficultés, notamment financières et de ressources humaines et techniques Pour chacun de leurs métiers un champ régional est insuffisant et ils sont, au moins potentiellement, concurrencés par des structures privées plus spécialisées.

- Même les offreurs nationaux, les plus dynamiques, sont remis en question

Les attentes exprimées par leurs principaux clients, les établissements de taille moyenne, et la contrainte commerciale qui en résulte ont conduit à privilégier le investissements de renouvellement des offres dans deux directions principales : le passage à environnement ouvert des offres administratives existantes principalement par portage technique, l'enrichissement des applications dans la domaines de la gestion administrative

Les centres offreurs nationaux n'ont pu que partiellement renouveler les compétences techniques de leurs agents. Sauf exception, le développement ou le portage des application en environnement ouvert s'est fortement appuyé sur des compétences externes, privant par là mémé ces centres d'une réelle maîtrise technique de leurs offres.

Les ressources du fonds mutualisé étant consacrées au financement de projets innovants, ils n'ont disposé que de leurs ressources propres pour financer l'évolution de leurs offres ressources qui, malgré un succès commercial, sont restées limitées en valeur absolue. Cette limitation des ressources mobilisables n'a pas permis d'engager la réécriture générale des applications qui aurait été nécessaire pour, d'une part offrir de vraies fonctionnalités de gestion, et d'autre part assurer la pérennité technique des nouvelles applications. Par ailleurs, elle a conduit à limiter les investissements sur les aspects documentation technique, documentation de formation et utilisateurs.

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. Cette séparation des fonctions conduit à mal maîtriser les conditions de diffusion de leurs produits et ne leur permet pas en général d'assurer une prise en compte organisée des souhaits d'évolution de leurs clients

Ces contraintes ont inégalement pesé sur les offres. Toutefois même dans l'hypothèse de l'aboutissement de l'ensemble des projets de développement actuellement engagés par les centres offreurs publics (à une échéance qui se situe à la fin de l'année 1995), il est peu probable que l'offre alors proposée réponde aux attentes majeures des établissements (disponibilité d'outils de pilotage de la gestion, intégration des applications, ergonomie des applications).

Cette situation est, pour une part importante, liée à l'insuffisante prise en compte des contraintes auxquelles sont soumis de fait les 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

En plaçant la liberté de choix des établissements comme orientation majeure, la circulaire de 1989 a mis les centres producteurs publics dans une situation de concurrence qui a eu plusieurs conséquences.

Les établissements qui ont abandonné la solution proposée par leur centre producteur ont souvent été des établissements de taille significative. Cela a privé le centre producteur d'une recette d'un poids relatif significatif, certains EPS pouvant apporter jusqu'à 10% des recettes. L'impact économique de ces prises d'autonomie a été d'autant plus sensible qu'il intervenait dans un contexte, où pour certaines régions, les établissements restaient adhérents mais avaient engagé une démarche de rapatriement de la facturation, privant de ce fait le centre producteur de recettes importantes.

En réponse aux souhaits de leurs adhérents de disposer de solutions qu'ils considèrent comme mieux adaptées à leurs besoins, des centres producteurs ont signé des contrats de diffuseur d'offres nationales. Cette évolution a conduit à une multiplication des environnements: techniques à gérer simultanément dans un même centre producteur. On observe ainsi en général qu'un centre producteur doit gérer a minima trois environnements systèmes (système, propriétaire, UNIX, DOS) et souvent plus.

Face aux premiers départs d'établissements et sous la menace d'autres départs, la direction de certains CHR se sont interrogées sur l'orientation qu'elles devaient donner à l'évolution de leur centre producteur. Il en est souvent résulté un recentrage sur les besoins des CHR, clair ou implicite, et prenant parfois la forme d'une séparation claire de la direction informatique du CHR et des autres activités.

- Face à ces menaces ils disposent de capacités limitées pour s'adapter

La culture de réflexion stratégique est faible. Le passage d'une situation de clientèle captive à une situation de concurrence a constitué un bouleversement important auquel ces structures étaient peu préparées. Très peu de sites audits ont mis en place, à la suite de la circulaire de 1989, une réflexion stratégique formalisée sur leur évolution. Le plus souvent la situation a été gérée au coup par coup, en demandant aux établissements de signer un engagement sur plusieurs années, ou en allongeant les délais de préavis en cas de départ tout en étant conscient que ces règles ne constituaient qu'une protection fragile. On notera qu'à cet égard les constats de l'audit contredisent l'opinion exprimée par ces mêmes centres dans la réponse à l'enquête.

La culture de gestion est peu développée. Dans un contexte de concurrence, les centres producteurs ne disposent pas à l'exception des activités d'offreur national d'outils de pilotage adaptés, au suivi des recettes par nature et des coûts par activité.

La politique commerciale est rarement organisée. Un seul centre producteur visité engagé une politique commerciale volontariste vis à vis des établissements de sa région qui lui a permis, malgré une offre qui avait le handicap d'être en environnement propriétaire, c'est fidéliser et même accroître son parc de clientèle. Dans les autres centres, la formalisation et la relation entre les centres producteurs et les adhérents a peu progressé.

Les marges de manœuvre dont ils disposent pour faire évoluer leurs effectifs en quantité sont limitées. La mutation d'agents des centres producteurs dans les établissements prenant leur autonomie a eu une portée limitée au vu du nombre d'agents des services informatiques des EPS audités venant d'un centre producteur. La mutation d'effectifs du centre producteur vers la direction informatique du CH ou quand ils existent, vers les services informatiques des établissements a permis à certains centres producteurs d'ajuster leur effectifs de manière significative pour faire face à une baisse d'activité.

Bien qu'une baisse importante (30%) des effectifs de niveau de qualification inférieur ou égal au bac ait été réalisée, ceux-ci représentent encore 42 % du total. Face à la mutation des compétences techniques et des missions que doivent conduire les centres producteurs,

reconversion et la réaffectation de ces personnels constituent un des défis importants qu'ils auront à relever. On rappellera à cet égard qu'il s'agit d'un potentiel total de 1 500 agents.

Au total les centres producteurs qui se sont constitués suivant des principes coopératifs, souffrent de handicaps pour adapter leurs structures et leurs méthodes de gestion au nouvel environnement concurrentiel

- Les tendances d'évolutions profondes remettent en cause le dispositif défini en 1982

La solidarité inter-hospitalière traditionnelle s'est affaiblie.

Dans le nouveau contexte de concurrence la solidarité inter-établissements s'est affaiblie. Chaque établissement tend à rechercher individuellement des solutions à ses problèmes d'informatisation. Les centres producteurs se recentrent sur leur CHR. Dans deux régions où le CHR se retirait de la fonction régionale, des tentatives de coopération inter-établissements ont été un échec et celle-ci a disparu. On peut noter aussi la scission entre les codéveloppeurs d'une des offres en raison, selon les déclarations recueillies, de divergences sur la stratégie de diffusion.

Cette évolution fait apparaître des questions fondamentales pour le devenir de l'organisation de l'informatique hospitalière.

La pérennité des centres producteurs publics dépend de la volonté des CHR de continuer à assurer durablement la mission de fédérateur des moyens informatiques à l'échelle régionale, dans un contexte où les établissements sont libres du choix de leur solution, et où eux-mêmes ont des lourds défis à relever dans l'organisation de leur propre informatique.

L'évolution de l'offre dépend pour une large part du comportement des CHR selon qu'ils optent pour des solutions initialement destinées aux établissements moyens, ou, à l'inverse pour des offres développées à leur intention voir pour des logiciels spécifiques à chaque établissement.

Compte-tenu du profil de compétences des agents des centres producteurs, des choix devront être faits entre les domaines, autres que l'exploitation de chimes batch, dans lesquels peut s'exercer à terme une coopération inter-hospitalière au niveau local. Pour certains services rendus et notamment l'exploitation, le niveau régional peut être remis en cause et une plus grande centralisation proposée.

La capacité des établissements à mettre en œuvre une coopération inter-hospitalière si le CHR ne s'y implique pas ne paraît pas assurée. Les EPS ne coopèrent pas durablement en dehors de structures régionales. Les tentatives de coopération entre établissements, hors du cadre des structures régionales, observées lors de la recherche de solutions applicatives n'ont pas résisté au-delà de l'expression des besoins, à l'exception du projet REFERENCE qui a choisi une autre voie.

Les EPS aspirent à clarifier les modalités de coopération régionale

Les établissements cherchent à clarifier les structures et les modalités de coopération. Certains CHR se concentrent sur leurs problématiques propres et cherchent à séparer leurs équipes informatiques des structures informatiques à vocation régionale. Parallèlement les EPS de taille moyenne s'autonomisent en matière informatique et demandent la mise en place de relations de type client-fournisseur entre eux et leur centre producteur.

Les principales critiques formulées sont le manque de transparence budgétaire, le comportement de maître d'ouvrage de la structure informatique, l'absence de formalisation de: relations maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre, entraînant un manque de clarté sur les engagements respectifs de chacun, le manque d'implication des utilisateurs dans les processus de décision.

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

▪ 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 de structures de production ou des structure 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 gérées 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 génèrent 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.

- L'état des systèmes d'information hospitaliers est un frein à la mise en place de systèmes de régulation prenant en compte l'activité

La mission a relevé les faibles progrès fait par le Ministère des Affaires Sociales pour définir le système d'information dont il doit disposer et par conséquent la nature des informations que doivent lui fournir les systèmes d'information des EPS.

L'appréciation portée au plan des établissements confirme cette appréciation car il apparaît que l'état de leur système d'information rendra difficile leur utilisation dans le cadre de régulations globales du système de santé qui voudraient mieux prendre en compte l'activité de soins des EPS.

L'effort fait dans le cadre du programme PMSI, l'a été sur la base d'une saisie, à partir de données spécifiques, des informations concernant l'activité. Dans aucun des EPS visités ces données n'étaient le sous produit d'un système de gestion de l'unité de soins. De nombreuses raisons peuvent expliquer ce choix mais il présente un risque fort d'incohérence entre les données d'activité d'origine purement médicales et les données d'activité produites par les systèmes de gestion administrative.

A cet égard il est particulièrement instructif de noter que les EPS qui dans le cadre du projet REFERENCE voudront bénéficier des apports du noyau pour informatiser les unités de soins devront, selon la mission, changer leur gestion administrative des patients sur le plan informatique et sans aucun doute dans son organisation.

On ne saurait envisager que des processus lourds, et largement manuels, de "recollement" entre les données venant du système d'information PMSI et de systèmes de gestion administrative soient nécessaires dans la phase d'extension ou de généralisation de la prise en compte des données médicalisées pour la fixation des budgets. De même la persistance d'une saisie de masse par des services -qui n'en tirent pas un retour individualisé dans leur gestion interne posera à court terme des problèmes dans la qualité des données saisies.

- Les risques de dépenses inutiles sont forts

Les données financières dont on dispose sont peu fiables en raison de la mauvaise qualité de l'enquête DH sur l'informatique hospitalière et de la mauvaise connaissance par les EPS eux-même de leurs coûts informatiques.

Les données disponibles montrent que l'informatique représente 1,3% des budgets de fonctionnement en moyenne (1,6% dans les CHR, 0,5% dans les hôpitaux locaux, 1,2% dans

les autres), soit en 1993 2,5 Mds F. Les EPS déclarent avoir consacré 8% de leurs investissements à l'informatique soit environ 1,4 Mds ce qui porterait à 4 Mds la dépense totale.

Le contexte budgétaire restrictif entre 1989 et 1993 a limité les dérapages financiers au niveau des établissements non CHR. La faiblesse de la tutelle sur les investissements informatiques fait cependant courir des risques de dérapages budgétaires importants sur les grands projets lancés par des CHR.

Les dérapages financiers sont restés limités dans les centres hospitaliers non CHR.

L'utilisation des budgets de fonctionnement est sans aucun doute sous optimale. La mission a par exemple montré que si tous les EPS utilisant Graph payaient leur bulletin de paie au prix offert par le centre producteur audité le plus performant l'économie globale serait de 86 MF. La faiblesse du management de l'informatique laisse craindre que l'ensemble des ressources disponibles soient consacrées à l'avancement des projets et fasse peu de place à l'optimisation des conditions financières. Des exemples d'économies significatives enregistré par des EPS qui, placés sous contraintes, ont mené des actions d'optimisation de leur budget informatique montrent qu'il existe sans aucun doute une marge de manœuvre.

Cinq ans après la publication de la circulaire, les constats effectués n'ont pas mis en évidence de dérapages financiers majeurs dans les centres hospitaliers non CHR. La dépense informatique moyenne des établissements a crû en valeur absolue mais est restée stable en valeur relative. Les moyens supplémentaires dégagés par le maintien constant de la part du budget consacré à l'informatique ont été consacrés pour une grande part au développement de l'équipement bureautique et à l'accroissement du nombre de postes de travail. Peu d'établissements non CHR ont mis à profit la liberté qui leur était donnée pour développer des solutions spécifiques qui leur soient propres. Les deux situations de ce type rencontrées au cours de l'audit préexistaient avant 1989. Les choix se sont au contraire fortement orientés vers des progiciels. La part des développements locaux est restée stable. L'exemple d'un EPS a montré que lorsqu'un CHG se lance dans des projets ambitieux et qu'il y rencontre des difficultés, la contrainte budgétaire le ramène à la raison et fournit aussi un motif externe pour justifier une limitation des ambitions et réorienter un projet mal engagé.

Les gains d'efficacité résultant de l'accroissement de la dépense informatique dans établissements sont peu en rapport avec le montant des investissements

La qualité des offres a peu progressé sur le plan fonctionnel. Les investissements engagés pour le renouvellement des offres par les différents acteurs concernés n'ont pas permis de faire émerger jusqu'à présent une offre qui réponde aux enjeux majeurs de management des établissements.

La première étape de l'informatisation des établissements a porté pour l'essentiel les activités fortement réglementées, paie, gestion administrative du personnel, comptabilité, tenue des stocks, facturation des séjours. Les gains d'efficacité qui en ont résulté, même s'ils n'ont pas fait l'objet d'une mesure effective, sont clairement identifiables. Cette étape était

pour l'immense majorité des établissements largement achevée dès le milieu des années 1980.

La seconde étape porte sur l'informatisation de processus dont l'organisation relève du management propre de chaque établissement. Cette seconde étape d'informatisation ne permet de dégager des gains d'efficacité que si elle s'accompagne d'une réflexion en profondeur sur la réorganisation des activités qu'elle implique, et de la définition ex-ante d'objectifs de gains d'efficacité mesurables. Sauf exception, ces deux démarches ont été peu conduites dans les établissements.

On peut en conséquence s'interroger sur les gains effectifs d'efficacité qu'ont retiré les établissements de leurs projets informatiques. Ils demeurent réels (passage d'une dactylographie traditionnelle à la bureautique, transmission des résultats d'examens dans les unités de soins, par exemple) mais moins convaincants quand on les compare avec le montant des investissements engagés. A cet égard la totale absence de prévision et de suivi de la rentabilité des investissements par les EPS n'est pas pour rassurer.

De plus en l'absence du contrôle a posteriori dans ce domaine est totale.

Dans les années à venir les pressions à l'augmentation du budget informatique seront fortes.

Le nombre des postes de travail va continuer à s'accroître or les dépenses globales leur sont fortement corrélées. Les EPS maîtrisent mal ce sujet alors que la diffusion de la bureautique accroît le coût des postes et génère des coûts de fonctionnement à la fois importants et mal connus. Une informatisation notable des unités de soins accroîtrait encore le poids de ces dépenses.

Les EPS se lancent dans des stratégies de migration technique vers des systèmes ouverts dont ils attendent des économies. L'IGAS doute que celles-ci se réalisent à court terme du fait des coûts inhérents à la mise en place de ces projets en termes d'investissement et de fonctionnement et ce même à périmètre constant en matière de postes de travail et de couverture fonctionnelle.

Surtout des risques financiers existent à cause de la multiplication des offres concurrentes de gestion administrative et des grands projets lancés par les établissements les plus importants

Toutefois le problème principal n'est pas principalement le budget de fonctionnement dont la contrainte des taux directeurs, réelle dans les CHG, visiblement moins forte dans les CHR (au moins pour ce qui concerne l'informatique) encadre l'évolution. Il réside dans la somme des investissements faits dans des produits de gestion administrative redondants et dans les grands projets des CHR, d'un montant parfois très important, relativement mal managés, et où visiblement la contrainte budgétaire n'est pas un critère de décision majeur.

La concurrence entre les offres a conduit à leur multiplication dans le domaine de la gestion administrative. L'aboutissement des projets en cours dont la mission a été informée lors de l'audit devrait ainsi conduire fin 1995 à la disponibilité sur le marché pour les établissements moyens et importants d'au minimum sept offres de produits de gestion

administrative opérationnels sous UNIX dont trois issues de centres producteurs publics, (SYMPHONIE, C-PAGE, PROFILS) et quatre d'offres privés (HEXAGONE, CSII, SOPRA, DIS) et de trois produits de paie hospitalière (GRAPH, SIGAPAIE, DIANE) sans compter un grand nombre de produits, 21 selon l'enquête DH, utilisés par les petits établissements.

S'ils s'appliquent, les mécanismes de marché devraient conduire à une sélection naturelle au profit des offres les plus performantes et probablement à la disparition de certaines offres publiques. S'ils ne s'appliquent pas le secteur hospitalier devra supporter les surcoûts liés au maintien de producteurs non performants (publics ou privés).

Un réel risque de dérapage concerne les grands projets engagés par les CHR. Les auditeurs en ont examiné quatre. Ces projets par leur taille de 60 à 120 MF, avec le cas particulier de l'AP-HP qui dépasse le milliard de francs, sont apparentés aux grands projets menés dans d'autres secteurs économiques ou de l'administration. Il n'apparaît pas, au vu des constats réalisés, que les CHR disposent aujourd'hui en interne des moyens, en termes de management de projet et de compétences techniques, qu'on constate dans les autres secteurs économiques pour assurer la maîtrise d'ouvrage de ces projets. Ces projets par leur taille et leur complexité présentent des facteurs de risques nombreux. Des dérapages importants en terme de coût et de délai ont été constatés. Les constats effectués laissent penser que des risques importants d'échec subsistent même si celui-ci n'était avéré dans aucun des projets audités. La démarche engagée dans les établissements visités devrait selon toute probabilité s'étendre progressivement à l'ensemble des autres grandes structures hospitalières en particulier dans la mise en œuvre de solutions généralisées pour les unités de soins. Là réside facteurs de risque financier important pour l'avenir si des actions préventives pour y remédier ne sont pas mise en oeuvre.

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

La mission estime que le système d'information ne fait pas aujourd'hui l'objet d'une véritable politique publique au sens où serait définie la contribution demandée au système d'information et à l'informatique des établissements à des objectifs sanitaires.

Cette définition a été faite en Angleterre et l'IGAS estime qu'un travail comparable devrait être fait en France, sous la forme d'un document synthétique, ne nécessitant pas un travail d'élaboration considérable, pour lequel le présent rapport pourrait servir de base (proposition 1).

Cette définition est d'autant plus urgente que l'état du système d'information des EPS nuit à la mise en place de politiques de régulation prenant mieux en compte l'activité et qu'il est clair que les EPS n'utilisent pas suffisamment les possibilités ouvertes par l'informatique pour améliorer le service rendu.

Pour ces deux raisons le système d'information est un sujet qui doit préoccuper les décideurs publics comme les gestionnaires des EPS. Le sujet mérite d'être inscrit à l'agenda des politiques publiques, ce qu'il n'est pas, dans la faits, aujourd'hui. A cet égard la mission estime que dans les préoccupations des décideurs et de l'administration centrale les places respectives du PMSI et du système d'information hospitalier dans son ensemble pourraient être réévaluées. Les limites actuelles des systèmes d'information hospitaliers risquent en effet d'handicaper gravement l'utilisation du PMSI. En effet en l'absence d'identifiant permanent du patient et compte tenu des défauts d'intégration entre le système d'information médicalisé et le système d'information administratif le rapprochement des données d'activité entre les deux systèmes sera dans de nombreux cas particulièrement difficile voir risque de rendre impossible l'utilisation de ces données.

Cette politique devra prendre en compte la très grande faiblesse des moyens humains qui sont aujourd'hui affectés à ce sujet et dont le renforcement est nécessaire. Cet état de fait rend nécessaire des ambitions limitées dans ce domaine.

Les propositions de la mission reprennent une partie des orientations définies en 1989. La politique instaurée en 1989 a eu la sagesse de distinguer ce qui relève des EPS et ce qui relève de la régulation. Cette autonomie de gestion, si elle est évaluée et sanctionnée, positivement ou négativement, dans le cadre du contrôle a posteriori est un point positif qui doit être conservé. De même l'idée que les objectifs de la politique publique peuvent être obtenus en mettant en place des mécanismes et les institutions adéquats est un point positif, même si l'IGAS estime qu'il faut utiliser d'autres mécanismes que ceux retenus en 1989 et modifier à la marge le dispositif institutionnel. Enfin il est clair que le problème d'une

reconcentration des développements ne se pose plus, par contre celui de l'opportunité pour les EPS de prendre directement en charge la production de leurs logiciels et de services informatiques demeure clairement posé.

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.

Depuis près de quinze ans maintenant les pouvoirs publics tentent périodiquement de remédier à ce qui est décrit comme une situation de blocage en modifiant les conditions dans lesquelles sont produits les logiciels.

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, on 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 atteint. 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 la 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

D'un point de vue pratique la mission ne peut se résoudre, à la suite d'une évaluation de politique publique, à renvoyer le commanditaire à d'importantes réformes institutionnelles pour toute amélioration significative de la situation.

Il est clair que d'autres systèmes de régulation peuvent augmenter l'intérêt ou l'obligation d'un établissement de disposer d'un système d'information performant et donc favoriser l'informatisation. On ne peut s'en tenir là ni même estimer que cela suffira. Les exemples étrangers étudiés ne montrent pas, à ce jour, que des réformes de ce type ont nécessairement pour corollaire une modification des conditions d'informatisation des hôpitaux.

La mission estime que, dans le cadre actuel, et en dépit des difficultés rencontrées par l'administration des affaires sociales pour remplir ses missions, des améliorations sont possibles. D'une part il ne paraît pas inconcevable à la mission que les décideurs hospitaliers puissent être convaincus de la nécessité de modifier leurs pratiques et leurs modes de gestion. D'autre part il apparaît que, même dans le dispositif actuel, les outils à la disposition de l'État, qui continue à fixer les budgets et à nommer les directeurs d'établissement, peuvent être des éléments d'incitation et de contrainte.

43. 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

Pour l'IGAS la politique publique en matière de système d'information hospitalier et d'information doit avoir deux objectifs. Le premier est d'améliorer le service rendu par les établissements publics de santé, ce qui suppose d'accroître la couverture fonctionnelle, et de fixer aux EPS un niveau minimal de performance dans certains aspects de leur gestion interne. Le second est de mettre à la disposition des autorités en charge de la régulation un système d'information cohérent et adapté à leurs besoins. Des prescriptions claires et impératives dans ce domaine inciteront les EPS à disposer d'un système d'information performant.

Par rapport au système mis en place en 1989 l'IGAS estime qu'atteindre ces objectifs suppose de définir un niveau minimal de régulation externe, dans le cadre du contrôle a posteriori.

▪ La régulation doit être confiée à des structures publiques

La régulation ne peut être légitimement faite que par des structures publiques. Elle ne peut être totalement volontaire même si le maintien de structures de consultation et de proposition est nécessaire.

Les investigations de la mission ont montré que le secrétariat du CIHS, qui est un des instruments de la régulation, a par nature un rôle important dans la conception de la politique et qu'il met la structure qui l'exerce dans une situation privilégiée. Il n'est pas acceptable que ce rôle soit confié à une structure privée qui se positionne comme un bureau d'études. Ce rôle doit être confié à la direction des hôpitaux. Il pourrait être partagé avec une structure technique si celle-ci était clairement positionnée dans la sphère publique et soumise aux contrôles adéquats (proposition 2-1).

La procédure d'engagement des fonds fait intervenir le Président du CNEH alors même que cet organisme n'a sur ce point qu'un rôle d'exécutant, cette intervention doit être supprimée dès la phase transitoire, elle ne doit pas être reconduite dans le nouveau dispositif institutionnel (proposition 2-2).

Le rôle de conseil du CIHS doit être maintenu. La mission estime que compte tenu de sa composition il est difficile à son président, s'il est trop impliqué dans la gestion, de prendre des positions mettant en question l'action des services de l'Etat. Il pourrait donc être opportun d'en confier la présidence à un magistrat ou à un inspecteur général (proposition 2-3).

Les bases juridiques du prélèvement que constitue le fonds mutualisé doivent être établies. La mission ne partage pas l'idée selon laquelle ces fonds, prélevés sur le budget des EPS, constituent un "argent qui appartient aux hospitaliers" et doit donc être géré par eux. Il s'agit après tout de sommes émanant des prélèvements obligatoires faits pour l'assurance maladie. Trois solutions paraissent possibles.

Un total volontariat supposerait qu'il ne soit pas fait mention du prélèvement dans une circulaire budgétaire ; cela aurait sans doute pour conséquence de limiter le flux disponible. Cela serait pourtant cohérent avec l'idée que le fonds mutualisé participe d'une régulation "non autoritaire".

Un caractère obligatoire suppose que soient pris les textes adéquats et renforce naturellement la nécessité d'une gestion du fonds dans le cadre d'une structure publique.

Il serait sans doute opportun d'examiner la gestion de ce fonds dans le cadre d'une enveloppe incluse dans le taux directeur au même titre que ce qui a été fait pour les urgences par exemple. Ce système plus simple, peut être financé la première année par redéploiement

et supprimerait une gestion des cotisations qui deviendrait inutile. La gestion de cette enveloppe par décision ministérielle n'exclut pas que le CIHS en maîtrise largement l'affectation et que celle-ci se fasse dans la plus grande transparence (proposition 2-4).

- Il est urgent de définir le système d'information du Ministère et les contraintes des EPS en matière d'informations à fournir

La mission estime que les EPS doivent être incités à disposer d'un système d'information performant. Pour cela il est nécessaire de définir rapidement les contraintes de fourniture d'information qui pèsent sur eux et auxquels leurs système d'information informatisés doivent leur permettre de répondre.

Une refonte totale de l'enquête sur l'informatique hospitalière afin de la rendre plus simple, plus fiable et disponible plus rapidement est nécessaire. Il est clair que, compte tenu de son état, la cohérence des données avec les enquêtes antérieures ne pourra être assurée que pour un petit nombre d'entre elles (proposition 3-1).

En application des instructions du Premier Ministre le Ministère des Affaires Sociales va lancer la réalisation de son schéma directeur des systèmes d'information. Il doit être fixé comme objectif opérationnel de ce projet de définir, dans un délai maximal d'un an, une première version des informations que les EPS sont obligés de fournir, si possible, en sous produit de leur propre système d'information. A cet égard la mission estime que l'action du Ministère ne peut être ralentie par la lenteur du processus de définition du système d'information commun avec l'assurance maladie (proposition 3-2).

Dans la mesure où le PMSI va être utilisé pour évaluer les dotations budgétaires des EPS il est maintenant opportun de fixer aux EPS une obligation de transmission d'information et de cohérence de leur système d'information. L'IGAS estime que des informations de qualité ne peuvent provenir que de systèmes venant en sous produit de produits de gestion interne et cohérents avec les systèmes de gestion administrative des malades sur la base d'un identifiant permanent du patient généralisé. La mission estime indispensable de prescrire aux EPS de revoir leurs schémas directeurs pour planifier, si cela n'est pas déjà fait, la réalisation de cet objectif (proposition 3-3).

- L'État doit fixer aux EPS des niveaux minimum d'objectifs de service rendu l'informatique

Le constat fait dans les audits de site montre que les EPS ne s'orientent pas systématiquement vers l'informatisation des fonctionnalités qui sont les plus nécessaires ou qui amélioreraient le service rendu et généreraient des gains de productivité. Le risque est fort de voir se développer des projets utilisant des technologies nouvelles, médiatiques et soutenus par des personnalités, mais d'une rentabilité pour la mission de l'établissement plus limitée que des projets répondant aux besoins de base.

Il peut être envisagé, sur la proposition du CIHS, de fixer des thèmes sur lesquels

les établissements devront prendre des engagements de résultats opérationnels et de leur demander de modifier en ce sens leurs schémas directeur (proposition 4).

La mission pense à trois thèmes qui sont revenus de manière régulière dans les investigations : la transmissions automatiques des résultats d'examens aux unités de soins, la gestion des rendez vous et la gestion locale du personnel dans les unités de soins.

▪ Il faut renforcer l'évaluation et le contrôle a posteriori.

La mission a relevé le manque de connaissance globale de la situation des établissements dans le cadre de la circulaire de 1989. Il lui apparaît que l'action de l'État doit être organisée pour permettre une connaissance et un suivi du secteur en sous produit des activités d'évaluation et de contrôle a posteriori.

L'évaluation et le contrôle a posteriori prévus en 1989 doivent être mis en place

La mission estime que l'obligation faite aux EPS de faire un schéma directeur est un aspect très positif de la circulaire de 1989 et qu'il convient maintenant de rendre effectif le dispositif d'évaluation qu'elle avait prévu. Pour cela l'IGAS propose que lui soit confié conjointement avec la direction des hôpitaux une mission d'animation de la politique de contrôle des services déconcentrés (proposition 5-1).

Dans ce cadre il pourrait être envisagé le dispositif suivant:

- réalisation d'un guide de contrôle a posteriori, sur la base du guide fait par la DH complété par le guide méthodologique de la mission d'audit, ce guide inclurait un cadre d'analyse des investissements informatiques

- mise en place d'une formation pour un noyau d'inspecteurs des services déconcentrés prévoyant que ceux-ci pourraient être amenés à intervenir en dehors de leur régime d'affectation

- définition d'un plan de contrôle sous la responsabilité de l'IGAS, en associant d'autres corps de contrôle supérieur comme l'Inspection Générale des Finances

L'animation du réseau des services déconcentrés, les résultats des missions d'évaluation de projet, ainsi que l'exploitation des schémas directeurs des EPS les plus importants de l'administration centrale (proposition 5-2) couplée avec une enquête refondue devraient assurer un niveau suffisant d'information de l'administration centrale.

L'exemple de l'informatique pose le problème de l'évaluation et de la tutelle sur investissements

Un projet informatique mobilise le plus souvent des ressources de fonctionnement au premier rang d'entre elles le temps des personnes qui y participent, autant voire plus que des investissements matériels. L'opération est cependant un investissement même s'il est immatériel.

L'IGAS estime que l'exemple de l'informatique pose le problème du mode d'exercice de la tutelle et du contrôle a posteriori sur les investissements des EPS dont on sait que ces contrôles sont insuffisants alors que ces dépenses ont un effet structurant important et des conséquences non négligeables sur les budgets de fonctionnement.

Pour ce qui est de l'informatique, et sans exclure un renforcement global de la tutelle sur ce sujet, la mission reprend les propositions faites de constitution d'un dispositif d'évaluation des projets de refonte de système d'information de plus de 50 MF. Afin d'éviter tout impact de préoccupations commerciales le recours à des cabinets privés devrait se faire sur la base d'un protocole précis et les crédits afférents doivent être maîtrisés par l'IGAS. Ces évaluations pourraient associer les inspecteurs formés au contrôle a posteriori et des membres d'autres corps de contrôle supérieur et des agents de la direction des hôpitaux (proposition 53).

- Faute de moyens l'IGAS propose de limiter la labellisation à la paie et d'abandonner certaines actions en principe souhaitables

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. La vérification de la conformité à la législation des logiciels est aussi une action utile, mais qui ne peut être envisagée aujourd'hui:

De même on pourrait envisager la labellisation de produits tant en ce qui concerne leur qualité globale que pour leur respect de la législation. L'IGAS partage l'opinion de Bossard Consultants sur l'impossibilité de la mettre en oeuvre, sauf dans le domaine de la paie.

Il lui apparaît en effet que, pour ce qui concerne la paie, seul sujet reconnu fondamental par les EPS aujourd'hui, la dispersion qui s'engage ne présente aucun avantage et que le monde hospitalier a intérêt à labelliser un nombre limité de produits (proposition 6-1).

Cette labellisation suppose que soit clairement traité le problème de la refonte de Graph2. La mission estime que la propriété par l'État d'un logiciel hospitalier ne peut être qu'une solution transitoire et que la solution la plus saine est le lancement, par une structure de maîtrise d'ouvrage ad hoc, d'un appel d'offres pour le remplacement du produit, sachant que le produit d'évolution serait la propriété de l'offreur (proposition 6-2).

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 des gains de productivité et donc un financement sur des économies de gestion. Mais il est probable que cela ne suffira pas et qu'un des intérêts d'un système d'information plus performant sera faciliter la réorganisation de l'offre. Par ailleurs la multiplicité des investissements concurrents montrent que globalement des ressources de financement existent alors que les centres producteurs sont confrontés à des difficultés réelles pour financer l'évolution de leur

offre. La ressource financière est, à ce stade du développement de l'informatique des EPS et de leur demande réelle, suffisante mais mal répartie et stérilisée par une utilisation trop individualiste.

L'IGAS propose donc d'accroître la contrainte budgétaire portant sur les CHR afin d'éviter les comportements trop individualistes et d'utiliser les sommes ainsi récupérées pour financer des projets communs à plusieurs EPS.

Pour cela la mission propose d'opérer un redéploiement sur le taux directeur. La modestie des sommes en jeu, à l'échelle des budgets hospitaliers doit le permettre. Ce redéploiement devrait concerner principalement les CHU car ce sont eux qui financent la majorité des projets concurrents dans les domaines déjà couverts de la gestion administrative. L'IGAS estime qu'un prélèvement de 0,1 point sur la base budgétaire (soit environ 200 MF) devrait permettre de financer les mesures proposées et de gager le coût des mesures entraînant une augmentation des dépenses de l'État (proposition 7-1). Ce prélèvement s'entend en plus de la cotisation au fonds mutualisé qui s'ajouterait à cette enveloppe; si le mode de gestion choisi était celui préconisé par la mission.

Dans ce cadre et compte tenu du manque d'appétence des EPS pour l'informatique il serait utile de financer un nombre restreint d'expériences pilotes d'informatisation très large afin d'en faire des exemples et surtout d'estimer sur la base d'expériences réelles le coût financier de l'informatique dans un établissement très largement informatisé (proposition 7-2).

4.5. II 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

On peut considérer que le management des EPS peut être, en général, l'objet d'une politique publique, ce n'était pas l'objet de la mission.

Pour la seule informatique les bonnes pratiques de gestion d'un système d'information et des projets informatiques sont connues et font l'objet d'une abondante littérature. Il appartient au management des EPS de s'en saisir et de les mettre en oeuvre. Pour la mission la meilleure manière de diffuser les "bonnes pratiques" est de rendre public le guide d'évaluation et de le mettre en oeuvre (proposition 8-1).

La proposition faite par Bossard de mettre en place une structure transversale type conseil de l'informatique ne paraît pas à l'IGAS devoir faire l'objet d'une réglementation. Il appartient aux EPS de s'en saisir.

En termes de politique publique on peut envisager des actions d'accompagnement pour faciliter cette amélioration des pratiques de travail. L'IGAS formule sur ce point de vue deux

propositions.

Il lui paraîtrait psychologiquement utile de rendre obligatoire une formation continue sur ce thème pour toute nomination comme directeur de 1^{ère} classe ou directeur général (proposition 8-2)

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. Celui-ci n'a pas de raison particulière d'appartenir au corps des directeurs et pourrait tout aussi bien être en fonction des compétences un médecin, un infirmier général ou un technicien contractuel. Cela suppose de relancer cette formation et de l'ouvrir au delà du corps des directeurs (proposition 8-3).

- 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).

La mission estime que la EPS vont de plus en plus être confrontés à des sollicitations liées à la technologie (télémédecine, autoroutes de l'information, multimédia). Il lui apparaît que ces sujets, sauf si les projets permettent de prévoir des gains nets, quantifiables et évaluables en matière de service rendu et d'économies de gestion, ne sont pas, compte tenu du niveau d'informatisation des EPS, prioritaires. Ces projets ne devraient être lancés que dans des établissements ayant déjà couverts leurs besoins prioritaires et si une étude de rentabilité montre leur intérêt.

A cet égard la restriction du fonds mutualisé à l'innovation parait contre-productive. L'IGAS propose de revenir sur cette restriction et d'orienter en priorité le fonds mutualisé vers des opérations de coopération interhospitalière et de réalisation de progiciels accroissant la couverture fonctionnelle (proposition 9-2).

Dans cette perspective la mise en place d'un dispositif de financement des projets innovants proposée par Bossard n'est pas retenue par l'IGAS.

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

La mission partage la description faite par Bossard Consultants des scénarios possible qui a fait l'objet de nombreuses discussions entre le groupe projet et le prestataire. Elle a une vision plus pessimiste du scénario tendanciel. Si les EPS adoptent une démarche progicielle et refusent de continuer à payer les surcoûts qu'entraînent leurs démarches individualistes la concentration du marché commencera. L'application des mesures préconisées par l'IGAS devrait y contribuer en mettant en lumière et en sanctionnant des comportement individualistes non justifiés.

Compte tenu de l'existence de trois offres privées et de la taille du marché, deux, ou au maximum trois, offres publiques pourront participer à la compétition qui désignera un nombre limité d'offres couvrant, seul ou avec des partenaires, l'ensemble de l'informatisation d'un EPS.

L'IGAS estime par ailleurs que l'évolution tendancielle est à une dégradation de plus en plus rapide du dispositif existant, dont le cadre régional n'est plus adapté, sous l'impact et la reprise en main des équipes informatiques par les CHR afin de traiter leurs propres problèmes. Les conséquences seront supportées par les établissements aux plans financiers du service offert. De même la mission partage l'analyse de Bossard Consultants sur la nécessité d'un regroupement et d'une spécialisation de l'offre de service.

Il lui apparaît que la cohérence de la démarche REFERENCE donne un avantage comparatif à une offre hospitalière qui l'utilisera. La simple évaluation du parc existant donne à l'offre SYMPHONIE un avantage comparatif si elle réussit à s'unir. Dans le cas contraire l'offre CPAGE est celle qui semble connaître la plus grande expansion dans la période récente.

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 si 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 a expliqué pourquoi elle estime que la restructuration de l'offre n'est pas la manière d'assurer une informatisation plus efficace des EPS. Par ailleurs 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).

Enfin pour assurer la qualité des prestations des centres producteurs l'IGAS suggère de financer sur le fonds mutualisé et de manière forfaitaire le coût d'une certification ISO 9001 qui pourrait être incluse dans les critères de choix pour l'ensemble des fournisseurs d'informatique des EPS, tant publics que privés dans un délai de trois ans (proposition 10-5).

- 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 déclinaient. 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 service du Ministre chargé de la Santé (services déconcentrés, IGAS). Cette possibilité doit a 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).

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

Le projet REFERENCE peut s'il atteint ses objectifs permettre aux EPS qui choisiront cette démarche de mettre en concurrence plusieurs offreurs sur un même segment de produit de retenir plusieurs fournisseurs différents sans avoir un important et coûteux travail d'intégration à effectuer pour bénéficier d'un système d'information cohérent, puisque tous les produits quel que soient leur fournisseurs doivent être "compatibles" avec le noyau. Mais paradoxalement dans sa gestion actuelle ce projet risque d'être le "cheval de Troie" d'une offre particulière, celle de Cap Sesa Informatique Hospitalière.

C'est pourquoi la mission recommande de soutenir ce projet en y mettant les conditions qui assurent sa réelle ouverture.

- L'IGAS propose de financer le renforcement de la maîtrise d'ouvrage sous réserve mesures permettant d'assurer la réelle ouverture du projet (proposition 12-1)

Le projet REFERENCE offre la perspective, au delà de ses préfinanceurs actuels, la combinaison d'une cohérence du système d'information hospitalier et d'une concurrence entre fournisseurs respectant cette cohérence. En ce sens il a un intérêt qui dépasse celui de ses promoteurs et justifie un financement spécifique, hors budget des EPS participants.

Une véritable diversification de l'offre autour du noyau suppose un élargissement de son marché potentiel et donc l'adhésion de nouveaux partenaires hospitaliers.

Ce soutien doit être financier, et ce support destiné en priorité à permettre un

dimensionnement adéquat des structures de conduite de projet

Ce soutien doit être conditionné par la mise en place de structures publiques de conduite du projet et par la suppression de la délégation de la maîtrise d'ouvrage à une société privée. Les actions minimales à conduire sont:

- la transformation du GIE en GIP et l'inclusion dans ses statuts de la présence d'un représentant de l'État au conseil d'administration ainsi que du droit de contrôle de ses activités par les services du Ministre chargé de la Santé.

- la reprise par cette structure de la totalité de la conduite du projet

- la définition claire d'un projet global et précisant les positionnements choisis par les

EPS

Ce soutien doit être conditionné par des mesures visant à assurer l'ouverture effective à la concurrence et par une modification des relations actuelles avec CSIH. Pour contrer l'image d'un projet maîtrisé par CSIH, affirmer la réalité du souhait d'ouverture des EPS et éviter le scénario tendanciel qu'elle a décrit la mission recommande, au minimum, les actions suivantes

- réunion des offreurs privés intéressés pour leur présenter la stratégie et le noyau avec information préalable dans la presse spécialisée

- sollicitation officielle des constructeurs pour leur demander de qualifier le noyau sur leurs plate-formes

- définition des procédures de qualification des produits et de la structure, indépendante des offreurs, en charge de la prononcer

- retrait du projet unité de soins commun avec CSIH, pour lequel une demande de financement a été faite au CIHS

- définition de scénarios de migration

- La mission préconise le remboursement aux préfinanceurs des sommes engagées pour réaliser le noyau (proposition 12-2)

Cela permettrait de le mettre gratuitement à disposition des EPS souhaitant l'utiliser et des offreurs souhaitant proposer des produits, sous réserve d'un engagement de soumettre ceux-ci aux procédures de qualification retenues par le GIE.

Le noyau présente l'avantage de définir le cahier des charges d'une cohérence des applications au sein d'un EPS et entre EPS. Il présente dans ce cadre un intérêt pour tous les EPS qui souhaiteraient tirer partie de cette possibilité. Il peut être un élément fédérateur au plan national.

Le remboursement des sommes engagées, par le fonds mutualisé ou par une dotation budgétaire spécifique, permettrait de régler le problème de l'élargissement des structures de conduite de projet à des EPS n'ayant pas participé au financement initial.

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

La mission a relevé le manque d'expertise interne aux EPS dans la conduite de leur informatisation, il lui apparaît que ce constat est aussi vrai en ce qui concerne les instances de régulation et le traitement de sujets d'intérêt commun.

- La mission estime nécessaire la création de structures d'évaluation des logiciels, de normalisation et de transcription de la législation (proposition 13-1)

La première priorité est l'évaluation des logiciels

Les audits de site ont mis en évidence le faible niveau d'information des EPS sur le contenu de l'offre disponible et le manque de connaissance à la fois des fonctions offertes et des conditions de mise en oeuvre des logiciels. Un consensus se fait sur la nécessité de mettre en place une structure indépendante d'évaluation des logiciels, dans le cadre d'évaluations légères.

La normalisation et la transcription de la réglementation sont des actions de seconde priorité

L'IGAS partage entièrement l'analyse et les propositions, de Bossard Consultants L'audit de REFERENCE confirme l'importance de ce point, toutefois dans le cadre de ressources limitées et d'une montée en charge progressive du dispositif la mission considère que la priorité est moindre.

L'IGAS donnerait sa préférence à une création dans le cadre de l'ANDEM

Elle suggère que cette fonction soit créée au sein de l'ANDEM, structure existante et dont les missions d'évaluation présente des similitudes.

Si cela ne s'avérait pas opportun la création d'une agence pourrait être envisagée.

Le maintien de ce rôle au CNEH ne pourrait être envisagé que dans le cadre d'une réévaluation totale de la vocation de cet organisme lui retirant clairement tout rôle de bureau d'étude et le soumettant à un contrôle public fort.

- Les moyens que l'État affecte à -ce sujet doivent être renforcés (proposition 13-3)

Mettre en oeuvre une politique adéquate aux besoins nécessite de mener une action comparable à celle qui existe en Angleterre. A cet égard une analyse plus approfondie de leur

expérience serait sans doute utile. En première approximation le dispositif souhaitable serait d'une ampleur comparable à celui qui existe en Angleterre, dans la mesure où le champ plus restreint est plus que compensé par les missions plus larges notamment en matière d'évaluation et de normalisation.

Un dispositif restreint au strict minimum impliquerait en tout état de cause une augmentation des moyens de l'État. La mission en approximation sommaire estime qu'il faudrait un bureau de l'informatique hospitalière de 14 personnes, une structure d'évaluation de 15 personnes et une structure d'animation de la normalisation de 10 personnes, en dehors de tout personnel administratif. La charge de travail des services déconcentrés n'a pas été évaluée. Le budget devrait être précisé en fonction du nombre de projets audités par an et après redéploiement du budget existant, une première estimation de 4 MF pour les audits et évaluations de projets est proposée.

Tableau 2. Configuration minimale du bureau de l'informatique hospitalière

Missions				
	A	B	C	Ttl
- Chef de bureau et secrétariat	1			1
- Animation services déconcentrés,	2	1	1	4
- Secrétariat CIHS	1	1	1	3
- Interface système d'information ministère	1			1
- Suivi évaluations projets et agence évaluation produits, enquêtes informatiques hospitalières	1			1
- Suivi des dossiers européens	1			1
- Suivi offre et marchés (scénario tendanciel)	1			1
- Secrétariat et bureau d'ordre			3	
Total	8	2	5	15

▪ L'IGAS propose un plan d'action

La mission a traduit ses propositions en un plan d'action réparti dans le temps qui peut fournir une première base à la planification des travaux incombant à l'État.

En conclusion de ses travaux la mission souhaite que l'état des lieux qui a été fait soit largement diffusé et utilisé pour faire naître un débat constructif sur la manière dont le système d'information hospitalier peut être un outil plus performant, pour les établissements et les services qu'ils rendent, et pour les autorités qui ont en charge la régulation et la politique de santé.

Il serait dommage que le débat, nécessaire sur les analyses et les propositions de la mission, soit occulté par des stratégies d'acteurs. Chacun trouvera sans doute que telle ou telle partie du constat fait par la mission ne correspond pas à son appréhension de la réalité. Le volume de travail et la diversité des instruments utilisés pour mener cette évaluation laissent penser que le tableau dressé est un portrait ressemblant.

On peut par certains aspects douter qu'il y ait une politique publique en matière de système d'information et d'informatique hospitalière. En tout cas ce sujet n'est pas "à l'agenda" pour employer le vocabulaire labellisé en la matière. La mission ne souhaite pas tomber dans l'attachement que chacun éprouve pour le sujet dont il a eu à traiter. Il lui apparaît que le défaut de politique publique dans ce domaine a des effets très négatifs. Poursuivre dans une relative inaction n'empêcherait pas les hôpitaux de soigner. Cela favoriserait la mauvaise utilisation des moyens disponibles, un retard significatif dans l'utilisation d'organisation et de techniques modernes et donc finalement la capacité du système à répondre mieux aux besoins de la population.

Même si les propositions de la mission ne recueille pas l'accord des décideurs il n'est pas possible de poursuivre dans la voie entreprise et de se borner au statu quo.

Enfin la mission souhaite livrer deux réflexions.

Vu sous l'angle du système d'information la tutelle, et le contrôle a posteriori que l'on continue parfois à juger tatillons sont inexistantes. Un EPS peut aujourd'hui s'engager dans des opérations coûteuses qui mobiliseront les énergies de son établissement au détriment d'autres sujets sans contrôle préalable, c'est la conséquence de la suppression du contrôle a priori mais surtout sans évaluation et contrôle a posteriori.

Vu sous l'angle du système d'information les compétences dont disposent les établissements sont trop limitées. Les pratiques managériales sont faibles. Le mode de recrutement des dirigeants cumule une série de handicaps qui rendent plus difficile l'émergence de cadres en mesure de traiter de ces sujets. Les juristes sont sur-représentés au recrutement externe. La mobilité des cadres en cours de carrière en dehors du monde hospitalier est faible. Les conditions de nomination comme directeur général de CHU limitent les apports externes. L'ensemble de ces facteurs ne sont pas de nature à élargir le vivier de compétences auquel le EPS peuvent faire appel et mettent le secteur hospitalier en deçà de ce qui existe dans la fonction publique d'État.

Annexes

Liste des annexes

1. Liste des documents intermédiaires produits par la mission
2. Méthodologies
3. Liste des sites audités
4. Liste des propositions

Annexe 1. Liste des documents intermédiaires produits

- Rapports d'audit de sites (documents de travail non communicables)
- BOSSARD Consultants - Rapport de synthèse des audits de sites
- IGAS Rapport relatif au rôle de l'État - Direction des Hôpitaux (94118)
- IGAS Rapport relatif au rôle de l'État - Services déconcentrés (94049)
- IGAS Rapport relatif à l'évaluation du rôle du CIHS (94119)
- IGAS Note sur la visite d'étude de l'informatique hospitalière en Angleterre (94041)
- IGAS Évaluation du projet REFERENCE (94118)
- BOSSARD Consultants - Étude sur l'informatique hospitalière en RFA
- CNEH Exploitation anticipée de l'enquête informatique hospitalière 1993
- CNEH Enquête auprès d'un échantillon d'EPS
- IGAS CNEH (groupe projet) Synthèse des entretiens réalisés par le groupe projet (9411)

La société M&S Conseil qui avait contracté avec Bossard Consultant pour la réalisation d'une partie de la prestation confiée à cette société a réalisé un rapport de synthèse dont elle a assuré la diffusion en dehors des procédures de validation par le groupe projet prévues par le protocole d'enquête. La mission a pris connaissance de ce document et constaté que la rédaction du rapport ne permet pas de savoir quelles constatations sur si étaient les constats et les recommandations. Elle a aussi constaté que ce rapport traite de sujets qui n'ont pas été vus dans le cadre des audits de site faits avec la collaboration de cet société. Pour ces deux raisons la mission estime que ce rapport est un rapport d'opinion émanant d'un bon connaisseur du système mais pour une large part non étayé par 1 investigations effectuées dans le cadre de cette évaluation de politique publique.

Annexe 2. Méthodologie

1. les objectifs et le dispositif retenu

L'évaluation des politiques est la première citée des missions confiées à l'Inspection Générale des Affaires Sociales par son décret statutaire.

La mission d'audit de l'informatique hospitalière et d'évaluation de la politique en ce domaine se place dans ce cadre. Toutefois ses objectifs et son contexte particulier expliquent le dispositif retenu pour la conduire.

1.1. L'évaluation des politiques publiques n'est pas aujourd'hui normalisée

Par rapport au canevas général de l'action publique que reprend le graphique joint suivante, des différences notables existent entre les définitions de l'évaluation des politiques publiques. De plus ses finalités font l'objet d'un débat de fond.

On rappellera, pour mémoire, trois définitions de l'évaluation:

- "évaluer une politique c'est reconnaître et mesurer ses effets propres" (Rapport DELEAU. Évaluer les politiques publiques. Commissariat général au plan 1986)

- "évaluer une politique c'est émettre un jugement sur la valeur de cette action" (Rapport VIVERET l'évaluation des politiques et des actions publiques. Rapport au Premier Ministre 1989)

- l'évaluation d'une politique c'est "l'appréciation portée sur l'efficacité d'un programme d'une politique ou d'une action publique à la suite de la recherche scientifiquement exigeante de leurs effets réels au regard des objectifs (affichés ou implicites) et des moyens mis en oeuvre" (Manuel de vérification de la Cour des comptes)

Ces définitions différentes retracent pour une part un débat sur les objectifs de l'évaluation. L'évaluation peut être un moyen d'apprécier les retombées de l'action publique pour les citoyens. Elle peut être un moyen de mieux connaître les mécanismes de l'action

publique pour en améliorer le pilotage (système de contrôle stratégique de l'action publique). Elle peut enfin être un élément de dialogue entre l'État et les entités qui bénéficient de leur intervention ou qui sont les médiateurs de son action.

1.2. Le contexte de la mission est particulier

La mission a eu pour origine la demande par le cabinet du Ministre d'un point sur la situation de l'informatique hospitalière. A cette demande la direction des hôpitaux a proposé une mission d'audit réalisée de façon mixte par l'IGAS, le CNEH et une société non engagée dans la production de logiciels et dont les prestataires privés, CNEH & société, seraient rémunérés par le fonds mutualisé.

L'implication de la "communauté hospitalière" était un des souhaits de la direction des hôpitaux et elle se manifeste par trois points :

- la suggestion faite par les Ministres au Président du CIHS de demander une mission à l'IGAS,
- l'association du CIHS à la définition et à la conduite de la mission au travers de sa participation au comité de pilotage,
- le financement des prestataires externes par le CIHS, même si au travers du potentiel affecté par l'IGAS à la mission l'État, apporte un concours d'un volume supérieur à celui du fonds mutualisé

Le caractère d'audit et non de contrôle de la mission a été marqué par le fait que les rapports de sites sont des documents de travail qui reflètent l'application à un site particulier d'une méthodologie générale d'investigation, et non un audit complet de la situation particulière du site concerné.

La responsabilité finale du diagnostic et des propositions a été confiée à l'IGAS en raison de l'indépendance de l'Inspection qui n'est pas impliquée dans la gestion courante. Elle est assurée par la conclusion des travaux dans un rapport de synthèse sous le seul timbre de l'IGAS.

1.3. La mission vise à améliorer le pilotage de l'action publique et à proposer aux acteurs des orientations stratégiques

La mission ne vise pas à apprécier les retombées de l'action publique pour les citoyens Elle a pour objectif d'apprécier l'action des acteurs publics concernés pour améliorer le pilotage et de proposer à l'ensemble des acteurs un constat et des propositions qui puissent fonder un consensus, ou une décision politique in fine, sur la conduite de cette action publique.

Comme on le voit dans le rapport il est clairement apparu à la mission que la politique mise en place en 1989 n'avait pas d'objectifs fixés clairement en termes d'apport de la "dérégulation" à la politique sanitaire ou au management hospitalier. Elle présente comme particularité d'affirmer la nécessité du retrait de l'État et de l'autonomie des établissements. Il est donc demandé d'évaluer l'impact d'une diminution volontaire du rôle de l'État et du transfert de son rôle de régulation à d'autres acteurs.

De ce fait la mission a dû définir, à partir d'une reconstruction des objectifs implicite de la politique, les questions auxquelles il lui paraissait nécessaire que réponde l'audit pou proposer une réflexion.

L'objectif final est

- d'évaluer la situation de l'informatique hospitalière pour répondre aux questions posées dan le protocole d'enquête et faire émerger les éléments clés de diagnostic

- d'évaluer l'action publique et les modalités de régulation du secteur
- de proposer des orientations stratégiques aux acteurs et des modes de régulation

1.4. Un dispositif de conduite du projet à trois niveaux a été retenu

Le pilotage a été assuré par un comité réunissant, sous la Présidence du Chef de l'Inspection Générale, le Directeur des Hôpitaux, le Président et les deux vice-présidents du CIHS, le Directeur Général du CNEH, L'Inspecteur Général dirigeant la mission.

La mission a été dirigée par le Docteur GUBLER, Inspecteur Général des Affaires Sociales

Un groupe projet composé de Mme LABROUSSE, directeur délégué du CNEH, et de Monsieur PENAUD, inspecteur de l'IGAS a assuré la conduite effective du projet et assuré une partie des investigations.

Les audits de sites ont été, pour la plupart, conduits par des équipes mixtes IGAS/BOSSARD Consultants et pour certains par des consultants de BOSSARD seuls ou des inspecteurs de l'IGAS seuls. Le CNEH a réalisé l'enquête auprès des EPS et procédé à une exploitation anticipée de l'enquête sur l'informatique hospitalière. L'IGAS a mené seule les investigations concernant les structures de régulation (DH et CIHS) ainsi que l'audit du projet REFERENCE et a réalisé une étude de la situation en Angleterre.

2. Le Protocole d'enquête

2.1. Les objectifs implicites de la politique publique ont. été reconstruits

A partir de l'analyse des textes émanant des décideurs publics et d'entretiens avec les responsables en postes en 1989 la mission a reconstruit les objectifs implicites de la politique publique mise en place à cette date.

Il est tout d'abord apparu clairement que la politique de "dérégulation" n'était explicitement pas une politique à objectifs sanitaires, mais un moyen de répondre à la demande des responsables politiques, de trouver des mesures d'allègement de la tutelle et d'augmentation de l'autonomie des établissements.

Il était toutefois attendu de cette mesure des évolutions positives par rapport à un état de l'existant jugé défavorable. La mission a ainsi repéré quatre questions auxquelles il lui est apparu nécessaire que le rapport final réponde à quatre interrogations.

A-t-on pu passer d'un système "bloqué" et ne permettant pas d'élargir le champ de l'informatisation en dehors de la gestion administrative à un système évoluant vers une couverture fonctionnelle de l'unité de soins?

L'autonomie des établissements et la mise en concurrence des producteurs hospitaliers ont-elles eu l'impact positif sur le management et l'évolution de l'informatique hospitalière qui était attendu

Assurer la cohérence du système d'information hospitalier et sa capacité à transmettre des données à d'autres systèmes d'information, agréger les données nécessaires à la connaissance de l'activité hospitalière demeuraient un objectif.

Enfin il faut se demander si l'allocation des ressources dans un contexte de rigueur budgétaire a été efficace. Il est clair que les économies faites sur la gestion administrative devaient permettre, dans l'esprit des décideurs, de financer l'informatisation des unités de soins.

2.2. Un protocole d'enquête a été défini

Au delà de ces questions générales le groupe projet a défini des thèmes correspondant à des sujets que les investigations devaient aborder pour articuler un constat et des propositions.

Chacun de ces thèmes a été décliné en sous thèmes et pour chacun d'entre eux ont été repérés les outils pouvant être utilisés et les intervenants les plus adaptés pour mener les investigations.

Sur la base de ce protocole a été élaboré le cahier des charges de la prestation externe où le choix du prestataire a fait l'objet d'un appel d'offres. Un guide d'audit a été préparé pour les consultants et inspecteurs amenés à participer aux audits de sites.

L'évaluation des structures de régulation a été confiée à l'IGAS seule.

2.3. Des documents de travail intermédiaires ont été élaborés

Chacune des investigations menées a fait l'objet d'un rapport retraçant les investigations et leurs résultats. Leur liste figure en annexe 1.

3. Le déroulement de la mission

Un retard important a été pris dans la réalisation de la mission. Il peut s'expliquer par quatre raisons principales :

- le suivi du prestataire a été plus lourd pour le groupe de projet que prévu ce qui a entraîné un retard dans la production des travaux à la charge du CNEH et de l'IGAS.

- bien que dans leur grande majorité les audits de site aient eu lieu aux moments prévus, le prestataire retenu n'a pu tenir les délais prévus dans la production des rapports de site et du

rapport de synthèse

- un désaccord entre les deux responsables de mission chez le prestataire (l'un appartenant à Bossard Consultant, l'autre étant un consultant indépendant) a retardé l'obtention du rapport de synthèse des audits de site.

- l'audit de REFERENCE a été pris en charge par l'IGAS à la demande du comité de pilotage, répondant favorablement à un souhait de BOSSARD Consultants de ne pas assurer cette évaluation; cela a occasionné une charge et donc un délai supplémentaire

Annexe 3. Liste des sites audités

	Site	Offre	
1	CRIH Dijon	CPAGE	1
2	CHU Dijon	CPAGE	
3	CH Macon	CPAGE	
4	CH Evruex	CPAGE	
5	CRIH Besançon	CPAGE	
6	CHU Besançon	CPAGE	
7	CHU Bordeaux	Bordeaux	2
8	CRIH Bordeaux	Bordeaux	
9	CH Orsay	Bordeaux	
10	CH Mont de Marsan	Bordeaux	
11	CHU Nice	Nice	3
12	CHU Montpellier	Montpellier	4
13	CH Carcassonne	Montpellier	
14	CRIH Reims	Reims	5
15	CHU Reims	Reims	
16	CRIH Clermont Ferrand	STAF	6
17	CH Lorient	STAF	
18	CH Aurillac	STAF	
19	CSIH	STAF	
20	Grand projet TOURS	Grand projet Tours	7
21	CRIH Toulouse	PROFILS	8
22	CH Tarbes	PROFILS	
231	CRIH Amiens	PROFILS	
24	CRIH Lille	Grand projet Lille	9
25	CHU Lille	Grand projet Lille	
26	CH Roubaix	Grand projet Lille	
27	CHS Bailleul	Grand projet Lille	
28	Site KALAMAZOO	Kalamazoo	10
29	CH Melun	Kalamazoo	
30	CH ourg Achard	Kalamazoo	
31	CHU & CRIH Tours	SYMPHONIE	11
32	CHU & CRIH Metz-Thionville	SYMPHONIE	
33	CH Briey	SYMPHONIE	
34	CH Béthune	SYMPHONIE	
35	SIR Poitou Charentes	SYMPHONIE	
36	CHS 15-20	SYMPHONIE	
37	SYMPHONIE METZ	SYMPHONIE	
38	CU Martigues	MISTRAL	12
39	CRIH Marseille	MISTRAL	
40	CH Cannes	MISTRAL	
41	CHU Rouen	ROUEN	13
42	CRIH Rouen	ROUEN	
43	CH Dieppe	ROUEN	
44	CH Villefranche	HCL	14
45	HCL	HCL	

	Site	Offre	
46	Synthèse & siège	AP-HP	15
47	St Vincent de Paul	AP-HP	
48	Nexker	AP-HP	
49	Pitié Salpêtrière	AP-HP	
50	St Louis	AP-HP	
51	St Antoine	AP-HP	
52	H. Mondor	AP-HP	
53	R. Debré	AP-HP	
54	CH Pontoise	Pontoise	16
55	Sté Pyrénées Informatique	Pyrénées Informatique	17
56	CH Elbeuf	Pyrénées Informatique	
57	Hexaflux Informatique	Hexaflux Informatique	18

Annexe 4. Liste des propositions

- 1 . Définir à l'image de ce qui a été fait en Angleterre la contribution aux objectifs de la politique de santé demandée au système d'information et à l'informatique des établissements.
- 2 . Confier la régulation à des structures publiques
 - 2.1. Donner le secrétariat du CIHS à la direction des hôpitaux, éventuellement en le partageant avec une structure technique si celle-ci était clairement positionnée dans la sphère publique
 - 2.2 Supprimer l'intervention du président du CNEH dans le processus de décision du fonds mutualisé
 - 2.3 Prévoir que le président du CIHS est un magistrat ou un inspecteur général
 - 2.4. Etablir des bases solides au financement du fonds mutualisé : volontariat absolu, caractère obligatoire ou gestion sous forme d'une enveloppe nationale dans le cadre du taux directeur
3. Définir le système d'information du Ministère (administration centrale et Services déconcentrés) et les obligations de fourniture d'information des EPS
 - 3.1 Refondre totalement pour la rendre fiable et rapidement disponible l'informatique hospitalière
 - 3.2. Définir dans un délai maximal d'un an une première version des informations que les EPS doivent fournir à l'Etat sous forme informatique
 - 3.3. Prescrire aux EPS de revoir leur schéma directeur afin de planifier la production de ces données et des données PMSI en sous produit de logiciels de gestion interne assurant une cohérence entre informations administratives et médicales et utilisant un identifiant permanent du patient
4. Fixer aux EPS des niveaux minimum de service rendu par l'informatique dans certains domaines
 - 4.1. Consulter le CIHS sur les domaines concernés
 - 4.2. Après cet avis prescrire aux EPS de modifier leur schéma directeur pour planifier des engagements de résultats sur un nombre limité de fonctions caractéristiques du service rendu

5. Mettre en place une évaluation et un contrôle a posteriori

5.1 Confier conjointement à l'IGAS et à la DH une mission d'animation de la politique de contrôle des services déconcentrés aboutissant à la mise en oeuvre d'un plan de contrôle

5.2. Exploiter au niveau national les schémas directeurs des EPS les plus importants

5.3. Confier à l'IGAS, assistée d'autres corps de contrôle supérieur et de cabinets d'audit un mission d'évaluation des projets de refonte de système d'information dépassant 50 MF et affecter la gestion des crédits dégagés à cette fin à l'IGAS.

6. Limiter la labellisation à la paie et abandonner certaines actions, souhaitables, mais pour lesquelles les moyens ne sont pas disponibles

6.1. Labelliser un nombre limité de produits de paie

6.2. Lancer un appel d'offres pour le remplacement de Graph2

7. Définir un cadrage budgétaire et augmenter la contrainte financière des CHR

7.1. Opérer un prélèvement de 0,1 points de base budgétaire, principalement sur les CHR, pour financer les mesures préconisées

7.2 Financer un nombre restreint d'expériences d'informatisation complète d'établissements

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

8.1. Rendre public les guides d'évaluation des schémas directeurs et des projets

8.2. Rendre obligatoire une formation continue sur le système d'information et l'informatique avant toute nomination comme directeur général de CHU ou directeur de lère classe

8.3. Inciter les EPS à nommer un directeur des systèmes d'information et relancer la formation de RSIO en l'ouvrant à des médecins, des infirmiers généraux et des - techniciens contractuels

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

9.1. Faire porter les contrôles sur la EPS qui poursuivent des développements spécifiques

-
- 9.2. Supprimer la restriction du fonds mutualisé à l'innovation et le réorienter vers les projets de coopération interhospitalière qui accroissent la couverture fonctionnelle.
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
 - 10.5. Financer la certification ISO 9001 des centres producteurs ayant présenté un plan stratégique
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
12. Soutenir, sous conditions, le projet REFERENCE
- 12.1. Financer le renforcement de la maîtrise d'ouvrage sous réserve de mesures permettant d'assurer la réelle ouverture du projet
 - 12.2.. Rembourser aux préfinanceurs les sommes engagées pour réaliser le noyau et le mettre à disposition gratuitement des EPS et des offreurs
13. Augmenter la capacité d'expertise et de régulation
- 13.1 Créer des structures prenant en charge l'évaluation des logiciels, la normalisation, la transcription normalisée de la réglementation
 - 13.2. Inscrire ces structures dans un cadre public ou dans un cadre existant clairement
 - 13.2 Inscrire ces structures dans un cadre public ou dans un cadre existant clairement

positionné en dehors d'un rôle concurrentiel (ANDEM)

13.3 Porter les effectifs du bureau de l'informatique hospitalière à 15 agents et dégager 4MF de crédits pour les évaluations de projets