

Ce document constitue la compilation d'une série d'articles publiés dans la revue Décision santé (www.decisionsante.com), dans son édition du 17 avril 2009. La Fédération LESISS remercie la Rédaction en chef pour son aimable autorisation de reproduction.

FINANCEMENT - LES DEÇUS D'HOPITAL 2012

La relance de l'informatique de santé, suscité par le milliard et demi d'euros d'investissement d'Hôpital 2012, est-elle effective. Deux ans après l'annonce du lancement de ce plan d'investissement, les différents acteurs font grise mine. Les raisons d'une déception.

« Pas un hospitalier n'a reçu le moindre sou d'Hôpital 2012 », s'emporte Marc Apfel, directeur général de Siemens Healthcare. « L'offre sur le marché français est en péril du fait d'un sous-investissement », lui fait écho un autre dirigeant. « Trop de saupoudrage », renchérit Olivier Ponties, DSIO1 de l'AP-HM. À l'évocation d'Hôpital 2012, les cris d'orfraie des hospitaliers, DSIO, et autres industriels se font plus stridents les uns que les autres. Surprenant, lorsque l'on se rappelle l'engouement avec lequel a été accueilli, au printemps 2007, ce plan d'investissement de 10 milliards qui faisait la part belle à l'informatique de santé en lui consacrant 1,5 milliard. Deux ans après avoir dévoilé Hôpital 2012, force est de constater que, hormis les propos convenus et angéliques d'une minorité d'acteurs de la santé, la grande majorité se réveille avec la gueule de bois. « En pensant que l'État allait déverser des milliards dans les systèmes d'information, les directions hospitalières ont proposé des projets trop ambitieux, qui ont du mal à atterrir », note Christophe Boutin. Difficile d'y voir clair, sans faire un premier bilan avec le financeur, soit la tutelle. « Sur la première fenêtre, sur les 207 dossiers qui ont été remontés par les ARH, 170 ont été validés, avec ou sans condition, y compris les dossiers validés par la Commission nationale de validation en décembre 2008, qui n'ont toutefois pas été notifiés officiellement par la Ministre, détaille Estelle Oussar, chargée de mission au bureau des SIH de la Dhos. J'intègre là les dossiers qui ont été validés par la Commission nationale de validation au mois de décembre mais qui n'ont pas été notifiés officiellement. Cela correspond à un montant d'investissement d'un peu plus de 245 millions, dont 124 500 000 euros de subventions. 122 dossiers concernent des dossiers de production de soins. Deuxième grand volet : les infrastructures, soit 52 dossiers qui représentent 25 % de l'ensemble des dossiers présentés. 21 dossiers, donc 10 % des dossiers présentés, représentent l'informatisation medicotechnique : informatisation des laboratoires, Pacs2, dossiers d'urgence ou dossiers de blocs. Enfin 12 dossiers, donc 6 % des dossiers présentés, représentent des compléments d'informatisation : mise en place d'EAI, projets d'études. Deuxième approche : la représentation en termes juridiques. Il y a 97 établissements publics, 25 ex-PSPH, 44 pour le privé lucratif, et 4 pour autres établissements (par exemple des GCS3). Dans les établissements de santé (EDS) publics, tous les types d'hôpitaux ont été concernés : 20 % pour les CHU, 61 % pour les CH, 13 % pour les psy, et 6 % pour les hôpitaux locaux. » Au vu de ce bilan, les atermoiements des uns et des autres paraissent incompréhensibles. Mais, comme souvent, le diable est dans les détails. Retard dans l'allocation des subventions, mutualisation de façade, saupoudrage, passe-droits Les griefs sont pléthore. Revue de détails.

Un retard dommageable

« Paradoxalement, Hôpital 2012 a bloqué nombre de projets », réfléchit à voix haute le Dr Thierry Moitard, directeur médical chez McKesson. Et pour cause : seules étaient éligibles, au titre d'Hôpital 2012, les opérations n'ayant pas donné lieu à un ordre de service. Ce qui eut pour principale conséquence de repousser, dans l'attente d'un éventuel financement Hôpital 2012, nombre d'appels d'offres de dossiers patients informatisés, et autres projets en matière de SIH, budgétés en 2007.

Si le calendrier avait été respecté, les premières enveloppes auraient dû être allouées début 2008. En effet, la circulaire du 15 juin 2007, relative « à la procédure de validation des projets au plan Hôpital 2012 », stipule noir sur blanc que les « dossiers déposés le 8 février 2008, seraient notifiés aux régions et établissements en mai 2008, les dossiers déposés le 30 mars 2008 seraient validés en juillet de la même année, et que ceux déposés le 30 juin 2008 le seraient en novembre 2008 ». Il n'en a rien été. Les premières subventions ont été connues fin novembre 2008, ainsi qu'en janvier 2009. « Les projets déposés en février et mars par les ARH qui ont été traités en commission nationale de validation entre avril et juillet 2008 ont été notifiés à la ministre aux ARH le 15 octobre 2008. Entre fin novembre et fin décembre 2008, des commissions nationales de validation se sont de nouveau tenues pour traiter des dossiers reportés de la première fenêtre (une quarantaine) ainsi que 103 dossiers déposés par 5 ARH dans la deuxième fenêtre (Aquitaine, Bourgogne, Languedoc-Roussillon, Corse, Auvergne). » Tous les dossiers de cette première fenêtre, s'ils ont bien été traités, n'ont pas pour autant été notifiés officiellement. Ils devraient l'être courant avril. Quant aux dossiers traités dans le cadre de la deuxième fenêtre, et qui auraient dû être notifiés en novembre, ils n'ont pas, au moment où nous mettons sous presse, été examinés : « Maintenant, depuis la fin du mois de février, et c'est planifié jusqu'à mai, les commissions nationales de validation traitent les dossiers de la deuxième fenêtre », ajoute Estelle Oussar. Les conséquences pour les industriels ont été dramatiques. « Le plan d'Hôpital 2012 a été présenté pendant l'été 2007 et les premières annonces seulement fin 2008. Au final, des investissements majeurs ont été stoppés pendant un an et demi. » En d'autres termes, l'année 2008 fut une année blanche en matière de DPI pour la très grande majorité des éditeurs. Qui ont également remis au placard les projets novateurs : « À partir de là, il n'y a pratiquement pas eu de décisions en 2008. Personne ne pouvait engager quoi que ce soit avant d'avoir eu les autorisations. Effet pervers : on n'a financé que des anciens projets et pas de nouveaux », se rappelle Alexis Westermann, vice-président de Medasys. Au-delà des retards pris, les industriels reprochent également à la tutelle un manque patent de communications : « Il y a un manque total de transparence en ce qui concerne le versement de l'argent », regrette Patrick Apfel, de Siemens. « Le ministère a été incapable de communiquer avec exactitude sur le calendrier Hôpital 2012 : la deuxième fenêtre, qui était annoncée en février, est renvoyée aux calendes grecques », ajoute un dirigeant.

La mutualisation, concept fumeux ?

L'enfer est pavé de bonnes intentions : il en va ainsi de la mutualisation. « L'une des orientations majeures du plan Hôpital 2012 est de favoriser la mutualisation et la coopération entre les établissements », précise la circulaire DHOS/F2 no 2007-438 du 12 décembre 2007. Dont acte. En dépit du bon sens. « La mutualisation est un critère d'éligibilité extrêmement contraignant, pense Xavier Vallin, directeur du cabinet ADE Conseil santé. Au préalable, il faut que les établissements de santé apprennent à travailler ensemble. On ne règle pas la mutualisation par l'informatisation. » Un conseiller en maîtrise d'ouvrage abonde dans son sens : « Actuellement, il n'y a pas un seul éditeur capable de faire communiquer deux SIH différents pour une parfaite mutualisation. Il va falloir faire table rase de tout ce qui a été entrepris dans chacun des établissements pour les mutualiser. Un projet insensé ! »

« Étant donné qu'il y a peu d'éditeurs capables de répondre à un projet mutualisé, ce critère d'attribution des subventions risque de réduire le nombre de compétiteurs. Et, in fine, de restructurer l'offre », ajoute Xavier Vallin. Qui plus est, la mutualisation, considérée comme le principal critère d'attribution des subventions, désoriente nombre d'éditeurs. Selon Xavier Vallin, « Les critères d'attribution n'arrêtent pas de changer : au début d'Hôpital 2012, la mise en place du contrat de bon usage du médicament (CBUM) était un critère important. Maintenant la mutualisation a pris la primauté. » « Le CBUM n'est plus d'actualité, vive la mutualisation ! Mais qu'est-ce que la mutualisation ? », rebondit Patrick Apfel, de Siemens.

Alexis Westermann juge, lui, la déviance qui s'est opérée quant à la notion de mutualisation : « Autre effet que je qualifie de pervers : la mutualisation. Il y a eu une dérive de la notion de mutualisation. La Mainh a fait le constat initial que les hôpitaux ne possédaient pas la maîtrise d'ouvrage. Une des solutions était de mutualiser les ressources. Mais c'est devenu une mutualisation des moyens. Il y a une dérive de compréhension. » Et de citer le cas du centre hospitalier intercommunal (CHI) de Fréjus « où l'on a mutualisé un dossier patient, mais où chacun garde son acquis ». La mutualisation étant la condition sine qua none pour l'obtention des financements, de nombreux hôpitaux ont en effet dû présenter des dossiers mutualisés pour obtenir des subsides qui financeront, in fine, des dossiers distincts. Il n'est qu'à citer cet hôpital local de l'ouest de la France, qui avait conclu son appel d'offres pour un DPI en février 2007, mais l'a repoussé en vue d'obtenir un financement Hôpital 2012. Présenté une première fois en solo en février 2008, le projet a été retoqué parce que non mutualisé. Qu'à cela ne tienne : il fut présenté une seconde fois, en juin, cette fois-ci dans le cadre d'une mutualisation avec l'hôpital voisin. Et fut accepté. Nonobstant, le compétiteur choisi en février 2007 fut de nouveau sélectionné, sans pour autant qu'il prenne en compte le projet de mutualisation.

Renflouer les comptes d'exploitation ?

« Sont exclues du plan les opérations déjà engagées ayant donné lieu à un ordre de service. » Cette impérieuse injonction du cadrage administratif général du plan Hôpital 2012 n'aurait pas été suivie à la lettre. Certains dénoncent, en l'occurrence, les passe-droits des imposants centres hospitalo-universitaires. « Il y a eu à mon sens deux poids deux mesures », affirme un industriel. Les grands projets, les CHU n'ont pas été traités de la même manière qu'un certain nombre de cliniques privées. La règle était la suivante : on ne pouvait engager de projet pour bénéficier d'Hôpital 2012 avant qu'ils n'aient été approuvés. Les petites cliniques, les hôpitaux moyens ont respecté cela. Les grands CHU ne se sont pas sentis obligés de le faire. Deuxième règle : tout devait concerner de nouveaux projets. Ça n'a pas été le cas pour les CHU. C'est comme cela que Marseille a pu récupérer 10 millions d'euros. Sont-ils destinés à combler le déficit du CHU ? La même somme a été affectée à Toulouse. Les grands bénéficiaires d'Hôpital 2012 sont Marseille, Toulouse, Tours, Rennes, Valenciennes (cela fait deux ans que le projet est en cours). Ce ne sont pas de nouveaux projets, ce sont des renflouements de CHU. » Une affirmation sévère, tempérée par Xavier Vallin : « Ces accusations tiennent souvent du règlement de compte. Mais il faut bien avouer que Cerner a présenté un dépassement de plusieurs millions d'euros, financé par Hôpital 2012. » Olivier Monties, DSIO de l'AP-HM, se rappelle que « cela fait deux ans, deux ans et demi que le marché a été notifié à l'issue d'un dialogue compétitif. La solution Cerner a été choisie par l'AP-HM. » Si tel était le cas, l'acceptation du projet serait en effet antérieure au plan Hôpital 2012. Et contreviendrait donc aux règles édictées. Toutefois, la circulaire du 12 décembre 2007 apporte quelques nuances à cette restriction de financement : « La circulaire du 15 juin 2007 pose le principe selon lequel les opérations ayant donné lieu à un ordre de service ne sont pas éligibles. Toutefois, existe la possibilité de solliciter une aide pour une ou plusieurs tranches clairement identifiées. En effet, la notion d'ordre de service s'applique aux différentes tranches fonctionnelles qui composent un projet global. »

Il est donc probable que, même si un projet global avait été engagé avant Hôpital 2012, les CHU incriminés aient quand même pu faire financer une ou plusieurs tranches de leur chantier. Ainsi, l'AP-HM a remporté une subvention pour une partie seulement de son DPI, qui n'est lui-même qu'une brique de son système d'information hospitalier. Interrogée sur la question par Décision Santé, la Dhos a confirmé cette hypothèse. Voilà les principaux sujets de discorde engendrés par Hôpital 2012. Mais il y en a bien d'autres : disparités régionales, manque de maîtrise d'ouvrage, saupoudrage. Une des personnes interviewées a tout de même relevé des qualités au plan d'investissement : Bruno Slosse, directeur général de Cerner France : « Je pense que le bilan Hôpital 2012 est positif. Les investissements de l'État ont été conséquents. Cela va permettre d'augmenter le niveau de déploiement. » Ce que concède également Alexis Wastermann : « Malgré tout, Hôpital 2012 est un élément accélérateur favorable à l'industrie. » Il a fallu, seulement, essayer les plâtres de la première tranche. En attendant la deuxième.

GOVERNANCE – ENCORE UN EFFORT

« Après les financements à la traîne, il faut maintenant s'attendre aux premières casseroles », prédit Xavier Vallin, directeur du cabinet ADE Santé. Déjà, de nombreux établissements engagés dans un chantier SIH ont dû dénoncer leur contrat. Et pas des moindres : AP-HP, CHU de Saint-Étienne Car se pose un problème de maîtrise d'ouvrage et de maturité des produits. « Après avoir conclu un contrat, les directions hospitalières s'attendent à ce qu'on leur livre un produit clés en main. Or, très souvent, l'éditeur ne délivre que des briques. À charge pour l'établissement de construire avec ces briques », résume Xavier Vallin. Raison pour laquelle, autant les établissements de santé que les industriels attendent avec impatience la constitution des toutes nouvelles agences, que ce soit l'Anap ou l'Asip. Plus spécifiquement portée sur les établissements de santé, l'Anap est dirigée depuis le 1er avril dernier par Christian Anastasy. L'Agence d'appui à la performance hospitalière a pris ses quartiers dans les bureaux de l'ex-Gmsih, au Sud du XVe arrondissement parisien. Corinne Gazeau, responsable SIH à l'ex-Mainh, a été réintégrée dans l'organigramme de l'Anap. Pour autant, elle n'en sait pas plus sur ses fonctions à venir. « Comme beaucoup, je suis en attente de la convention constitutive de l'Anap, qui devrait être connue au **deuxième semestre 2009** », affirme-t-elle. Denis Debrosse, qui a assuré l'intérim de la direction de l'Anap (cf. Décision Santé n° 253, p. 16), dans l'attente de la nomination de Christian Anastasy, détaille plus amplement le programme 2009 de l'Agence, qui se cale volontiers sur les principales têtes de chapitre de la loi HPST : mise en place des ARS, des CHT **Parmi les priorités que devra traiter l'Anap, Denis Debrosse « imagine mal que le sujet de l'aide au rétablissement des établissements déficitaires ne soit pas prioritaire ». Il est donc fort à craindre que l'appui à la maîtrise d'ouvrage des SIH ne soit pas sur le haut de la pile des dossiers à traiter d'urgence** Même si Denis Debrosse affirme que l'Anap sera « active dans l'appui à la mise en œuvre ». Tandis que l'Asip devrait « se positionner sur l'aspect configuration et fonctionnement technologique ».

DMP et SIH

Contacté par Décision Santé, ni Jean-Yves Robin, directeur général de l'Asip, ou Michel Gagneux, président, n'ont souhaité nous répondre. Néanmoins, Décision Santé a eu copie d'un rapport classé confidentiel, au moment où nous mettons sous presse, qui détaille le programme de relance des systèmes d'information de santé. Intitulé « Programme de relance du DMP et des systèmes d'information partagés de santé », ce rapport fait la part belle à la relance du dossier médical personnel (DMP). Mais s'attarde également sur le SIH.

Dans un chapitre de ce volumineux rapport de 108 pages, les auteurs rappellent que « la mise en œuvre de système d'information partagé, comme le DMP, nécessite l'implication des établissements de santé dès le démarrage ». Ils ajoutent que, « dans cette perspective, l'Asip nouera des relations étroites de coopération avec l'Anap ». Visant avant tout le déploiement du DMP dans les quelque 3 500 établissements de santé, l'Asip liste les écueils auxquels ceux-là seront confrontés : quasi-inexistence de messagerie sécurisée, mise en place disparate du DPI, décret confidentialité mis en œuvre à titre expérimental en 2010. Constatant qu'il serait irréaliste d'attendre la mise en place de SIH sécurisés pour diffuser le DMP dans l'ensemble des établissements, l'Asip lance un plan d'action sur trois ans (2010-2013) en deux étapes. Première étape : deux régions s'engagent à connecter plus de 50 % de leurs établissements. Deuxième étape : l'ensemble des régions se lance dans la mise en réseau des établissements. En somme, en matière de SIH, l'Asip devrait se contenter de mettre en œuvre l'interfaçage entre SIH et DMP. Côté Anap, d'autres dossiers brûlants (ARS, CHT, établissements déficitaires&) risquent d'accaparer son attention, loin de la maîtrise d'ouvrage SIH. **Les DSIO et industriels risquent donc, une fois de plus, de se retrouver un peu seuls.**

MARCHE DU SIH – DE PLUS EN PLUS ATONE

Selon une étude de Markess International publiée l'an dernier les dépenses en logiciels et services informatiques (IT) dans le domaine de la santé devraient friser les 790 millions d'euros. En février 2009, Gartner Group publiait une enquête sur la même thématique dans différents secteurs. Et concluait sur une baisse des dépenses dans la quasi-totalité des marchés, sauf celui de la santé qui enregistrerait une embellie de 2,2 %. Derrière ces chiffres apparemment positifs se confie un tableau du marché des systèmes d'information hospitaliers pas très reluisant.

D'un côté, la demande n'a jamais été aussi forte et diverse. Le point focal de celle-ci étant le dossier patient. Si la majorité des grands hôpitaux a finalisé l'installation d'un SIH (hormis l'AP-HP qui s'affaire à déployer la solution Orbis de Agfa), bon nombre d'établissements de taille moyenne ou modeste se hâtent lentement. Problème de financement ? Certainement. Afin de les soutenir, le plan Hôpital 2012 a pris le relais de son prédécesseur (Hôpital 2007, ndlr). Il apporte une manne financière à plusieurs projets de modernisation de l'informatique hospitalière. Mais la demande déborde le cadre des composants de SIH pour embrasser des problématiques connexes : imagerie médicale et archivage radiologique, refonte de processus métiers, dématérialisation de factures, pilotage d'activité, sécurité, gestion de la mobilité, etc.

Face à cette demande, un marché « dispersé et fragile du fait d'une offre commerciale segmentée et spécialisée par logiciel métier », selon Markess International. Une brochette de fournisseurs généralistes intervient ici. Ils viennent en fait s'ajouter à une poignée d'éditeurs métiers sachant que les uns et les autres s'accrochent à Hôpital 2012 comme à une bouée de sauvetage. Dans la partie médicale du SIH, le nombre de fournisseurs français se réduit drastiquement au fil des ans. À la dizaine d'acteurs étrangers présents sur ce créneau (McKesson, Siemens Healthcare Diagnostics, Siemens, Improve, Cambio Healthcare Systems, Cerner, Agfa Healthcare, etc.), viennent s'ajouter quelques nationaux que sont Medasys, SQLI, Calystène Software Medical, et dans une moindre mesure, la filiale française du Canadien Axigate. Quel est le poids de la couverture fonctionnelle de leurs offres ? Sont-elles en mesure de faire face aux attentes des utilisateurs ? L'analyse des composants en présence permet de répondre par l'affirmative. Pour autant, ces éditeurs peuvent-ils faire face aux assauts de poids lourds étrangers ? Pas toujours.

L'on a vu ainsi Agfa Healthcare damer le pion récemment au couple Medasys/Thalès à l'AP-HP pour des raisons qui n'avaient rien à voir avec la qualité de leur offre largement référencée sur le territoire national.

La légitimité des Crih ?

Pour un observateur, les pouvoirs publics français n'ont pas su encourager un marché de logiciels de santé à la française. Explication devenue une véritable antienne, la présence des Crih, (encore eux), lesquels auraient fragilisé la pérennité de plus d'un éditeur français du fait de leur concurrence déloyale. Un argument qui (re)pose sans cesse la question de la légitimité de ces structures publiques sur le marché des SIH français.

Si ces dernières ont une position de leadership sur le terrain de la gestion administrative et financière du fait du poids de l'histoire (il s'agit ici de leur champ d'intervention originel organisé et encouragé par l'État aux origines de l'informatisation des hôpitaux), très peu parmi elles ont pu réaliser une incursion significative dans le domaine du dossier patient. À ce jour, le Crih des Alpes constitue l'un des véritables concurrents directs des éditeurs privés sur ce terrain avec Cristal-Net, sachant que certains de ses alter ego jouent la carte de la coopération avec les acteurs privés (cf. article Le nouveau positionnement des Crih).

Du fait de la présence de ces derniers, le marché des systèmes d'information hospitaliers français revêt un caractère singulier au regard de celui des autres pays européens. Loin d'être dynamique, il est de plus en plus atone. Avec en substance la problématique du devenir des acteurs français. Pour autant leurs concurrents se portent-ils mieux ? Rien n'est moins sûr, notamment pour les nouveaux arrivants. L'exemple de Cerner qui a certes marqué un point en remportant le marché de la mutualisation du système d'information du CH de Valenciennes et de l'Ahnac légitime cette interrogation. Débuté à Saint-Étienne, l'éditeur n'a pas su respecter les délais impartis à l'AP-HM. Quelle crédibilité peut-il avoir sur le marché face à des acteurs nationaux référencés depuis de nombreuses années ?

Ce qu'il faut retenir

Hôpital 2012 fut lancé le 13 février 2007 par Xavier Bertrand, alors ministre de la Santé. Ce plan d'investissement, qui succédait au plan Hôpital 2007, prévoyait 10 milliards d'investissement dont 5 milliards en subventions publiques. 1,5 milliard était dévolu au système d'information hospitalier, dont 750 millions d'aides de l'État. La circulaire du 15 juin 2007 détaille les conditions d'éligibilité ainsi que le calendrier prévisionnel. Fin mars 2009, l'État a pris un an de retard sur ce calendrier. Le plan Hôpital 2012 est découpé en deux tranches : pour les SIH, la première tranche (sur un montant global de 1,5 milliard) représente 500 millions d'euros dont 250 millions d'investissement. À ce jour, seule la première fenêtre de cette première tranche a été notifiée : elle représente quelque 125 millions d'euros d'aides publiques. Les dossiers de la deuxième fenêtre devraient être rendus publics courant mai. Les heureux élus de la deuxième tranche devraient être connus fin 2009.

HOPITAL 2012 : UN LEVIER DE MUTUALISATION DES SIH ?

Le nouveau plan vient encourager des initiatives de synergie amorcées timidement il y a quelques années ou en cours de gestation. Si les économies d'échelle sont en ligne de mire, la volonté de travailler ensemble ne va pas toujours sans dire.

Ceux qui attendaient les effets fédérateurs du DMP ont dû déchanter, le projet étant devenu un véritable serpent de mer, n'en déplaise aux pouvoirs publics. Décidément, pour jouer la carte de la mutualisation, il faudra regarder ailleurs. Du côté du plan Hôpital 2012, par exemple. Ce dernier accompagne financièrement un certain nombre de chantiers dont la philosophie repose sur la synergie.

Sur le terrain, plusieurs projets viennent souligner cette tendance. Dans le Limousin, la carte de la mutualisation est encouragée par le plan Hôpital 2012. Les moyens de ce dernier permettent de mettre au point une architecture sécurisée d'accès aux données du patient. Le projet est porté par l'association Reimp'hos qui joue le rôle d'assistance à maîtrise d'ouvrage auprès des 39 établissements de la région.

« Pour nous, il s'agit d'aider les structures de soins de la région à conduire la démarche organisationnelle visant à les apprêter à échanger entre eux en mode sécurisé ; cela passe par l'identification des documents à échanger et les processus à adapter à cette logique transactionnelle », explique David Robine, chef de projet Hôpital 2012 et messagerie sécurisée.

Parallèlement à ce projet, la mutualisation amorcée depuis plusieurs années dans la région se concrétise dans le cadre d'autres projets. La mise en place d'une infrastructure d'échanges entre médecines de ville (plus de 3 000 professionnels de santé) et hospitalière s'inscrit dans ce contexte. Et se subdivise en trois axes : l'identification patient à l'échelle régionale à travers la solution Ideopass, la messagerie sécurisée grâce à l'outil d'Enovacom et l'intégration d'un annuaire d'établissements à sélectionner sur le marché.

Le projet Isys pour le GCS de Franche-Comté

En Franche-Comté, le groupement de coopération sanitaire Emosist-fc s'est engagé dans l'intégration et le déploiement d'un système de soins communautaire destiné à six établissements. Connu sous le nom d'Isys, ce projet nécessite une enveloppe budgétaire d'un peu plus de six millions d'euros dont une aide de 3,145 millions. L'une des contraintes technico-fonctionnelles que doit respecter l'outil est la capacité à supporter en moyenne 1 000 sessions concurrentes des utilisateurs. Après une analyse de l'offre du marché, le GCS avait retenu l'offre progicielle Millenium de l'éditeur Cerner, au terme d'un dialogue compétitif. Elle est implémentée sur des plates-formes IBM Blade Center intégrée dans un data center mutualisé.

Conduire un tel projet nécessite des précautions particulières. Emosist-fc doit tout particulièrement prendre en compte les spécificités de chacun des six établissements utilisateurs. À cette fin, ses collaborateurs fonctionnels et informatiques ont été impliqués dans les travaux. L'un des points sensibles a été la mise en place d'un référentiel communautaire.

Outre la coordination, le GCS est chargé d'interconnecter Millenium avec les différents outils de ses partenaires médicaux. Si le paramétrage, une des phases critiques d'un tel projet mutualisé, a été mené dans une logique synergique, Isys accouche d'un ensemble de six silos applicatifs compartimentés pour autant d'établissements. Résultats : des charges d'exploitation moins lourdes pour ces derniers sachant que certains parmi eux ont droit à des services auxquels ils ne pouvaient accéder du fait du coût d'entrée hors de leur portée.

L'échange d'information à partir d'une plate-forme sécurisée est également au programme d'autres établissements. Ainsi, dans la Vienne, le centre hospitalier Guérin implanté à Châtelleraut est la tête de pont d'un projet de déploiement d'une infrastructure ville-hôpital qui couvrira les besoins de tous les professionnels de santé du territoire concerné.

Mutualiser le DMP entre les établissements

Dans le même esprit de mutualisation porté par Hôpital 2012, le projet de création d'un dossier patient unique entre le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Tessier se singularise à plus d'un titre. Il s'agit d'un outil unique prévu pour être utilisé conjointement par un établissement public et une structure privée participant au service public (PSPH). Cette solution s'appuiera sur le progiciel de production de soins proposé en mode ASP par l'éditeur Cerner.

Entamée poussivement par les établissements médicaux pour les raisons que l'on peut imaginer (préservation du pré carré de chacun, etc.), la mutualisation de moyens technologiques est désormais actée comme facteur de productivité et de maîtrise de coûts. Elle nécessite toutefois un effort particulier sur le volet aide au changement, les candidats à la synergie devant apprendre à travailler ensemble.

La baisse des tarifs de radiologie inquiète

« Les besoins sont énormes, notamment en matière de Pacs », affirme le Dr Thierry Moitard, directeur médical chez McKesson. Un constat confirmé par Yannick Motel, délégué général du Lesiss (Les entreprises des systèmes d'information sanitaires et sociaux) : « En matière de téléradiologie et de Pacs, tout est à faire en France. » À ce propos, Olivier Monties avance que les prochains appels d'offre de l'AP-HM en matière de SIH concerneront les Pacs. Seulement voilà : le gouvernement (cf. JO du 11 mars) cette année a décidé de procéder à une baisse des tarifs de radiologie. Ce qui pourrait mettre en péril les investissements programmés en matière de Pacs. « Les 0,05 % d'économies brutes sur l'ensemble des dépenses de santé, qui sont attendues sur le poste radiologie, portent des risques collatéraux très importants », note le Lesiss. Reste à espérer que le Pacs, après le DPI, ne désespère pas le petit monde de l'informatique de santé...

DMP : LE NOUVEAU POSITIONNEMENT DES CRIH D'HOPITAL 2012

Historiquement producteurs de solution de gestion médico-administrative, plus d'un Crih (Centre régional de l'informatique hospitalière) s'est lancé sur le terrain du dossier patient. L'occasion pour certains de collaborer avec des éditeurs privés.

Les appels d'offres et dialogues compétitifs sont souvent l'occasion de mesurer le poids des acteurs du marché. Celui de l'AP-HP sur le dossier patient a joué pleinement ce rôle de révélateur dans le processus de sélection de cette brique. Parmi les acteurs, l'on a vu un couple original concourir : le tandem Crih des Alpes/Atos. Face aux éditeurs privés du marché ayant pignon sur rue, sa solution Cristal-Net, déjà référencée au CHU de Grenoble où elle est née et aux hospices civils de Lyon. Cet exemple vient montrer le nouveau positionnement des centres régionaux de l'informatique hospitalière, véritable bête noire des éditeurs privés du fait de la concurrence que les uns et les autres se livrent, à armes inégales, selon les seconds, arguant du mode de financement public de leurs compétiteurs.

Créés à l'origine pour porter l'informatisation des établissements hospitaliers publics, les Crih n'avaient pas vocation à adresser le marché concurrentiel. Après avoir équipé les structures de soins régionales auxquelles ils apportaient une offre applicative de gestion administrative et médicale tout en leur garantissant des prestations de maintenance, ils ont décidé de se repositionner afin de garantir leur pérennité. Ceux qui pronostiquaient la fin de cette exception française ont dû revoir leur jugement.

Car depuis quelques années, les Crih ont entamé leur mue avec pour objectif de couvrir l'ensemble de la demande du marché, quitte à pactiser avec « l'ennemi juré » d'hier. Ils n'hésitent pas à coopérer avec les éditeurs privés.

Le Mipih

Éditeur de logiciels et prestataire de services de support et d'infogérance, le Mipih (Midi Picardie Informatique Hospitalière) œuvre en synergie avec McKesson dans le cadre d'une approche de recherche & développement.

Ensemble, les deux acteurs mobilisent plus de 30 collaborateurs qui travaillent dans l'évolution des gammes de produits GEF et GAM. La finalité des deux structures est la mise au point d'un progiciel de gestion intégré (ERP) pour la santé. Ce dernier aurait l'avantage d'être différent des outils génériques pour lesquels les établissements doivent investir en coûts de paramétrage. En 2008, ce partenariat a vu naître un collecteur global d'activité intégré aux offres Pastel et Évoluance.

Outre cette collaboration, le Mipih a également allié ses forces à IBM en vue de mettre au point l'offre d'infrastructure Papyrus. Selon nos informations, celle-ci devrait être intégrée en premier au CHU de Toulouse. En marge de ces actions, le Crih midi-pyrénéen répond au coup par coup à des appels d'offres proposant ses solutions et celles d'éditeurs publics, dans une logique de cotraitance où il s'occupe de l'intégration médico-administrative.

Dans la même veine synergique, l'exemple du GIE Cedara-Cepage illustre le nouveau positionnement de Cpage, qui s'est associé à Murge Healthcare pour proposer une offre de SIH complète. Le Crih apporte son offre de gestion administrative, économique et financière sachant que son partenaire met sur la table le différentiel afin de développer une solution complète de SIH intégrant un dossier patient, un système de gestion du circuit du médicament et de prescription. L'objectif de ce GIE est de répondre aux nouveaux appels d'offres avec une solution complète de bout en bout bâtie à partir de nouvelles technologies comme Java.

Quant au Crih des Alpes, il joue son repositionnement en se recentrant sur son rôle premier, le savoir-faire métier, confiant aux intégrateurs privés la distribution de son offre. Atos et Bull constituent ses partenaires. Cette solution est disponible désormais sur une plate-forme à base de technologies libres. Ses utilisateurs adhèrent ainsi à la communauté Colibris.

Si les Crih s'allient aux éditeurs privés pour multiplier leurs chances, ils conduisent également des actions de synergie que l'on pourrait qualifier d'horizontales car elles sont réalisées entre eux. Le Sihpic (système informatique hospitalier de Picardie), le SIB (Syndicat interhospitalier de Bretagne) et le Mipih ont ainsi uni leurs forces au sein du GIE Convergence-Profiles afin que chacun d'eux propose le fruit de leur synergie aux établissements publics de santé. D'autres cas de figures sont en gestation.

Critiqués par les acteurs privés d'utiliser les deniers publics pour fausser la concurrence à travers leurs solutions, les Crih réussissent à séduire certains éditeurs et intégrateurs. Pour les plus hostiles, ils devraient purement et simplement se cantonner au rôle dans lequel ils excellent : celui d'assistant à la maîtrise d'ouvrage.