

IDENTIFIER LES SPÉCIFICITÉS DU DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ DANS LES DIFFÉRENTS CHAMPS D'ACTIVITÉS

Par les experts Développement des Usages du Numérique en Santé

- ▶ **Ronan LE REUN**, Médecin et référent du processus d'informatisation des soins
- ▶ **François MEUSNIER-DELAYE**, Directeur des systèmes d'information
- ▶ **Thierry MORVAN**, Anesthésiste

—
Coordinateur ANAP

- ▶ **Sylvie COTTIN**
- ▶ **Philippe MANET**

Novembre 2017

Spécificités du Dossier Patient Informatisé

Ce document fait partie d'une série de productions élaborées par le collège des experts de l'ANAP dans le cadre du Développement des Usages du Numérique en Santé

Hôpital Numérique : un programme pour développer et moderniser les SIH

Le Programme Hôpital Numérique constitue une évolution importante par rapport aux plans d'investissements précédents : d'une part, le financement à l'usage permet de passer d'un financement sur dépense à une incitation à l'utilisation réelle et démontrable par les utilisateurs finaux. D'autre part, le périmètre du programme permet d'agir sur l'ensemble des leviers structurels permettant le déploiement des SIH en France. D'une durée de 6 ans, il vise entre autres, à conduire l'ensemble des établissements de santé (privé, public et EBNL) vers un niveau de maturité de leur SIH. Ce niveau de maturité est défini par l'atteinte de cibles d'usage sur 3 pré-requis (Identités / Mouvements ; Fiabilité / Disponibilité ; Confidentialité) et 5 domaines fonctionnels (Résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie ; Dossier patient informatisé et interopérable ; Prescription électronique alimentant le plan de soins ; Programmation des ressources ; Pilotage médico-économique). Ce programme se terminera en 2018.

Accompagnement Hôpital Numérique : une offre de 5 services gradués

L'accompagnement a été officiellement lancé lors de la Journée Nationale du 20 juin 2013 à Paris.

Il propose, pour les établissements de santé, l'offre des services suivants :

- Une plate-forme interactive en ligne « [LE NUMÉRIQUE EN SANTÉ](#) », permettant la mise à disposition d'autodiagnostic et de productions élaborés par des experts,
- Une offre d'expertise, via la possibilité d'échanger avec des experts et ses pairs dans le cadre de forums,
- Un appui métier via un réseau d'ambassadeurs qui intervient sur demande des établissements, pour présenter les productions ANAP pouvant être utiles à la résolution d'une problématique,
- Des journées d'information régionales ou nationales, au cours desquelles les établissements sont invités à faire part de leurs retours d'expérience de déploiement SI,
- Des appuis ponctuels réalisés par l'ANAP.

L'offre de services s'adresse à tous les établissements de santé, quel que soit leur statut..

Le collège des experts : des acteurs du terrain qui connaissent bien les difficultés des établissements de santé

Le collège des experts est une instance de l'accompagnement ANAP des établissements de santé à l'atteinte des cibles d'usage Hôpital Numérique. Il est constitué de 15 « sachants » dont les sujets de prédilection sont représentatifs des domaines fonctionnels du Programme Hôpital Numérique. Leur mission consiste à traiter au niveau national et avec l'aide de l'ANAP les principales difficultés rencontrées par les établissements, les « points durs » en :

- Réalisant des productions pratiques et pédagogiques,
- Participant aux échanges du Forum.

Le collège des experts : des acteurs du terrain qui connaissent bien les difficultés des établissements de santé

L'équipe ANAP « Développement des Usages du Numérique en Santé »

Responsable projet : Didier ALAIN

Equipe : Yves BEAUCHAMP, Yves CONSTANTINIDIS, Sylvie COTTIN, Aurélie HAVET, Benjamin LEMOINE, Philippe MANET, Metty MAVOUNIA, Lamia MEHIRA, Pauline Sassart, Ines YABRAM

SOMMAIRE

1. Objet du document.....	5
2. Synthèse à l'attention du décideur.....	6
A MCO.....	6
B SSR.....	6
C Psychiatrie.....	6
D Autres spécificités.....	7
E Conclusion.....	7
3. Du Dossier Médical du Patient au Dossier Patient Informatisé.....	8
A Dossier Médical du Patient : dispositions réglementaires historiques.....	8
B Dossier Patient : Définition-Objectif- Contenu.....	8
C Contenu du Dossier Patient Informatisé.....	9
D Données structurées, non structurées et interopérabilité du DPI.....	12
E Pour aller plus loin sur le DPI.....	12
4. Les spécificités du DPI.....	13
A Spécificités du MCO.....	13
A.1 Urgence.....	14
A.2 Chirurgie et spécialités interventionnelles.....	14
A.3 Réanimation et soins intensifs.....	14
A.4 Obstétrique.....	14
B Spécificités du SSR.....	15
C Spécificités de la psychiatrie.....	15
D Spécificités de l'HAD.....	17
D.1 Volet de l'admission Préparation de l'hospitalisation.....	17
D.2 Prise en charge médicamenteuse (PECM).....	17
D.3 Activité de coordination.....	17
E Spécificités de l'USLD / EHPAD.....	18
Les retours d'expérience des établissements.....	19
A Centre hospitalier de l'Agglomération Montargoise (CHAM).....	19
B Clinique Breteche.....	21
C Groupement Hospitalier Nord-Essonne.....	23
D Groupement Hospitalier La Rochelle Ré Aunis – Centre Hospitalier de Rochefort.....	25
E Centre Hospitalier Sambre - Avesnois.....	27
F HAD ACSSO.....	29
G Centre Hospitalier d'Aulnay-sous-Bois.....	30
H Château de Bon attrait - SSR.....	32
Annexe : les principaux chapitres d'un DPI.....	33
A.1 Les bases du DPI en MCO.....	33
A.2 Urgences.....	34
A.3 SSR.....	35
A.4 Psychiatrie.....	35
A.5 HAD.....	37
A.6 USLD/EHPAD.....	38
Glossaire.....	39

OBJECTIF ET PÉRIMÈTRE DU DOCUMENT

Nombre de pages/ 39

Contacts Philippe Manet

Philippe.MANET@anap.fr

Résumé

Ce document constitue une aide à la réflexion, à destination prioritairement des Directeurs d'établissements et des Présidents de CME de structures couvrant plusieurs domaines d'activité. Il s'adresse aussi aux chefs de projet (métier et informatique) pour la mise en œuvre d'un DPI multi activités. Enfin, il pourra être consulté avec profit dans le cadre des GHT.

Son contenu facilitera l'analyse de l'existant et la spécification du besoin en cas de rédaction d'un cahier des charges en vue d'une intégration ou d'une acquisition.

Il s'appuie sur l'expérience des experts et l'analyse de huit établissements représentatifs du paysage français (statut, taille, activité).

Le dossier patient informatisé est un outil de réflexion et de synthèse administrative, médicale, paramédicale, sociale et médico-sociale. Il assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients.

Les informations qu'il comporte favorisent la coordination de la prise en charge du patient au cours et à l'issue de son contact avec l'établissement de santé.

Il sert également à la sécurisation de la prise en charge et à l'aide à la prise de décision, ce qui nécessite le recueil de données sous des formats opérationnels.

L'ensemble de ces fonctions participe ainsi à la performance de l'établissement.

En cela, il doit contenir les informations communes à tous les acteurs. Mais il est également nécessaire qu'il puisse appuyer au mieux chacune des prises en charge rencontrées dans l'établissement.

Pour arriver à ce but, en fonction des activités exercées, les établissements peuvent choisir entre diverses combinaisons d'outils informatisés, allant d'un outil unique dans les cas les plus simples à la coordination de plusieurs outils spécialisés, dont il s'agit d'assurer l'interopérabilité. L'impératif est alors de définir une base commune à toutes les briques logicielles utilisées.

A l'intérieur même de la discipline MCO, certaines spécificités peuvent justifier l'utilisation de logiciels dédiés. Il peut s'agir des laboratoires, de l'imagerie, du bloc opératoire, de la réanimation. Des exigences particulières (suivi spatio-temporel serré aux urgences, coordination mère enfant en obstétrique, appareillage technique en ophtalmologie, etc.) interviennent également.

Dans d'autres domaines comme le SSR, l'HAD, la psychiatrie, des modes de fonctionnement spécifiques exigent des modèles de données particuliers, comme les prises en charge collectives, les modalités simultanées, des actes de coordination en l'absence du patient.

Le programme d'informatisation du DPI doit tenir compte des exigences propres à chaque fonctionnement rencontré dans l'établissement, afin de ne pas verrouiller les possibilités d'évolution de certains des types de patientèle.

Mots-clés

Dossier patient informatisé, DPI MCO, DPI Psychiatrie, DPI HAD, DPI Urgence, DPI SSR , DPI USLD EHPAD.

1. OBJET DU DOCUMENT

En 2018, la plupart des établissements de santé ont commencé à informatiser, au moins en partie, le dossier patient. Néanmoins, que ce soit dans le cas d'une extension du périmètre de cette informatisation, avec comme objectif une amélioration de la prise en charge, ou à l'occasion d'un regroupement d'établissements, peut se poser la question de l'intégration d'activités différentes dans un même système d'information. Dès lors, se pose la question de juxtaposer de multiples briques logicielles ou de trouver un système unique.

Ce document s'adresse aux personnes ayant à décider et planifier l'informatisation du dossier patient dans de telles circonstances. Initialement conçu pour les établissements multi-activité, il s'applique également dans le cadre d'un GHT ou d'un regroupement d'établissements.

Le DPI (Dossier Patient Informatisé) n'est pas qu'une collection de comptes rendus se rapportant au séjour d'un patient. Il s'agit de constituer un véritable dossier médico-soignant du patient, outil destiné à faciliter et sécuriser la prise en charge, tout en améliorant la performance de l'établissement, et non une simple GED (Gestion électronique de Document) améliorée.

Il doit donc non seulement permettre de garder la trace des éléments significatifs du parcours du patient, de ses caractéristiques physiopathologiques, mais aussi fournir sous forme informatiquement utilisable ces éléments, aussi bien aux fins d'interaction avec des algorithmes décisionnels que de caractérisation épidémiologique et médico économique.

En pratique, ce qu'on appelle couramment DPI remplit 2 grandes fonctions :

- un rôle de conservation et de communication des éléments essentiels de la prise en charge longitudinale du patient, qui correspond le mieux à la notion de « dossier »
- une collection d'outils de production de soins spécialisés dans un domaine d'activité, gérant au jour le jour des données et des processus de prise en charge qu'il n'est pas indispensable de partager avec d'autres acteurs.

Ces 2 fonctions participent également à la sécurisation de la prise en charge et à la performance des organisations de soin, et leur articulation est indispensable. Le système d'information d'un établissement doit nécessairement prendre en compte ces 2 rôles.

La synthèse du présent document permettra à un dirigeant de mieux comprendre en quoi les différents domaines d'activité comportent des spécificités impactant de manière fondamentale le fonctionnement, voir la structure de données, des logiciels qui les soutiennent.

Le corps du document facilitera pour un chef de projet la caractérisation des fonctions indispensables à un DPI, en fonction du contexte d'utilisation MCO, HAD, SSR, Urgences, Psychiatrie et des différentes spécialités.

Il sera alors plus aisé de faire un bilan objectif des possibilités réelles des outils existants et de leurs éventuelles limites, puis de spécifier les besoins complémentaires. Une vue claire des difficultés en terme d'architecture et d'interface pourra orienter les choix d'acquisition d'outils permettant le partage des informations entre les différents acteurs de l'établissement, que ce partage passe par des échanges entre différents logiciels spécialisés ou par un outil unique répondant effectivement à toutes les nécessités de chacune des activités rencontrées dans l'établissement.

Enfin, ce document exploite les retours d'expérience d'un déploiement de DPI dans un contexte de multi-activités MCO, HAD, SSR, Urgences, Psychiatrie.

Nota:

Ce document complète la production du Collège des experts [« Comprendre les enjeux d'un projet de Dossier Patient Informatisé »](#) disponible sur la plateforme. On y trouvera également une [étude](#) sur « Comment articuler le dossier commun avec les besoins spécifiques des spécialités ? »

2. SYNTHÈSE À L'ATTENTION DU DÉCIDEUR

La mise en place d'un dossier informatisé du patient permet de fournir des éléments d'information aux acteurs de la prise en charge du patient, sous forme informatiquement utilisable, aussi bien aux fins d'interaction avec des algorithmes thérapeutiques que de caractérisation épidémiologique et médico économique. Un dossier patient qui ne serait qu'une gestion documentaire ne remplirait qu'une partie mineure de ce rôle.

La réussite du projet d'implantation d'un DPI au sein d'un établissement de santé tient majoritairement dans la capacité du Directeur d'Etablissement, du président du CME, et de l'équipe projet à impliquer l'ensemble des acteurs dans le choix de la solution pour in-fine obtenir leur complète adhésion. Obtenir l'adhésion des acteurs nécessite que le DPI leur apporte une aide substantielle dans leurs tâches journalières.

Dans un DPI, un certain nombre d'éléments d'information sont à rattacher directement à la personne, que ce soit sur le plan socio démographique ou physiopathologique, et doivent être tenus en permanence à disposition de tous les acteurs. À terme, ces éléments auront vocation à trouver place au sein d'un dispositif partagé tel que le DMP.

D'autres éléments sont plus particulièrement liés à un épisode ou à une modalité particulière de prise en charge. Ce peuvent être des éléments utiles momentanément pour des raisons opérationnelles, ou des données spécialisées, qu'il serait inutile, dispendieux, voire perturbant (pour des raisons de surcharge informationnelle) de communiquer à d'autres acteurs. Ils peuvent sans dommage être gérés dans un dispositif spécifique.

Dans certains cas, l'organisation de ces éléments ne répond pas à l'organisation classique d'une prise en charge habituelle dans les établissements de MCO. Cela peut éventuellement nécessiter la mise en place de dispositifs spécifiques.

Les principales particularités qui ont pu être relevées sont les suivantes.

A MCO

L'activité trépidante des services d'urgence bénéficie d'un monitoring spatio-temporel serré de la situation des patients. Lors de leur arrivée, leur identité est souvent mal connue, et le statut administratif de consultant ou d'hospitalisé n'est pas encore défini. Néanmoins, l'accès aux données d'éventuelles venues antérieures est très souhaitable.

L'activité interventionnelle nécessite une planification pour assurer la disponibilité des ressources et des équipements, tout en dépendant des caractéristiques du patient. Les informations de suivi post interventionnel doivent être reliées à l'histoire du patient.

L'activité de réanimation se tient dans un contexte temporel et technologique spécifique.

L'obstétrique et la périnatalité doivent permettre la prise en charge unifiée de plusieurs séjours dont un seul est administrativement facturable. Le suivi du ou des nourrissons nécessite la liaison avec des informations critiques du suivi prénatal qui se trouvent dans le dossier de la mère.

B SSR

Le SSR pose le problème d'un suivi longitudinal, de dispositifs de préadmission nécessitant l'enregistrement de données cliniques alors que le patient n'est pas encore admis, et d'une activité très spécifique : les actes peuvent concerner plusieurs intervenants et plusieurs patients simultanés, ils peuvent se dérouler en dehors du séjour enregistré du patient.

L'ergonomie doit être particulièrement soignée pour faciliter la planification et le suivi de prise en charge multi-acteurs pluriquotidienne.

C Psychiatrie

Un certain nombre des spécificités de la psychiatrie rejoignent celles du SSR. On peut y ajouter la possibilité d'actes réalisés dans des séjours parallèles dans plusieurs structures, la gestion de permissions, le suivi des actes médico légaux, des problèmes de confidentialité

particulièrement critiques, une éventuelle dualité de la responsabilité médicale (psychiatrique et somatique). Certains actes impliquent des personnes extérieures (famille). D'autres ont lieu en extérieur (séjours thérapeutiques).

L'ergonomie doit être adaptée à une prise en charge de secteur, pouvant comporter une centaine de structures différentes et de nombreux acteurs ayant des organisations et des besoins propres.

D Autres spécificités

La prise en charge en HAD, USLD et EHPAD a de nombreuses spécificités, et celles-ci dépendent notamment du statut des intervenants, dont certains sont libéraux et ne dépendent que pour une faible partie de la structure. Des fonctions liées à la logistique et au suivi de la contractualisation sont intégrées au dossier. Là aussi, des activités doivent être réalisées en amont du séjour administratif du patient.

Il est nécessaire de pouvoir intégrer la gestion de projets de vie.

E Conclusion

Il est parfois possible, notamment dans les établissements mono activité, qu'un seul outil puisse gérer en totalité l'ensemble des prises en charge rencontrées dans l'établissement.

Dans d'autres cas, on pourra choisir d'utiliser un seul outil rudimentaire ne gérant que la partie commune de l'activité, ce qui ne permettra pas à l'établissement de bénéficier de l'ensemble des bénéfices d'une informatisation complète. Le gain en performance de l'informatisation sera alors limité. Un risque est alors de voir se multiplier des systèmes d'information parallèles non coordonnés.

Enfin, dans de nombreux établissements, on peut choisir de bénéficier d'une informatisation élaborée dans chaque domaine d'activité. Assurer une interopérabilité maximale entre les différents composants permet de bénéficier au maximum des avantages en terme de performance et de sécurisation des parcours. L'impératif est alors de définir une base commune de partage, qui regroupe les éléments nécessaires à la coordination des parcours du patient entre les différents secteurs, et à en assurer la disponibilité pour chacune des briques logicielles utilisées. Cela représente encore à l'heure actuelle une difficulté importante, et bien souvent une démarche progressive sera nécessaire.

Les établissements rencontrés ont insisté sur plusieurs éléments qui doivent être rassemblés afin de garantir une parfaite réussite du projet :

- La capacité du ou des outil à répondre à la complétude des objectifs et contraintes métiers spécifiques, dans chaque champ d'activités.
- Un portage politique du projet à haut niveau au sein de l'établissement (Direction de l'établissement, Présidence de CME).
- Une disponibilité / réactivité de l'équipe projet dans le cadre du déploiement pour résoudre les difficultés rencontrées par les praticiens et les soignants.
- Une équipe projet légitimée par son positionnement transversal.
- Des directions des soins très impliquées dans le projet et une implication forte du corps médical et paramédical.
- Un investissement financier consenti par la Direction sur le SI (solutions logicielles, ressources humaines pour la mise en œuvre et l'appropriation du DPI),

Le corps de ce document permettra aux chefs de projet d'analyser les outils existants et de les confronter aux besoins des domaines à couvrir. La bonne compréhension des difficultés structurelles de chaque domaine facilitera l'arbitrage entre les différentes options qui s'offriront ensuite à la direction pour couvrir l'ensemble de l'activité.

3. DU DOSSIER MÉDICAL DU PATIENT AU DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ

A Dossier Médical du Patient : dispositions réglementaires historiques

Instituée pour les établissements publics de santé par la loi du 31 décembre 1970 (loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière), l'existence du dossier médical du patient a été progressivement imposée aux établissements de santé privés par la loi du 31 juillet 1991 (loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n° 179 du 2 août 1991).

Son importance a été confirmée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui prévoit son accès direct et reprecisé par la charte de la personne hospitalisée du 4 mars 2006.

Dans les recommandations de la HAS sur la qualité du Dossier Patient (2008), il est indiqué que « le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients. Il permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient. Il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire ».

Le Code de Déontologie Médicale précise à l'article 45 : « à la demande du patient ou avec son consentement, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins. »

B Dossier Patient : Définition-Objectif- Contenu

Définition :

L'appellation « Dossier Patient » en établissement a été modifiée à de nombreuses reprises ces 20 dernières années. La dénomination « Dossier Médical » utilisée dans le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 invoquait l'appartenance exclusive médicale, et celle de « Dossier Hospitalier » spécifiait, mais réduisait son usage au milieu hospitalier.

En 2003, l'ANAES précise « ...la création du dossier du patient doit intervenir à l'occasion du premier contact du patient avec l'établissement de soins (consultation externe ou hospitalisation). Ce dossier doit ensuite s'enrichir de la trace des interventions des différents professionnels rencontrés par le patient au cours de son parcours dans l'établissement de santé».

Objectifs :

Si le dossier du patient a un rôle de mémoire du patient et des professionnels, de communication et de coordination, ses objectifs sont multiples :

- Mise à disposition d'informations nécessaires et utiles à la prise en charge et au suivi.
- Traçabilité des soins et des actions entreprises vis-à-vis du patient.
- Continuité des soins.
- Aide à la décision thérapeutique par son contenu.
- Lieu de recueil du consentement éclairé du patient, de l'analyse bénéfices / risques et de la traçabilité de la décision.
- Enseignement et recherche.
- Extraction des informations nécessaires à l'analyse médico-économique de l'activité, notamment à la médicalisation du système d'information (PMSI) et à ses contrôles de qualité.
- Rôle juridique important dans le cas d'une recherche de responsabilité.

Dans un établissement, **le dossier patient est donc l'outil central de l'organisation des soins**, contribuant à une prise en charge optimale du patient, dans un souci de continuité, d'efficacité et de sécurité des soins.

Contenu :

Le dossier patient, en tant qu'élément dynamique constitué pour être le support de l'ensemble des informations recueillies à l'occasion de la prise en charge du patient, ses composantes administratives et soignantes intègrent des éléments communs et partagés.

Son contenu est défini juridiquement, par un contenu très exhaustif.

Rôle des acteurs

Le rôle et la responsabilité de chacun des différents acteurs pour sa tenue doivent être définis et connus. Ils sont détaillés par la HAS :

- **Les médecins hospitaliers**, tous statuts confondus, doivent consigner toutes leurs constats, leurs observations, leurs interventions et leurs conclusions dans le DPI
- **Les sages-femmes** doivent également tracer leurs interventions, observations et traitements instaurés
- Les professionnels paramédicaux (**infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciennes, orthophonistes, etc.**) constituent un dossier, appelé dossier de soins paramédical, contenant la trace de leurs observations, transmissions ciblées et actions de soins, assurant la continuité des soins
- **Les rapports d'un psychologue ou d'un travailleur social** font partie intégrante du Dossier patient s'ils ont été réalisés au sein d'une équipe dirigée par un médecin et qu'ils ont été joints au dossier du patient. Ces informations doivent pouvoir être accessibles aux autres professionnels, si elles sont utiles à la prise en charge du patient. Dans tous les cas, l'intervention du psychologue ou du travailleur social doit être renseignée.

C Contenu du Dossier Patient Informatisé

Au delà des obligations légales décrites dans la réglementation, le DPI doit aussi répondre à un certain nombre de nécessités documentaires ou opérationnelles. La synthèse opérée par les experts de l'ANAP est résumée dans le tableau suivant.

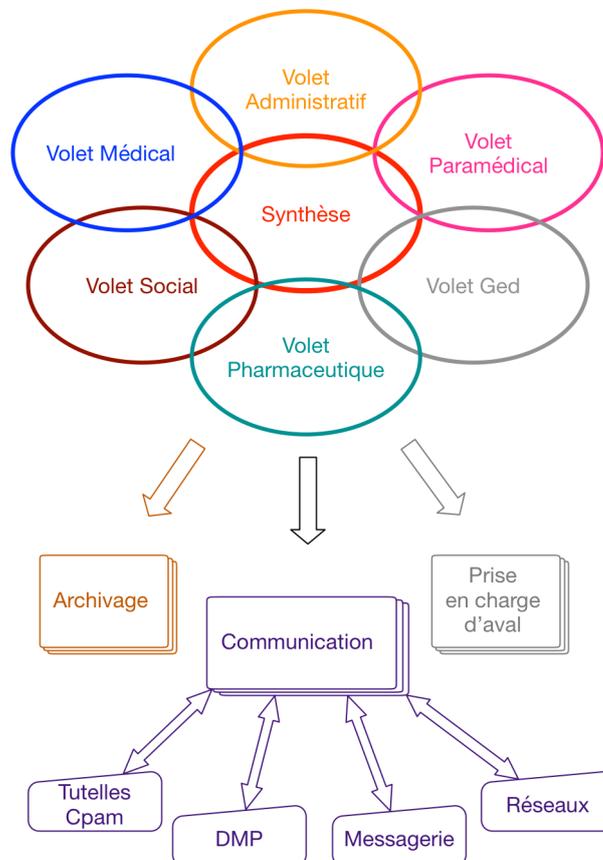
Données du DPI

Volet du DPI	Contenu
Volet administratif	<p>Pour tout patient pris en charge, constitution par l'administration hospitalière d'un dossier administratif contenant l'identification du patient et les données socio-démographiques. Leur authenticité doit être validée par le patient et elles doivent être tenues à jour</p> <ul style="list-style-type: none">• Données démographiques• Personne de confiance• Personne à prévenir, entourage• Couverture sociale• Séjours / mouvements

Volet du DPI	Contenu	
<p>Volet médical et volet soignant</p>	<p>Ensemble des informations recueillies et produites par les professionnels de santé (médecins, soignants, paramédicaux, psychologues etc.).</p>	<p>Informations médicales antérieures à l'épisode actuel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnèse • Allergies, intolérances • Antécédents • Vaccins • Facteurs de risques • Traitements <p>Des informations médicales produites au cours du séjour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constantes et caractéristiques (poids, taille, IMC) • Observations médicales et paramédicales • Comptes rendus d'examens (imagerie, laboratoire...) • Questionnaire soignant d'entrée et habitus / mode de vie • Comptes rendus opératoires, anatomopathologie • Prescriptions multimodales (médicamenteuses et non médicamenteuses) • Lettres de sortie • Directives anticipées • Autorisations d'opérer pour les mineurs • Documents signés par le patient • Données médicales relatives à protocole de recherche (les cahiers d'observations restent au promoteur) • Dossier transfusionnel • Formulaire de traçabilité plateaux techniques : traçabilité DM et DMI, suivi bloc opératoire... • Autorisations d'autopsie et de prélèvements d'organes • Procès-verbaux d'autopsie. <p>Informations relatives aux soins paramédicaux dispensés par les IDE et les autres professionnels de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmissions • Plan de soins • Fiche de liaison. <p>L'historique du dossier sur les séjours antérieurs pour donner une visibilité sur l'histoire médicale du patient (selon les habilitations en vigueur sur le dossier)</p>

Volet du DPI	Contenu
Volet agenda du patient	<ul style="list-style-type: none"> Gestion des rendez-vous et insertion dans le plan de soin.
Volet social	<ul style="list-style-type: none"> Droits sociaux
Volet médico-social	<ul style="list-style-type: none"> Evaluations Demandes
Volet GED	<ul style="list-style-type: none"> Compte-rendu d'imagerie, résultats de laboratoire, de biologie, d'anatomopathologie Courriers Documents scannés Comptes -rendus CRH, CRO, CR accouchement
Volet pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> Dotation du service historique médicamenteux du patient Validation pharmaceutique Interventions pharmaceutiques : messages d'alerte et de mise en garde sur le traitement médicamenteux

Articulation des volets du DPI



D Données structurées, non structurées et interopérabilité du DPI

La réglementation offre une image figée, documentaire, du DPI. Cette vision « archiviste » a une importance pour la documentation de l'activité, mais s'y cantonner ne permet pas de bénéficier de la puissance de l'outil informatique. L'informatisation permet d'importants bénéfices, mais seulement sous certaines conditions.

1. Données non structurées ou semi-structurées

Les données non structurées n'ont pas de format normalisé :

- Elles sont contenues dans des champs de texte libre du DPI ou certains documents (lettres de sortie, comptes rendus, images, vidéos)
- Ces données participent à l'infobésité des DPI et présentent un obstacle aux échanges entre les applicatifs de l'établissement.

Les données non structurées contribuent à la formation de cimetières de données. Ces données n'étant pas réutilisables, les ressources consacrées en saisie et gestion peuvent être considérées comme gaspillées. **Dans la mesure où elles sont difficiles à retrouver, car mal identifiées, elles comportent un risque juridique, car, bien que présentes dans le système, elles sont rarement prises en compte.**

2. Données structurées

Les données structurées sont des informations organisées, classées, indexées, agencées et catégorisées en vue de leur lecture et traitement. Elles permettent l'utilisation d'algorithmes facilitant la sécurisation des processus ou l'aide à la décision. C'est essentiellement l'utilisation de données structurées qui permet au DPI de jouer pleinement son rôle d'amélioration de la sécurité de la prise en charge et de la performance des organisations.

3. Interopérabilité

L'architecture et l'urbanisation des systèmes d'information des établissements de santé peuvent être organisées avec des modules métiers spécifiques. L'interopérabilité permet aux professionnels de santé de bénéficier de l'exhaustivité des informations dans le cadre d'une prise en charge.

La thématique de l'articulation entre le dossier patient commun et les dossiers de spécialité a été traitée dans la production du Collège des experts « *Identifier les enjeux de l'articulation du Dossier patient commun avec les dossiers de spécialité* » et disponible sur la [plateforme](http://numerique.anap.fr/publication/403) <http://numerique.anap.fr/publication/403>

Assurer l'interopérabilité entre les diverses composantes du SI d'un établissement est difficile si le cahier des charges et la contractualisation avec l'ensemble des éditeurs impliqués n'a pas pris en compte cette nécessité d'une façon suffisamment spécifiée.

E Pour aller plus loin sur le DPI

La structuration du DPI peut être réalisée selon différentes logiques :

- Structuration suivant les rôles : médecins, paramédicaux, médico-sociaux et sociaux
- Structuration par type d'information : médicales, soignantes, paramédicales, para-cliniques, administratives et sociales
- Les spécialités
- Structuration temporelle : enregistrement antéchronologique ou chronologique des informations successives
- Structuration par problème médical pris en charge (dossier orienté problème : PROBLEM-ORIENTED MEDICAL RECORD= POMR) : dans lequel les données sont rassemblées pour chaque problème médical pris en charge.

Quel que soit l'axe de structuration choisi, la notion de temps (dates) doit être prise en compte. Un dossier médical bien organisé devrait permettre d'organiser les données selon l'usage voulu, sans se limiter à une seule logique.

4. LES SPÉCIFICITÉS DU DPI

En fonction du champ d'activité de l'établissement, le DPI peut comporter un certain nombre de spécificités. Ces spécificités sont de 2 ordres :

Le premier, relativement facile à maîtriser en fonction des possibilités de paramétrage de l'outil utilisé, consiste à pouvoir mettre en place des rubriques spécifiques, des indicateurs calculés, des questionnaires et des procédures caractéristiques d'une spécialité.

Cependant, certaines spécificités sont relatives à l'architecture même du DPI, en ce qu'elle affectent le schéma relationnel usuel entre un patient identifié par un numéro unique, un séjour dument enregistré dans une structure, des caractéristiques et constatations à propos de ce patient, et la survenue d'une collection d'actes pratiqués par des intervenants de la structure.

Cette partie vise à aider l'établissement à définir les besoins spécifiques des différentes activités :

- en identifiant les particularités générales relatives à l'architecture du DPI
- en listant les données les plus souvent utilisées dans le cadre de l'activité.

Ils l'ont dit – Des dossiers similaires, voire uniques, entre les différentes activités

« La plupart des activités peuvent partager des outils communs de dossier médical ou dossier de soins. Les différences sont rares. Par exemple :

- Le travail sur le dossier de soins psychiatrie est achevé. Les demandes des professionnels sont, au final, très proches du dossier de soins MCO

- La plupart des services utilisent les mêmes formulaires pour le dossier médical et le dossier de soins. Des formulaires spécifiques ont été paramétrés en pédiatrie et néonatalogie (surveillance des constantes et macro-cibles d'accueil), pour l'UNV (scores de déficits utilisés dans le dossier papier spécifique à l'UNV), en SSR (formulaire dédié à la synthèse pluridisciplinaire) et en USLD (prise en compte de la dépendance du patient à son domicile et dans son hébergement à venir, projet de vie). »

Mme Hélène Guinebretière, cadre de santé, référente soignants DPI, Groupement Hospitalier Nord-Essonne

« Les pancartes déployées en MCO et en SSR sont identiques, sauf pour le service de pédiatrie. Nous avons étudié au départ les besoins des services MCO et SSR adultes. Les différences se sont révélées minimes et ont été intégrées dans les outils communs. »

M. Loïc Vallaeys, référent DPI CH de Rochefort

Les tableaux ci-après présentent les spécificités d'un DPI par activité sur les axes contenus, habilitations et déploiement.

A Spécificités du MCO

Le découpage du DPI en MCO se décline en plusieurs volets qui servent souvent de base à la définition standard d'un DPI :

- Dossier administratif et d'identification : Éléments constitutionnels du socle commun
- Dossier médical en secteur et sur les plateaux techniques
- Dossier de soin en secteur et sur les plateaux techniques

- Dossier social
- Dossier médico-social
- GED
- Dossier pharmaceutique

De nombreuses spécialités du MCO ont besoin, pour leur fonctionnement intrinsèque, de manipuler au jour le jour des données ou des concepts spécifiques. Si l'utilisation de scores ou de questionnaires ne pose pas de problème particulier aux outils standards de DPI, la situation peut être plus difficile quand il s'agit de liens avec des appareillages (ophtalmologie, cardiologie...) ou avec des dispositifs d'imagerie, éventuellement quantifiée, dont il faut intégrer les résultats.

Toutefois, certaines particularités exigent des modules réellement spécifiques.

A.1 Urgence

Le pilotage d'un service d'urgence exige un suivi spatio-temporel précis de la trajectoire des patients, conséquence d'un tri initial. Un logiciel de gestion des urgences doit donc comporter des dossiers de suivi comportant ces informations, et des outils de synthèse permettant de gérer par box et sur les postes de pilotage les éléments des dossiers individuels.

Parmi les autres caractéristiques des urgences, on peut noter que l'identification du patient est incomplète et mouvante ; elle se précisera éventuellement lors du passage. Il faut alors gérer un rattachement élastique avec d'autres identifiants présents dans le système, permettant la récupération précautionneuse d'éléments d'information préexistants. Le statut du patient comme consultant externe, transféré ou hospitalisé ne peut être déterminé qu'en fin de parcours.

Enfin, diverses mesures réglementaires spécifiques organisent souvent une communication serrée et spécifique avec une régulation régionale.

A.2 Chirurgie et spécialités interventionnelles

L'organisation d'une intervention nécessite la mobilisation coordonnée de ressources (sites, personnels, dispositifs, déplacement et préparation du patient) que les outils de DPI ne peuvent généralement pas assumer. C'est ainsi que l'informatisation du bloc opératoire et de l'anesthésie sont des champs à part entière de l'informatique hospitalière, impliquant une interopérabilité avec les DPI, aussi bien en hospitalisation qu'en consultation.

A.3 Réanimation et soins intensifs

L'activité dans les services de réanimation a une forte composante technologique, et la liaison aux appareillages intime. La dimension temporelle est sans commune mesure avec celle des services ordinaires. Les liens entre les membres de l'équipe de prise en charge sont constants et immédiats. Il existe une forte intégration entre la prescription multimodale et la surveillance. Les prescriptions sont très complexes et évolutives.

Pour toutes ces raisons, la gestion d'un patient de réanimation fait habituellement appel à des outils spécifiques.

A.4 Obstétrique

Le suivi de la grossesse avant, pendant et après l'accouchement présente de nombreuses particularités. Le fait que le séjour du ou des nouveau-nés ne soit pas facturable, sauf événement pathologique, et ne constitue donc pas, administrativement, un séjour enregistré bouscule l'organisation des logiciels fondés sur la facturation hospitalière d'un séjour.

Le DPI obstétrical doit donc être capable d'enregistrer des identités et des dossiers multiples correspondant à un seul séjour tarifé, de relier des prescriptions, résultats d'examens, observations sur ces différentes identités, de transformer a posteriori ces séjours non tarifés en séjours de néonatalogie

Immédiatement ou à distance, en cas de retour du nouveau-né, les données recueillies en ante ou peri-natal doivent pouvoir être récupérées pour s'intégrer au parcours du jeune patient. Le dossier du nouveau-né doit récupérer des données provenant de l'état de santé antérieur de sa mère et de l'accouchement, alors que celui-ci est un événement lié au dossier d'une autre personne.

Les éléments de la fratrie et éventuellement du géniteur doivent également être pris en compte.

Enfin, l'identité des nouveau-nés, y compris sexuelle, peut se révéler mouvante.

Toutes ces particularités sont en contradiction avec le fonctionnement « normal » d'un DPI standard.

B Spécificités du SSR

La prise en charge en SSR nécessite une communication entre les différents professionnels, relevant de métiers différents. Le parcours patient est en effet jalonné par leurs interventions successives.

Les professionnels anticipent l'arrivée du patient, pour l'élaboration du projet médical de rééducation.

La prise en charge en SSR présente alors plusieurs spécificités auxquelles le DPI doit répondre, essentiellement du fait de la :

- Prise en charge sur le long terme des patients, avec la gestion longitudinale des informations recueillies durant plusieurs séjours.
- Existence fréquente d'une phase de préadmission, pendant laquelle il faut enregistrer de nombreuses données et scores concernant un patient qui n'est pas encore formellement admis, mais qui seront ensuite exploitées pendant le séjour. Un lien avec des dispositifs tels que ViaTrajectoire serait souhaitable.
- Gestion et coordination de la pluridisciplinarité des nombreux intervenants ; il est nécessaire de gérer (planifier, caractériser, exploiter) des interventions faisant intervenir plusieurs intervenants auprès d'un patient, ou plusieurs patients ensemble avec un seul, voire plusieurs intervenants.
- Enfin, le DPI doit également être capable de gérer des actes de coordination en l'absence du patient, en dehors d'une rencontre administrativement enregistrée.

Ils l'ont dit – Le DPI d'un établissement SSR polyvalent et gériatrique

« L'établissement était déjà informatisé avec un DPI sur un périmètre plus restreint. La pérennité de la solution n'était plus assurée. Nous avons décidé dès le départ de choisir un nouvel outil utilisable par l'ensemble des professionnels médicaux, soignants, paramédicaux et du bien-être pour recueillir les données patients et gérer ses rendez-vous.

L'utilisation du même DPI pour tous les professionnels de santé a permis de mieux coordonner les interventions auprès du patient et a amélioré la communication entre professionnels. Les pratiques professionnelles se sont homogénéisées tout comme les modalités de communication entre les différents intervenants. Nous avons aussi constaté une meilleure traçabilité de l'activité avec le développement de l'approche globale en soins. »

Patrick Lanfant, Directeur Général, Château de Bon Attrait.

C Spécificités de la psychiatrie

La prise en charge en psychiatrie peut répondre à certaines spécificités que le DPI doit pouvoir respecter et organiser :

Plus encore qu'en SSR, une bonne partie de l'activité sort du schéma classique un patient identifié par son NIP et son séjour / un intervenant / un acte. Les actes multi intervenants / multi participants sont fréquents. Un certain nombre d'actes impliquent l'entourage,

notamment avec la thérapie familiale en pedo-psychiatrie. Il faut donc gérer une activité impliquant des personnes extérieures au dossier du patient.

Le DPI doit être capable de gérer des modes de prise en charge simultanés dans des structures différentes (hospitalisation complète et CATTP, par exemple). La gestion de permissions n'interrompant pas le séjour, de séjours thérapeutiques en extérieur, et de différentes modalités thérapeutiques particulières à la psychiatrie (accueil familial, appartement thérapeutique, etc.) doit être possible.

Les contraintes médico-légales des hospitalisations de certains patients nécessitent des alertes temporelles spécifiques afin de vérifier la présence de pièces administratives et de certificats.

Une attention particulière doit être portée à la confidentialité : les dossiers comportent souvent des informations critiques concernant des proches ; ces informations ne doivent pas être visibles du patient, ce qui implique des capacités de masquage lors de la communication du dossier au patient.

Le suivi du patient au travers d'une prise en charge multi structure et multi intervenant impose une ergonomie toute particulière, notamment dans la psychiatrie de secteur.

La gestion de l'habilitation à l'accès aux informations concernant un patient doit être particulièrement soignée. Dans de nombreux établissements, il est souhaité une dualité de la responsabilité médicale (somatique et psychiatrique), ce que le DPI doit pouvoir prendre en compte. Sur le plan ergonomique, un certain nombre d'informations doivent être immédiatement présentes sur les différents écrans (soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou sur décision du représentant de l'Etat, contention, isolement,...)

Dans le cadre d'un établissement multi-activités, les retours d'expériences montrent que les professionnels de santé de la psychiatrie sont de plus en plus en faveur d'un partage des informations entre les différentes activités. Cette attitude a été attribuée à la maturité croissante des professionnels de santé vis-à-vis des DPI d'une part, et, d'autre part, à la culture de certaines équipes de psychiatrie qui ont été confrontées aux limites des informations gérées en silo, notamment dans le cadre d'une organisation pavillonnaire.

Deux cas d'usage de gestion des droits ont été observés :

- Le partage d'un compte-rendu d'hospitalisation de psychiatrie, dont le contenu est plus ou moins automatisé. Inversement les professionnels de psychiatrie ont accès aux comptes rendus des autres séjours (urgences, MCO par exemple).
- L'accès au séjour de psychiatrie, selon les habilitations et les droits en vigueur, avec la possibilité pour le médecin de confiner certaines informations à la psychiatrie ou les rendre confidentielles.

Ils l'ont dit – L'informatisation du DPI et l'impact sur la prescription

« Notre établissement avait fait le constat de problèmes notamment du fait des prescriptions papier (manque de lisibilité, non retranscription de certaines modifications par exemple). L'informatisation du Dossier Patient, articulée sur le parcours patient a permis de mettre en place diverses fonctionnalités de type gestion des fonctions administratives, médicales, soignantes, paramédicales ainsi que les fonctions relatives à la gestion nutritionnelle. Ces fonctions intégrées permettent d'anticiper la prescription médicamenteuse des patients avant leur admission dans l'établissement, permettant ainsi une meilleure prise en charge dès l'admission des patients, surtout en dehors des horaires de consultations. »

Jean-Robert Vicca, Pharmacien, Clinique Neuropsychiatrique Les Pervenches

Ils l'ont dit – La gestion des accès au sein de l'établissement psychiatrique CH Le Rouvray

« Notre DPI dossier est accessible à tous les intervenants de notre établissement psychiatrique, sans restriction de droit, car la prise en charge est centrée sur le patient. L'ensemble des éléments peut être nécessaire à tout moment. Le médecin DIM est en charge de la politique d'habilitation.

Les accès au DPI se font d'ailleurs aussi bien depuis la structure du CH que depuis les 80 points de consultations du secteur (structures extrahospitalières) : CHU de Rouen, CMP.

Par contre, les informations de traçabilité sont accessibles en 1 clic sur le dossier. L'ensemble des acteurs sait qu'à tout moment, on peut savoir qui a consulté le dossier.

De plus, lorsque le patient réclame copie de son dossier, l'établissement lui propose également la liste des personnes qui ont consulté son dossier. Je suis en mesure de regarder régulièrement les connexions sur un DPI. »

Dr Serge Delegue, médecin DIM et responsable DPI, Centre Hospitalier Le Rouvray

D Spécificités de l'HAD

La prise en charge en HAD se caractérise par la mobilisation de nombreux intervenants extérieurs à la structure, même dans le cas des HAD fortement intégrées à une structure hospitalière. Par principe, le chef d'orchestre est le médecin traitant choisi par le patient, en général un médecin libéral pour lequel l'activité en HAD est souvent marginale.

D.1 Volet de l'admission Préparation de l'hospitalisation

Nécessite l'enregistrement de nombreuses données concernant le patient, son domicile et son entourage en amont de l'hospitalisation.

Déplacement de plusieurs intervenants à domicile et dans l'établissement d'origine.

Remplissage de formulaires par des intervenants extérieurs à la structure HAD (médecins, cadres soignants, assistantes sociales... de l'établissement demandeur.

Elaboration d'un plan de prise en charge qui va déterminer la mobilisation des intervenants et de la logistique matérielle, et dont il faudra assurer le suivi et l'évolution.

D.2 Prise en charge médicamenteuse (PECM)

La PECM en HAD pose un problème redoutable, du fait de la multiplicité des prescripteurs. On note principalement :

- le prescripteur initial, souvent spécialiste hospitalier
- le médecin traitant qui assure le suivi
- divers spécialistes, libéraux ou hospitaliers, intervenant au coup par coup

L'HAD n'ayant en pratique aucun moyen d'obliger chacun des prescripteurs à utiliser un outil dédié à la prescription, celle-ci est le plus souvent dispersée sur plusieurs supports. On notera que la réglementation interdit la recopie d'un support sur un autre.

Les médicaments et dispositifs médicaux peuvent être fournis par la pharmacie de l'établissement demandeur, par une PUI spécifique de l'HAD, ou par des officines de ville sous contrat.

D.3 Activité de coordination

Une partie fondamentale du travail de l'HAD consiste à coordonner les intervenants à domicile, ce qui consiste à faire des commandes, des ordres de mission, à organiser des tournées, et nécessite une évaluation de la logistique et une capacité de gestion des anomalies.

En pratique, les travaux de l'ANAP sur le SI des HAD font état de deux constats :

- L'IDE coordinateur de la structure récupère souvent une fois par semaine l'ensemble des informations et les re-saisit dans le DPI (à partir des classeurs et feuille de route), avec par conséquent jusqu'à une triple saisie : classeur, feuille de route, SI.
- Le plan de soins est parfois structuré par patient ou par salarié / intervenants.

- Concernant la prescription, les professionnels de HAD sortent souvent du cadre réglementaire, car ils ressaisissent les prescriptions des autres acteurs (pharmacien de la PUI ou médecin coordonnateur avec la validation du pharmacien de la HAD).

Ils l'ont dit – L'utilisation du DPI dans une HAD

«Le principal obstacle à l'utilisation du DPI en HAD est la collecte des informations générées par les intervenants libéraux qui ont également des outils propres à leur profession. »

Jim Aggoun, Responsable administratif, financier et informatique, ACCSO

E Spécificités de l'USLD / EHPAD

Les prises en charge en USLD et EHPAD sont similaires et se caractérisent par :

- La prise en charge d'un résident, avec un projet de vie
- La gestion d'intervenants pluridisciplinaires (parfois sous des statuts différents dans un EHPAD)
- Des outils spécifiques à certaines situations (dépendance notamment)
- Une vigilance particulière accordée à la nutrition.

La prise en charge en USLD et en EHPAD est traduite sous la forme du projet de vie du résident. Ce document se décompose en trois volets : projet de vie, projet de vie sociale et Démarche d'Accompagnement Personnalisé (DAP).

Des spécificités distinctives existent néanmoins dans le processus de prise en charge :

- EHPAD :
 - Les professionnels d'EHPAD doivent recueillir le consentement du patient à son admission
 - Ils créent et mettent à jour le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU), accessible 24h/24 afin d'améliorer la transmission des informations nécessaires, lors d'une prise en charge aux urgences d'un résident de l'EHPAD. Le DLU est renseigné par le médecin traitant, en lien avec le médecin coordonnateur en dehors des urgences, et par le médecin du service des urgences
- USLD : l'évaluation de la dépendance prend en compte la situation du résident avant sa prise en charge, à son domicile, mais également projette la situation à l'issue du séjour.

LES RETOURS D'EXPÉRIENCE DES ÉTABLISSEMENTS

Les retours d'expérience ont été recueillis entre 2015 et 2016. La rapide évolution des établissements de santé et de leurs systèmes d'information peut expliquer des écarts notables avec la situation actuelle.

A Centre hospitalier de l'Agglomération Montargeoise (CHAM)

Présentation générale de l'établissement	<p>Le Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargeoise (CHAM) est un établissement public de 922 lits, répartis sur 5 sites :</p> <ul style="list-style-type: none">• Le Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargeoise (528 lits)• EHPAD et USLD La Cerisaie (180 lits)• EHPAD La Clairière (104 lits) et EHPAD Au fil de l'Eau (60 lits)• USLD Les Chemins Fleuris (50 lits). <p>L'établissement a également un Institut de Formation aux Soins Infirmiers. L'établissement a des activités MCO, SSR, USLD, Psychiatrie et EHPAD. Le CHAM forme une Communauté Hospitalière de Territoire avec le CH de Pithiviers.</p>
Contexte du projet de DPI	<p>Depuis 2007, le circuit du médicament a été déployé, avec la solution PHARMA de Computer Engineering</p> <p>Le projet constitue une primo-informatisation du dossier médical et du dossier de soins, les professionnels gérant auparavant plusieurs dossiers papier.</p> <p>Le DPI est en cours de déploiement depuis fin 2011 au CHAM, mais les réflexions sur l'informatisation du dossier médical et du dossier de soins ont démarré dès 2007. Le dialogue compétitif a été lancé en 2009 résultant au choix de la solution Orbis d'Agfa.</p> <p>Le CHAM a souhaité s'informatiser avec un seul DPI commun à l'ensemble des activités afin de :</p> <ul style="list-style-type: none">• Assurer la continuité de prise en charge des patients à travers les services• Rationaliser et simplifier la gestion des interfaces et de la maintenance de la solution. <p>Le CHAM ne prévoit pas de déployer des dossiers de spécialité indépendants de la solution Orbis. Certains modules fonctionnels spécifiques intégrés à la solution Orbis seront déployés : IEMS (Urgences) mis en oeuvre début 2016, PERINAT mis en oeuvre courant 2016, Psychiatrie, Anesthésie et Réanimation dès que disponibles.</p> <p>Le dossier médical commun et la bureautique sont déployés depuis 2011 dans tous les services du CHAM.</p> <p>Le dossier de soins commun est en cours de déploiement depuis janvier 2015 :</p> <ul style="list-style-type: none">• Il est déployé en MCO, SSR et aux Urgences.• La psychiatrie sera déployée quand les protocoles de soins seront informatisés. <p>Un travail de recueil est en cours auprès des EHPAD pour prendre en compte leurs spécificités.</p> <p>La prescription d'imagerie et la programmation du bloc opératoire sont également déployés.</p> <p>Le projet de DPI ne fait pas l'objet de financement Hôpital Numérique.</p>
Bilan observé	<p>Le déploiement d'un DPI a permis de :</p> <ul style="list-style-type: none">• Accéder facilement à l'antériorité des informations d'un patient• Améliorer la traçabilité des soins et éviter des examens en doublon• Donner une meilleure visibilité au travail des aides-soignantes et des

	<p>équipes de nuit</p> <ul style="list-style-type: none">• Réorganiser les modalités de travail dans les services <p>Le DPI multi-activités permet de :</p> <ul style="list-style-type: none">• Faciliter l'accès à l'ensemble des informations concernant un patient, notamment lors d'une prise en charge aux urgences (gain de temps Aide-soignant dans la recherche des dossiers d'archives)• Favoriser la polyvalence et la mobilité des personnels soignants• Unifier la terminologie utilisée dans les services et homogénéiser les pratiques.
Principaux facteurs clés de succès	<ul style="list-style-type: none">• Expérience de l'équipe projet sur plusieurs services / pôles• Équipe projet restreinte pour conserver une cohérence lors des déploiements• Respect des prérequis techniques de l'éditeur• Investissement dans les infrastructures pour soutenir le déploiement• Choix d'une solution modulable, avec des paramétrages proposés par l'éditeur, que l'établissement peut adapter le cas échéant• Communication dès le départ sur la durée du déploiement, inhérente à ce type de projet
Personnes rencontrées	<ul style="list-style-type: none">• Mme Billard, Directrice du Système d'Information et de l'Informatique• Dr Pichon, Médecin DIM, référent médical du projet de DPI• Mme Goimbault, Cadre supérieur de Santé du Pôle Chirurgie, référente soignante du projet de DPI• M. Allegret, Équipe projet DPI• M. Afric, Équipe projet DPI• Mme Prud'Homme, Cadre de santé Pôle de Médecine 2, Service Onco-gastro• Mme Rousseau, Cadre de pôle, Pôle de Médecine 2• Mme Lebeau, Cadre de santé Pôle Médecine 2, Service SSR

B Clinique Breteche

Présentation générale de l'établissement	<p>La clinique Breteche fait partie du Groupe de santé Elsan qui regroupe plus de 100 établissements de santé privés sur tout le territoire.</p> <p>Avec une capacité de 220 lits, la Clinique comptabilise 13 000 à 15 000 passages par an. Elle est située à Nantes.</p> <p>L'établissement s'organise autour de deux activités (MCO 170 lits et SSR 50 lits) et dispose de nombreuses spécialités, parmi lesquelles un pôle d'Algologie dont il a fait sa spécialité.</p>
Contexte du projet de DPI	<p>Il y a 10 ans, une stratégie de convergence des SI a été mise en place et s'est articulée autour de deux systèmes majeurs interconnectés :</p> <ul style="list-style-type: none">• Le DPI de l'éditeur SIGEMS : le choix s'est porté sur une solution intégrée avec un socle très large permettant de couvrir le maximum de fonctionnalités• L'outil Optim pour la gestion des blocs opératoires (9 salles) de l'éditeur NEXUS. <p>Cette stratégie fut alors inscrite dans le projet d'établissement et portée par la direction ainsi que par des référents médecins. Le SDSI a par la suite permis de planifier la mise en œuvre opérationnelle de la convergence.</p> <p>Avant que ne soit choisi le DME, la majeure partie des services de soins n'étaient pas informatisés et les fonctions support l'étaient à des niveaux inégaux avec des outils disparates.</p> <p>Le déploiement du nouvel outil a été réalisé en trois phases :</p> <ul style="list-style-type: none">• Le déploiement en un an des modules de gestions des fonctions support et administratives de SIGEMS (comptabilité, facturation, paye, PMSI, admissions, pré-admissions) et la gestion du stock de la pharmacie• le déploiement depuis 2008 du Dossier Médical d'Établissement (DPI) : circuit du médicament, dossier médical, dossier de soins, gestion des lits). ainsi que la gestion des lits.• Le déploiement des prescriptions connectées de biologie et la récupération automatique des résultats depuis 2013. La récupération automatique des comptes rendus et le déploiement du PACS sont aujourd'hui en cours de finalisation. <p>La clinique a bénéficié de financements Hôpital Numérique sur le domaine fonctionnel 4 « Programmation des Ressources et Agenda du Patient ». L'établissement a également bénéficié d'un Contrat de Bon Usage du Médicament.</p>
Bilan observé	<p>Les principaux bénéfices apportés par la mise en place du DPI et reconnus par les utilisateurs sont les suivants :</p> <p>Concernant la prise en charge patient :</p> <ul style="list-style-type: none">• Une prise en charge plus sécurisée.• Une vision transversale des médecins sur le patient.• Une optimisation des parcours patients. <p>Concernant l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none">• Un travail facilité pour le PMSI grâce à la centralisation des informations et à une amélioration de leur fiabilité.• Une meilleure visibilité sur l'activité de l'établissement. <p>La majorité des professionnels reconnaissent gagner beaucoup de temps pour la recherche d'informations, grâce à leur centralisation au sein du DPI.</p> <p>Le « Zéro papier » n'est pas un objectif poursuivi par la clinique. Cependant,</p>

Chapitre : Les retours d'expérience des établissements

	<p>face aux reliquats papier, une réflexion est menée pour essayer d'informatiser ce qui peut l'être. Actuellement, un dossier papier est créé pour chaque patient. Afin d'éviter les doublons, les données papier ne sont ni scannées, ni ressaisies.</p>
Principaux facteurs clés de succès	<p>Les facteurs clés de succès identifiés sont les suivants :</p> <p>Au niveau de la direction de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none">• Une stratégie très claire et bien définie.• Un engagement fort de la direction qui se fait le sponsor du projet.• Une hiérarchie raccourcie pour plus d'efficacité et de réactivité. <p>Au niveau du projet :</p> <ul style="list-style-type: none">• Une équipe et des chefs de projets avec du temps dédié à la mission.• Une bonne compréhension et une proximité permanente avec le terrain.• Un référent issu du métier qui centralise les remontées du terrain et qui a une relation directe avec l'éditeur.• Une culture de projet (objectif, délais, livrable, amélioration continue, ...).• Une communication efficace qui donne du sens au projet (amélioration de la sécurité, ...).
Personnes rencontrées	<ul style="list-style-type: none">• Mme RICHARD, Directrice• Mme BOSSE, Directrice des Soins• Mme BRETECHE, Médecin DIM• Mme COURAUD, Référente du DME et Responsable de la gestion des lits• M. SAINT-MICHEL, Responsable Service Informatique

C Groupement Hospitalier Nord-Essonne

<p>Présentation générale de l'établissement</p>	<p>Le Groupement Hospitalier Nord Essonne (GHNE) est constitué des centres hospitaliers de Longjumeau, d'Orsay et de Juvisy, pour une capacité totale de 991 lits, avec des activités de MCO, SSR, USLD, Psychiatrie et EHPAD.</p> <p>Les établissements de Longjumeau (CHL) et d'Orsay (CHO) sont en direction commune. Les CH de Longjumeau et Juvisy vont fusionner au 1er janvier 2016.</p>
<p>Contexte du projet de DPI</p>	<p>Le déploiement d'une solution unique à toutes les activités sur les CH de Longjumeau et Orsay doit permettre de partager une base patients et faciliter les parcours patients.</p> <p>Toutes les activités, en dehors de l'addictologie et de l'EHPAD ont vocation à utiliser le DPI commun.</p> <p>Le CH de Juvisy intégrera le projet à partir de 2016.</p> <p>Avant le projet de DPI, certaines fonctionnalités étaient déjà informatisées : les plateaux techniques, la gestion des rendez-vous, le circuit du médicament (avec Pharma de Computer Engineering au CH d'Orsay et Disporao au CH de Longjumeau) et les Urgences (avec respectivement Urqual de McKesson et H+ + de Polymedis).</p> <p>Concernant le DPI, le dialogue compétitif a été conduit en 2012 et la solution DxCare de Medasys a été choisie en 2013.</p> <p>Le déploiement a démarré début 2014 avec une planification sur 36 mois. Il n'y a pas de retard majeur près de 2 ans après les premiers déploiements :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le dossier médical et le dossier de soins sont déployés en MCO et en SSR dans la quasi-totalité des deux établissements (2014-2015) • La bureautique et la gestion des rendez-vous ont été déployées en 2014 • La planification opératoire a été déployée en 2014 sur les 2 sites (CHO et CHL) • Le circuit du médicament est déployé progressivement depuis 2014 au CH de Longjumeau • Les urgences sont en cours de déploiement à l'automne 2015 • La psychiatrie, les urgences pédiatriques, la réanimation et l'anesthésie sont planifiées en 2016 (la réanimation et l'anesthésie se déploient avec des modules spécifiques de l'éditeur). <p>Le projet de DPI bénéficie de financements Hôpital Numérique.</p>
<p>Bilan observé</p>	<p>Les professionnels saluent unanimement l'accès facilité aux informations grâce au DPI.</p> <p>Le DPI est devenu la référence en termes de traçabilité d'activité et son renseignement est de plus en plus riche.</p> <p>Le DPI permet de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accéder à l'antériorité du patient • Centraliser et localiser les informations • Alimenter le management des soins. <p>Ces bénéfices se doublent des apports constatés d'un DPI multi-activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliter les parcours patients entre les activités (au sein d'un établissement et entre établissements) et notamment : UNV – SSR / MCO – SSR / EHPAD - SSR • Faciliter la mobilité des soignants (le dossier de soin papier était unifié, mais différents cahiers subsistaient dans les services)

Chapitre : Les retours d'expérience des établissements

	<ul style="list-style-type: none">• Faciliter le travail de codage du DIM• Mettre en place un travail commun, entre les sites, préfiguration du travail à venir (déploiement du DPI et usages du DPI). <p>Certaines habitudes liées au papier persistent (par exemple : impression des dossiers en cas de transferts entre les services). Le GHNE a lancé une réflexion pour qualifier les reliquats de papier restants et de définir les pratiques de numérisation / conservation.</p>
Principaux facteurs clés de succès	<ul style="list-style-type: none">• Équipe projet pluridisciplinaire, avec une vision transverse du patient, voire avec des expériences dans d'autres établissements• Planning de déploiement réaliste, mais suffisamment resserré pour ne pas décourager les usages• Limitation de la cohabitation entre le dossier patient papier et le DPI• Appui sur les pôles et les services, avec des référents à ce double niveau• Investissement dans l'assistance aux utilisateurs lors des démarrages (les formations sont nécessaires, mais mobilisent moins les professionnels de santé)• Prévision de phases de stabilisation du déploiement dans les services (simplifier certains paramétrages spécifiques, revoir les processus, ajuster les formulaires)• Demandes à l'éditeur pour être force de proposition

D GROUPEMENT HOSPITALIER LA ROCHELLE RÉ AUNIS – CENTRE HOSPITALIER DE ROCHEFORT

Présentation générale de l'établissement	<p>Le Groupe Hospitalier La Rochelle Ré Aunis est un établissement public MCO / SSR / Psychiatrie de 1 400 lits, dont dépendent également 4 EHPAD.</p> <p>Le Centre Hospitalier de Rochefort est un établissement public MCO / SSR / USLD de 600 lits dont dépendent 6 EHPAD. Il est en direction commune avec le Centre Hospitalier de Marennes.</p> <p>Les deux établissements appartiennent à la Communauté Hospitalière de Territoire Atlantique 17, avec le Centre Hospitalier de Marennes et le Centre Hospitalier Saint-Pierre d'Oléron.</p> <p>Le GH La Rochelle Ré Aunis et le CH de Rochefort ont défini des politiques d'établissement distinctes. Si leurs directions sont distinctes, plusieurs directeurs-adjoints sont en poste sur les deux établissements par le biais de mise à disposition.</p> <p>Le GH La Rochelle Ré Aunis et le CH de Rochefort ont comme objectif de disposer d'un SDSI commun à horizon 2017.</p>
Contexte du projet de DPI	<p>Le GH La Rochelle Ré Aunis et le CH de Rochefort ont souhaité chacun se doter d'un seul outil unique de DPI sur la totalité ou la quasi-totalité des activités / services. Le déploiement de la solution Crossway de McKesson au CH de Rochefort a joué en faveur du choix de cette même solution au GH La Rochelle (2012).</p> <p>Avant de déployer le DPI, le circuit du médicament était déjà informatisé (Pharma de Computer Engineering). De même, la gestion des rendez-vous et un concentrateur de CR étaient déployés avec des outils internes. Certains EHPAD et certaines spécialités (Urgences, cardiologie ophtalmologie, dialyse) utilisaient des outils spécifiques.</p> <p>Le projet a couvre le concentrateur de document, le dossier médical, le dossier de soin, la gestion des lits, la bureautique et la gestion des rendez-vous. Toutes les activités sont concernées, en dehors de la HAD et des urgences :</p> <ul style="list-style-type: none">• La gestion des rendez-vous et la bureautique sont à présent déployées• Le dossier médical et le dossier de soins sont en cours de déploiement dans l'ensemble des services du CH de Rochefort• Le dossier médical et le dossier de soins sont en cours de déploiement au GH La Rochelle Ré Aunis. Seul le pôle gériatrie est déployé. Les services de SSR , psychiatrie et EHPAD sont planifiés en 2016• La gestion des lits démarre en pilote à l'automne 2015 au GH La Rochelle. <p>Les deux établissements sont en cours de dépôt d'une candidature à des financements Hôpital Numérique.</p>
Bilan observé	<p>Le déploiement d'un outil unique nécessite de savoir refuser certaines demandes spécifiques des services.</p> <p>Deux stratégies différentes ont été mises en œuvre dans les établissements :</p> <ul style="list-style-type: none">• Au CH de Rochefort, les fonctionnalités sont déployées

Chapitre : Les retours d'expérience des établissements

	<p>successivement dans l'ensemble des services. Ceci implique plusieurs supports et un DPI incomplet mais permet d'impliquer tous les professionnels rapidement dans le DPI et de créer une attente</p> <ul style="list-style-type: none">• Au GH La Rochelle, l'ensemble des fonctionnalités est déployé dans chaque service. Ceci limite la cohabitation des outils, mais rallonge le planning de déploiement. Le projet doit être soutenu institutionnellement pour être orienté / arbitré à partir des expériences d'un 1 ou 2 services.
Principaux facteurs clés de succès	<ul style="list-style-type: none">• Engagement et soutien de la Direction• Mise en place d'instances décisionnelles fortes dans la gouvernance du projet• Évaluation pertinente des besoins (forts) en terme d'accompagnement et de support après les déploiements• Limitation des développements spécifiques• Massification rapide de l'usage du DPI sur l'établissement afin d'atteindre les gains institutionnels attendus• Communication sur les potentialités de l'outil (notamment en termes de management de pôle / services) et sur les interdépendances du projet de DPI• Expérience transverse à plusieurs activités de l'équipe projet
Personnes rencontrées	<ul style="list-style-type: none">• David Cuzin : Directeur Qualité GH La Rochelle Ré Auis, CH Rochefort• Joëlle Gouin : cadre de santé, référente DPI CH La Rochelle• Thérèse Lefevbre : RSI La Rochelle• Loïc Vallaëys : cadre de santé, référent DPI CH Rochefort

E Centre Hospitalier Sambre - Avesnois

<p>Présentation générale de l'établissement</p>	<p>Le Centre Hospitalier Sambre - Avesnois est un établissement public de 628 lits répartis entre plusieurs activités, situé à Maubeuge :</p> <ul style="list-style-type: none"> • MCO (289 lits) • Psychiatrie (90 lits) • EHPAD et CAMSP (249 lits).
<p>Contexte du projet de DPI</p>	<p>Le choix de déployer un DPI commun aux activités MCO, Psychiatrie, Urgences, EHPAD est une stratégie institutionnelle du CH visant à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir un langage unique auprès de l'ensemble des professionnels • Faciliter la polyvalence des soignants entre les services • Faciliter la maintenance des interfaces. <p>L'établissement avait déjà informatisé le circuit du médicament pour une partie des lits de 2007 à 2010 (Génois du SIB). La bureautique et la gestion des rendez-vous étaient également informatisées.</p> <p>Le choix s'est porté sur la solution Sillage du SIB et le projet a démarré en 2010 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déploiements achevés : <ul style="list-style-type: none"> ○ Circuit du médicament (Sillage) de 2010 à 2013 pour le pôle de médecine, 2014 pour la psychiatrie et en 2015 pour le pôle de chirurgie. ○ Dossier de soins (fin 2012-début 2013) : identique à tous les services (sauf Maternité où le partogramme sera informatisé en 2016) ○ Gestion des mouvements dans la totalité de l'établissement ○ Module Urgences en mai 2015 (accès au DPI déjà en place) ○ Prescription Imagerie et Labo en médecine (en cours) • Chantiers en cours : <ul style="list-style-type: none"> ○ Paramétrage de la vue Patients en EHPAD ○ Uniformisation des comptes rendus. ○ Dossier médical et dossier de soins en psychiatrie ○ Module Obstétrique (SIB) ○ Prescription Imagerie et Laboratoire en chirurgie. <p>La fin du projet est planifiée en 2016.</p> <p>Le projet concerne les services de MCO, de psychiatrie et l'EHPAD.</p> <p>A ce jour, seuls la réanimation, les soins continus et la dialyse ne sont pas concernés par le DPI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La réflexion est engagée pour déployer Sillage en soins continus • L'établissement est en cours de réflexion sur les orientations stratégiques pour l'hémodialyse dans le cadre d'un projet nouvel hôpital. <p>L'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est engagé dans un Contrat de Bon Usage du Médicament, à échéance 2018 • Bénéficie d'un financement Hôpital Numérique sur le D2 (Dossier Patient Interopérable) et le D3 (Prescription alimentant le plan de soins).
<p>Bilan observé</p>	<p>L'établissement a éprouvé des difficultés à déployer le dossier médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déploiement en parallèle du circuit du médicament sous Sillage, très chronophage pour l'équipe projet

Chapitre : Les retours d'expérience des établissements

	<ul style="list-style-type: none">• Demandes d'adaptations nombreuses de la part du corps médical• Moins de relais médicaux du projet (par rapport aux soignants) <p>Le Comité de pilotage a été institutionnalisé (direction générale et présidence de CME) pour renforcer le positionnement de l'équipe projet face aux services.</p> <p>La communication a fait également l'objet d'adaptations pour favoriser les passages réguliers dans les services aux courriers électroniques / intranet ou aux présentations formalisées.</p> <p>Le déploiement du DPI « multi-activités » a permis de :</p> <ul style="list-style-type: none">• Faciliter la validation pharmaceutique, le pharmacien utilisant un seul DPI pour rechercher des informations• Améliorer le suivi des indicateurs IPAQSS (analyse mensuelle de 5 dossiers par service instituée depuis le déploiement du dossier de soins)• Homogénéiser le langage utilisé dans l'établissement.
Principaux facteurs clés de succès	<ul style="list-style-type: none">• Institutionnaliser les instances de décision du projet• Donner de la légitimité à l'équipe projet par son positionnement• Passer régulièrement dans les services pour communiquer et informer• Organiser et institutionnaliser les sessions de formation des nouveaux arrivants (pour éviter les formations ponctuelles très chronophages)• Maintenir les référents au-delà du déploiement (paramétrage, recette et déploiement des nouvelles versions, communication)
Personnes rencontrées	<ul style="list-style-type: none">• Mme Bongiovanni-Vergez, Directeur• Mme Foulon, Cadre référent du dossier patient informatisé• Mme Anache, Ingénieur système d'information• Mme Delporte, Coordonnateur général des soins, Directrice des soins• Dr Dris, Vice-Président de la CME• M. Casiez, Cadre Supérieur de Santé, Pôle psychiatrie• Dr De Zorzi, Chef de service, Pharmacie• Dr Alarcon, Chef de service SAU et Chefs des Pôles 4 et B• M. Tharrault, Ingénieur système d'information

F HAD ACSSO

<p>Présentation générale de l'établissement</p>	<p>L'ACSSO est une association offrant plusieurs activités : SSIAD, HAD et portage de repas à domicile (200 repas livrés par jour). Elle peut prendre en charge jusque 80 patients.</p> <p>Le siège social de l'association est situé à Nogent-sur-Oise et le territoire couvert est divisé en 3 zones, chacune pilotée par une antenne des soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les antennes sont situées à Creil, à Clermont-sur-Oise et à Crépy-en-Valois. • L'antenne de Creil accueille également le pôle logistique de l'association. <p>L'essentiel du circuit du médicament est assuré par des officines de villes, avec lesquelles une convention a été signée. En accord avec l'ARS, l'association possède un petit stock de médicaments qui constitue la « dotation pour soins urgents ».</p>
<p>Contexte du projet de DPI</p>	<p>Après 10 ans d'utilisation d'un logiciel de DPI et face aux besoins de nouvelles évolutions, l'ACSSO a pris la décision en 2012 de changer de logiciel.</p> <p>Le choix s'est porté sur le DPI AtHome de UP qui est une solution full web.</p> <p>Depuis avril 2015, en complément, le suivi de la délivrance des médicaments et l'observance de la prise par les patients s'effectuent dans l'outil MHComm qui est en cours de déploiement sur des tablettes installées chez les patients. Ces tablettes permettent de sécuriser le circuit du médicament.</p>
<p>Bilan observé</p>	<p>L'ensemble des soignants, comme les services administratifs et support sont satisfaits du nouvel outil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ils reconnaissent la facilité d'accès aux données par rapport à l'ancien logiciel • Le DPI assure l'exhaustivité des données concernant les patients. <p>Certaines évolutions sont néanmoins attendues.</p> <p>Même si tous les documents papier sont scannés et intégrés dans le DPI, le suivi des patients reste très dépendant du format papier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le suivi de la prise en charge des patients est assuré par un classeur papier qui reste chez le patient • Une diversité d'intervenants, dont des libéraux, se relaient auprès des patients • Les comptes rendus de fin d'hospitalisation sont envoyés systématiquement aux médecins traitants au format papier.
<p>Personnes rencontrées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • M. AGGOUN, Responsable Service Informatique • Mme BANNEEL, Responsable des Soins

G Centre Hospitalier d'Aulnay-sous-Bois

Présentation générale de l'établissement	<p>Le Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger situé à Aulnay-sous-Bois, est un établissement public de 693 lits répartis entre plusieurs activités :</p> <ul style="list-style-type: none">• Médecine : 264 lits• Chirurgie : 133 lits• Gynéco-obstétrique : 55 lits• Psychiatrie : 213 lits• Moyen séjour : 28 lits. <p>L'établissement a lié des liens forts avec deux autres CH de la région qui sont le CH de St Denis et le CH de Montfermeil. Bien qu'ils ne partagent pas de direction commune, de nombreuses mutualisations ont été établies entre ces trois établissements sur les fonctions support. La DSI fait partie des fonctions partagée entre les trois sites.</p>
Contexte du projet de DPI	<p>L'un des principaux objectifs de la mise en place du dossier médical est l'amélioration du suivi des actes et de la traçabilité.</p> <p>Les services MCO sont informatisés avec la solution Crossway de McKesson. En MCO, le DPI est aujourd'hui déployé à plus de 80% et touche tous les services. Certains dossiers de spécialité restent encore au format papier.</p> <p>Les principales fonctionnalités intégrées dans Crossway sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• Dossier médical et dossier de soins• Plan de soins et pancarte• Prescription de soins et d'examen• Comptes rendus CR. <p>Le projet de déploiement d'un DPI en psychiatrie a débuté en 2010. Deux logiciels ont été envisagés et le choix s'est porté sur Cimaise. En effet la cotation de l'activité est plus adaptée à la psychiatrie que dans un logiciel développé pour le MCO. Le logiciel Cimaise a été déployé dans la majorité des services d'hospitalisation, mais est encore en cours de déploiement en HDJ et consultations.</p> <p>L'interface entre Cimaise et Crossway n'est actuellement pas bidirectionnelle bien que cela soit techniquement possible. Les documents générés par les services de psychiatrie doivent donc être versés manuellement dans USV2 (module de Crossway).</p> <p>Au début du déploiement du DPI, il y a eu plusieurs projets : dossier de soins, dossier médical, ... Ces projets ont par la suite été unifiés en un seul projet pour former le groupe DMI. Une assistance à maîtrise d'ouvrage a été mise en place constituée de :</p> <ul style="list-style-type: none">• 3 personnes (secrétaire, soignant et cadre de santé) dédiées au projet à plein temps ainsi• Un pharmacien affecté à mi-temps sur le projet lors des phases actives de déploiement et qui continue à intervenir aujourd'hui à environ 20%• Plusieurs médecins sont également intervenus successivement dans le projet. <p>L'établissement a candidaté aux financements Hôpital Numérique sur trois domaines.</p>
Bilan observé	<p>Plusieurs bénéfices ont été observés du fait de l'utilisation du DPI :</p> <ul style="list-style-type: none">• Une meilleure prise en charge des patients dès les urgences• L'amélioration du temps de traitement nécessaire à l'édition et l'envoi systématique du CRH

	<ul style="list-style-type: none"> • La mise e place d'une politique de rangement du dossier informatique • Un gain de temps général pour les services et les médecins. <p>Le fonctionnement autour du DPI qui a été mis en place est le suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les psychiatres versent dans Crossway un résumé de l'histoire du patient qui n'est pas accessible aux personnes ne disposant pas des droits sur la psychiatrie • Un accès bris de glace existe en cas d'urgence • L'objectif de ce dispositif est d'éviter qu'il y ait une perte de chance pour les patients ayant des antécédents psychiatriques lorsqu'ils sont pris en charge en MCO. L'accès au dossier ne doit être réservé qu'aux personnes qui en ont vraiment besoin. <p>Les psychologues et les assistantes sociales ont accès au dossier médical des patients dans Crossway, mais n'y intègrent pas tous leurs comptes rendus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En ce qui concerne les psychologues qui interviennent dans tous les services de l'hôpital, ils ne mettent que les conseils à destination des médecins dans le dossier Crossway.
<p>Principaux facteurs clés de succès</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un responsable du projet issu du métier • Le groupe projet en interface entre les services et les utilisateurs • Une direction des soins très impliquée dans le projet DPI • Une volonté et une implication forte du corps médical et paramédical • Une AMOA performante constituée de profils métiers.
<p>Personnes rencontrées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • M. CIANNI, DSI des CH d'Aulnay et de Saint Denis • M. BONNAIRE, Médecin DIM • M. GODARD, Responsable des applications médicales • Mme KERVORKIAN et Mme THEIL, membres du groupe DMI • M. DERLON, chef de projet DSI • Mme VITTAZ, Chef de service en diabétologie et endocrinologie • Mme HIANCE, Directrice des Affaires Médicales • Mme DURAND, Cadre de Santé, Chef de projet MOA Dossier de soins

H Château de Bon attrait - SSR

Présentation générale de l'établissement	<p>Le Château de Bon Attrait est un établissement de SSR privé de 140 lits avec : Deux spécialités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • SSR polyvalent (105 lits), • SSR gériatrique (35 lits). • 200 professionnels de santé.
Contexte du projet de DPI	<p>Le projet de DPI est un projet de ré-informatisation. L'établissement fait le choix dès le départ de ré-informatiser ses services, avec une solution ayant un périmètre très large, pour que l'ensemble des professionnels intervenant puisse utiliser le DPI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fonctionnalités déployées : circuit du médicament, dossier médical, dossier de soins, formulaires paramédicaux, gestion des rendez-vous, recueil des actes • Professions concernées : médecins, soignants, aides-soignants, pharmaciens, kinésithérapeutes, diététiciens, ergothérapeutes, psychologues, neuropsychologue, coiffeurs, esthéticiennes. <p>La solution OSIRIS a été choisie. Le DPI a été déployé en big-bang en juin 2015 sur l'ensemble des services, pour l'ensemble des professionnels et pour l'ensemble des fonctionnalités. A terme, l'établissement ne souhaite pas conserver de document au format papier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les papiers nécessitant la signature du patient (consentement) sont scannés dans la GAP • Les documents externes sont scannés aujourd'hui, mais ont vocation à être directement intégrés via ZEPRA (Zéro Echange Papier en Rhône-Alpes) et mis à disposition dans le DPPR (Dossier Patient Partagé Régional en Rhône-Alpes) • L'établissement va utiliser la MSS et le DMP (Osiris est DMP compatible) • L'établissement imprime puis scanne le dossier Trajectoire pour le stocker dans le DPI. <p>Plusieurs spécificités à l'activité de SSR ont été déployées dans le DPI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS), avec une remontée au médecin des évaluations effectuées par les différents professionnels • Synthèse pluridisciplinaire • Gestion nutritionnelle (enquête alimentaire qui sera complétée à terme avec la surveillance alimentaire de l'outil DataMeal). <p>Le Plan Personnalisé de Soins sera déployé en mars 2016, l'établissement ayant jugé qu'une bonne maîtrise et alimentation du DPI était nécessaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le Château de Bon Attrait a candidaté à un financement Hôpital Numérique, sur le domaine fonctionnel Dossier Patient Informatisé et Interopérable. Il en a atteint les cibles d'usage en septembre 2015.
Bilan observé	<p>Le déploiement d'un DPI commun à l'ensemble des professionnels a permis de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Homogénéisation des pratiques et du vocabulaire dans l'établissement. • Amélioration de la communication et unification des modalités de communication entre les professionnels • Le développement de l'approche globale de la charge en soins grâce à une meilleure traçabilité de l'activité, saisie par tous les professionnels, en temps réel. • La facilitation de la mobilité des soignants entre les deux SSR, • La simplification de l'interopérabilité, en interne et extérieure.
Principaux facteurs clés de succès	<ul style="list-style-type: none"> • Impliquer les utilisateurs relais dans le déploiement en big-bang
Personnes rencontrées	<ul style="list-style-type: none"> • M. Patrick Lanfant, Directeur Général du Château de Bon Attrait • Dr Sébastien Périllat Médecin gériatre, Président de la CME

ANNEXE : LES PRINCIPAUX CHAPITRES D'UN DPI

Cette annexe comporte des tableaux regroupant les principaux chapitres et fonctions qu'il est souhaitable de retrouver dans un DPI en fonction du domaine d'activité. Ces tableaux pourront permettre à chef de projet de vérifier rapidement si une solution ou un cahier des charges couvrent l'essentiel du besoin.

A.1 Les bases du DPI en MCO

Spécificités à prendre en compte	
Contenus	<ul style="list-style-type: none">• Volet de synthèse médicale<ul style="list-style-type: none">○ Pathologies chroniques○ Antécédents<ul style="list-style-type: none">▪ médicaux,▪ chirurgicaux,▪ obstétricaux,▪ familiaux.○ Allergies<ul style="list-style-type: none">▪ Allergies médicamenteuses▪ Allergies alimentaires▪ Allergies respiratoires▪ Allergies topiques○ Intolérances médicamenteuses○ Hypersensibilité aux excipients○ Facteurs de risques<ul style="list-style-type: none">▪ Habitus▪ Sociaux▪ Professionnels▪ Environnementaux○ Vaccins• Traitements habituels• Motif de prise en charge• Observations• Comptes rendus• Dossier de soins (suivi des constantes, traçabilité des soins de base et des soins techniques, traçabilité de l'administration des médicaments, transmission ciblés, macrocibles d'entrée, macrocibles de sortie, score Braden, MNA,.....)• Données Dossiers paramédicaux : (par exemples : psychologues, kinésithérapeutes, assistantes sociales, ergothérapeutes, diététiciens... etc.) (formulaires texte libre / champs structurés)• Dossiers confort / bien-être : socio-esthéticienne, coiffeur...• Dossiers de traçabilité plateau technique, médicaux, paramédicaux, pharmaceutique• Gestion nutritionnelle<ul style="list-style-type: none">○ Gestion des permissions thérapeutiques (exemple : retours à domicile le week-end)○ Maîtrise du logiciel avant le déploiement du PPS fortement

Spécificités à prendre en compte	
	<p>recommandée, tenant compte de l'obligation du CBUM et des prescriptions non médicamenteuses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dossier pharmaceutique <ul style="list-style-type: none"> ◦ Validation des analyses pharmaceutiques, émission d'avis pharmaceutiques • GED <ul style="list-style-type: none"> ◦ Comptes rendus ◦ CR ou fiche de consultation ou de visite ◦ CR ou fiche de suivi de soins par auxiliaire médical ◦ CR hospitalier (séjour) ◦ CR d'admission ◦ CR de passage aux urgences ◦ CR d'examens biologiques ◦ CR d'anatomie et de cytologie pathologiques ◦ CR d'imagerie médicale ◦ CR d'acte diagnostique (autre) ◦ CR de télé-médecine (télé-consultation) ◦ CR de réunion de concertation pluridisciplinaire ◦ CR de bilan d'évaluation de la perte d'autonomie ◦ CR de bilan fonctionnel (par auxiliaire médical) ◦ CR d'acte diagnostique à visée préventive ou de dépistage ◦ CR de consultation pré-anesthésique ◦ CR d'anesthésie ◦ CR opératoire ◦ CR d'accouchement ◦ CR d'acte thérapeutique (autre) ◦ CR d'acte thérapeutique à visée préventive ◦ Plan personnalisé de santé ◦ Ordonnances ◦ Certificat divers ◦ Lettre de sortie (Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h ,.....) ◦ Echelle d'évaluation Médicale (score de Glasgow, IGS 2...), Chirurgicale
Habilitation	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de rendre certaines informations comme confidentielles. La gestion des habilitations s'inscrit dans guides pratiques spécifiques de la Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé de Mai 2016
Déploiement	<ul style="list-style-type: none"> • Déploiement de l'ensemble du dossier médical et du dossier de soins pour répondre aux contraintes médico-légales <p>Prise en compte rapide des CMPI / CMPA</p>

A.2 Urgences

Spécificités à prendre en compte	
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> • Localisation et tracking du patient

Spécificités à prendre en compte	
	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des mouvements vers l'UHCD • Gestion des mouvements vers l'hospitalisation définitive. • Evaluation CCMU (Classification Clinique des Malades des Urgences) et GEMSA (Groupes d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil) , • Intégration du Dossier de liaison urgence (DLU) via le DMP • Prise en compte dans le DPI des données alimentant le RPU ou le « RPU étendu »
Habilitation	<ul style="list-style-type: none"> • La gestion des habilitations s'inscrit dans guides pratiques spécifiques de la Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé de Mai 2016 • Notion complémentaire de « Bris de Glace » pour accès sans consentement au DMP avec une CPS
Déploiement	

A.3 SSR

Spécificités à prendre en compte	
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> • Projet Personnalisé de Soins, initial et mis à jour • Évaluation Gériatrique Spécialisée (si SSR gériatrique) • Grilles d'autonomie / échelles d'évaluation GIR • Synthèse pluridisciplinaire • gestion de rendez-vous multi-acteurs multi-patients • Dossiers paramédicaux : (par exemple : psychologues, kinésithérapeutes, assistantes sociales, ergothérapeutes, diététiciens... etc.) (formulaires texte libre / champs structurés) • Dossiers confort / bien-être : esthéticienne, coiffeur... • Gestion nutritionnelle • Gestion des permissions thérapeutiques (exemple : retours à domicile le week-end) • Maîtrise du logiciel avant le déploiement du PPS fortement recommandée, tenant compte de l'obligation du CBUM et des prescriptions non médicamenteuses
Habilitation	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de rendre certaines informations comme confidentielles. La gestion des habilitations s'inscrit dans les guides pratiques spécifiques de la Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé de Mai 2016
Déploiement	<ul style="list-style-type: none"> • Déploiement de l'ensemble du dossier médical et du dossier de soins pour répondre aux contraintes médico-légales

A.4 Psychiatrie

Spécificités à prendre en compte	
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> • Mode d'admission <ul style="list-style-type: none"> ◦ Libre ◦ SPDT : Soins Psychiatrique à la demande d'un Tiers ou en cas de

Spécificités à prendre en compte	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Péril Imminent ○ Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (SPDRE) • DPI <ul style="list-style-type: none"> ○ Volet psychiatrique avec les entretiens IDE, les entretiens psychiatriques (formulaire) <ul style="list-style-type: none"> ▪ IDE ▪ Psychologues ▪ Psychiatres ▪ Neuropsychologues ▪ Psychiatres ○ Volet Somatique ○ Transmissions ciblées psychiatriques ○ Observation psychiatrique ○ Observation comportementale (IDE) ○ Formulaire spécifiques d'évaluations (besoins fondamentaux...) ○ Formulaire spécifiques potentiellement confidentiels avec case à cocher (confère outils de bureautique) • Planification et traçabilité des activités thérapeutiques • gestion de rendez-vous multi-acteurs multi-patients • séjours simultanés (exemple : hospitalisation complète + CATTP) • Évaluation : risque suicidaire, l'agressivité, de fugue, risque métabolique • Gestion des permissions • Gestion de la dualité des prescriptions (psychiatre / omnipraticien) • Gestion de la notion d'urgence <ul style="list-style-type: none"> ○ Contention ○ Chambre d'isolement • Gestion nutritionnelle • Gestion des données et des documents de la contrainte médico-légale • Affichage instantané des informations « soins libres » ou « soins sous contraintes » • Fiche de liaison en fin d'hospitalisation (IDE , pluridisciplinaire, médical et psychiatrie) spécifique suivant le suivi <ul style="list-style-type: none"> ○ Suivant modalité de prise en charge <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hôpital de jour ▪ Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ▪ Appartement thérapeutique ▪ Service accueil famille thérapeutique ▪ Equipe mobile de psychiatrie ▪ Retour à domicile ○ Suivi en centres médico-psychologiques ○ Suivi en PMI dans le cadre de la Pédopsychiatrie • Formulaire Cerfa spécifiques à la psychiatrie
Habilitation	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de rendre certaines informations comme confidentielles. La gestion des habilitations s'inscrit dans guides pratiques spécifiques de la Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé de Mai 2016

Spécificités à prendre en compte	
Déploiement	<ul style="list-style-type: none"> • Déploiement de l'ensemble du dossier médical et du dossier de soins pour répondre aux contraintes médico-légales • Prise en compte rapide des CMPI / CMPA

A.5 HAD

Spécificités à prendre en compte	
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de demande de prise en charge en HAD et Éléments relatifs à la pré admission renseignés <ul style="list-style-type: none"> ◦ Volet médecin adresseur (Médecin traitant, médecin hospitalier) ◦ Volet médecin coordonnateur ◦ PTA (plateforme territoriale d'appui) • Évaluation Initiale de pré-admission pluridisciplinaire • Consentement du patient ou de ses aidants • Régulation des besoins HAD du patient <ul style="list-style-type: none"> ◦ Évaluation des besoins matériels ◦ Évaluation de la dépendance à l'admission et la sortie du patient par échelle détaillée (Score de Karnofsky,...) ◦ Coordination médicale, paramédicale, médico-sociale et sociale • Le projet thérapeutique <ul style="list-style-type: none"> ◦ Le projet personnalisé de soins spécifique à l'HAD, en concertation avec le médecin prescripteur et le médecin traitant. • HAD coordination et identification et/ou attribution Cercle de soins <ul style="list-style-type: none"> ◦ Formulaire de programmation des soins paramédicaux ◦ Formulaire de programmation des actes médico-sociaux ◦ Formulaire de programmation des actes sociaux • Agenda Patient et coordination des professionnels intervenant au domicile • Gestion centralisé des ordonnances médicamenteuse et non médicamenteuses • Gestion du matériel / matériovigilance • Communication avec les intervenants libéraux (sécurisée) • Possibilités de télésurveillance (santé connectée) à étudier (intégration des données de capteurs au DPI) • Applicatif à faire fonctionner en mode déconnecté asynchrone ou nomade (si besoin)
Habilitation	<ul style="list-style-type: none"> • La gestion des habilitations s'inscrit dans guides pratiques spécifiques de la Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé de Mai 2016
Déploiement	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des droits • Conduite du changement tenant compte de la multiplicité des intervenants : salariés, libéraux, médicaux, soignants, paramédicaux • Souvent, une ressaisie des informations dans le DPI propre à la HAD ou dans le DPI multi-activités (interopérabilité souhaitée des données du DPI HAD et du DPI multi-activités)

A.6 USLD/EHPAD

Spécificités à prendre en compte	
Contenus	<ul style="list-style-type: none">• Projet de vie (Grilles d'autonomie / échelles d'évaluation GIR, rapport d'activité annuel du résident)• Gestion des activités du résident (planification, traçabilité)• Dossiers paramédicaux : (par exemple : psychologues, kinésithérapeutes, assistantes sociales, ergothérapeutes, diététiciens... etc.) (formulaires texte libre / champs structurés)• Dossiers confort / bien-être : esthéticienne, coiffeur...• Gestion nutritionnelle• EHPAD :• Dossier de Liaison d'Urgence (document de liaison d'urgence et fiche de liaison d'urgences)
Habilitation	<ul style="list-style-type: none">• La gestion des habilitations s'inscrit dans guides pratiques spécifiques de la Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé de Mai 2016
Déploiement	<ul style="list-style-type: none">• Formation du BE : application d'une règle d'entrée / sortie et non du mouvement quand le résident est ou a été pris en charge en MCO / SSR / PSY / USLD• Conduite du changement tenant compte de la multiplicité des intervenants : salariés, libéraux, médicaux, soignants, paramédicaux• Souvent, une resaisie des informations par le médecin coordinateur

GLOSSAIRE

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CBU ou CBUM : Contrat du Bon Usage du Médicament
CH : Centre Hospitalier
CR : Compte rendu
CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation
CRO : Compte Rendu Opérateur
DMP : Dossier Médical Patient
DPI : Dossier Patient Informatisé
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute autorité de Santé
IMC : Indice de masse corporelle
MAIA
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
NIP : numéro d'Identification du Patent (unique)
PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PCA : Patient Controlled Analgesia
PCEA : Patient-Controlled épidural analgésia
POMR : Problem-Oriented Médical Record
PPS : plan personnalisé de santé
PUI : Pharmacie à Usage Interieur (hôpitaux).
RDV : rendez-vous
RPU : résumé de passage aux urgences
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
USLD : Unités de Soins de Longue Durée

Mentions légales

Financement : les contenus publiés par le collège des experts Hôpital Numérique sont le résultat du travail de ses membres. Conflits d'intérêts : les contenus et conclusions du collège des experts Hôpital Numérique sont indépendants de toute relation commerciale. Le collège des experts Hôpital Numérique n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage : le collège des experts Hôpital Numérique garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Partager les expériences sur le pilotage médico-économique : là où dialoguent les cultures » et respecter l'intégrité du contenu.